

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение  
«Научно-исследовательский институт психического здоровья»

На правах рукописи

**Яценко Константин Олегович**

**Эмоционально неустойчивое расстройство личности  
у военнослужащих по призыву  
(клинико-динамический аспект)**

Специальность 14.01.06 - Психиатрия

Диссертация на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:  
доктор медицинских наук,  
профессор  
**Аксенов М.М.**

Томск – 2015

## Оглавление

|                   |                                                                                                                                                            |     |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Введение          | .....                                                                                                                                                      | 3   |
| Глава I           | Эмоционально неустойчивое расстройство личности у военнослужащих по призыву: встречаемость, клиника и динамика (литературный обзор).....                   | 11  |
|                   | 1.1. Современное состояние вопроса клиники и динамики эмоционально неустойчивого расстройства личности у военнослужащих по призыву.....                    | 11  |
|                   | 1.2. Влияние психогенных факторов на клиническую динамику эмоционально неустойчивого расстройства личности у военнослужащих по призыву.....                | 19  |
|                   | 1.3. Клиническая динамика эмоционально неустойчивого личностного расстройства у военнослужащих по призыву в мирное время.....                              | 27  |
| Глава II          | Материалы и методы исследования.....                                                                                                                       | 40  |
|                   | 2.1. Характеристика клинического материала и основные принципы исследования.....                                                                           | 40  |
|                   | 2.2. Методологические основы и методы исследования.....                                                                                                    | 48  |
| Глава III         | Условия формирования эмоционально неустойчивого расстройства личности у обследованных военнослужащих по призыву и призывников.....                         | 50  |
| Глава IV          | Эмоционально неустойчивое расстройство личности у призывников (клиника и динамика).....                                                                    | 64  |
| Глава V           | Клинико-динамическая характеристика эмоционально неустойчивого расстройства личности у обследованных военнослужащих.....                                   | 86  |
| Глава VI          | Лечебно-реабилитационные мероприятия военнослужащим срочной службы, комиссованных из армии в связи с эмоционально неустойчивым расстройством личности..... | 117 |
| Заключение        | .....                                                                                                                                                      | 132 |
| Выводы            | .....                                                                                                                                                      | 163 |
| Список литературы | .....                                                                                                                                                      | 167 |
| Приложение        | .....                                                                                                                                                      | 210 |

## **ВВЕДЕНИЕ**

### **Актуальность темы исследования**

Правильное формирование личности воина является стратегическим фактором устойчивого развития государства (Приступа И.В., 2013). В настоящее время остается актуальным вопрос психического здоровья, и психической заболеваемости военнослужащих по призыву. Почти 40% призывников, признанных негодными к военной службе по состоянию здоровья, имеют психические нарушения. В структуре уволенных из армии по болезни военнослужащих по призыву, страдающих психическими расстройствами 45,9% (Кудрявцев И.А., 2010). Служба в армии является определенным стрессом для индивидуума, требует от него повышенных адаптационных способностей (Дроздовский Ю.В., 2002; Daya Somasundaram, 2013; Ушаков, И.Б. с соавт., 2013). Особенно данное обстоятельство становится существенным для аномальных личностей, в частности для лиц с эмоционально неустойчивым расстройством личности (Заливин А.А., Дроздовский Ю.В., 2010). В происхождении которых первостепенную роль играет комбинация конституционально-генетических, экзогенно-органических и отрицательных микросоциальных факторов. При взаимодействии личностной предрасположенности и специфическими для армии психогениями развивается широкий круг психических расстройств, одним из преобладающих является расстройство личности (Корнилов А.А., 2006; Аксенов М.М., с соавт. 2014). Расстройства личности по-прежнему являются основной причиной увольнения из армии. При этом эмоционально неустойчивое расстройство личности является основным среди других личностных аномалий (Семке В.Я., Краснов В.Н., Корнетов А.Н., 2009; Бухаров В.Г., Семин И.Р., 2012). Учение о личностной патологии является одним из наиболее ответственных разделов малой

психиатрии (Гиндикин В.Я., 2001). Разнообразие клинических проявлений и течения расстройств личности, отсутствие четких, общепринятых критериев и дефиниций, промежуточное их положение, создают существенные трудности для изучения данного вида пограничных психических расстройств (Диденко А.В., с соавт., 2010; Timothy W. et al., 2012). Динамические сдвиги в рамках компенсации – декомпенсации, для эмоционально неустойчивых личностей, имеют ряд особенностей с учетом специфических психогений в армии. Клиника и динамика эмоционально неустойчивого расстройства личности в настоящее время в психиатрической литературе разработана недостаточно (Марута Н. А., Федченко В. Ю., Перчаткина О. Э., 2013; Steven P. Cohen, et al., 2011). Несмотря на большое число исследований, выполненных в области аномалий личности в «обычных», «естественных» социальных условиях (Семке А.В., Шадрин В.Н., 2012; Малеванец Е.В., с соавт., 2013; Stephanie Booth-Kewley et al., 2013). Количество исследований, посвященных изучению динамики расстройств личности в «отличающихся», «искусственных» обстоятельствах, какими являются условия службы в армии по призыву, весьма ограничены и в большей степени относятся к советскому периоду, чем к настоящему времени (Ушаков И.Б., 2013; Harriet J Forbes et al., 2012). Изучение клинико-динамических особенностей эмоционально неустойчивого личностного расстройства у военнослужащих по призыву актуально не только в научном, но и практическом плане. Позволяет выявить лиц с эмоционально-неустойчивым расстройством личности еще в призывном возрасте, с возможностью предотвращения их призыва и службы в армии (Лыткин, В.М., Нечипоренко, В.В., 2014). Известно, что служба в армии военнослужащих с эмоционально неустойчивым расстройством личности приводит к тяжелым последствиям для состояния

здоровья не только данных личностей, но и окружающих (Кривулина О.Е., 2013). Среди всех лиц с расстройствами личности, совершающими аутоагрессивные и агрессивные действия, около 30% приходится на долю эмоционально неустойчивых (Положий Б.С., Панченко Е.А., 2011).

Не мало важным является и то обстоятельство, что призыв в армию лиц с эмоционально-неустойчивым расстройством личности имеет значительные социальные, политические и экономические проблемы для страны (Rachel Jenkins et al., 2011). Появляется возможность повышения качества работы военно-врачебных психиатрических комиссий, повысить выявляемость лиц с эмоционально-неустойчивым расстройством личности до призыва в армию и тем самым, избежать вышеуказанных проблем (Шамрей В.К. с соавт., 2010). Актуальность исследования продиктована проведением более специфичных реабилитационных мероприятий для данного контингента лиц, а так же профилактикой, которой в отечественной психиатрии традиционно отводится большая роль (Бохан Н.А., с соавт., 2014).

### **Цель исследования**

Изучение клинико-динамических особенностей эмоционально-неустойчивого расстройства личности у военнослужащих по призыву.

### **Задачи исследования**

1. Определить распространенность эмоционально-неустойчивого расстройства личности у военнослужащих и призывников по результатам работы военно-врачебной психиатрической экспертизы.
2. Выявить роль биологических (наследственных, экзогенно-органических) и психосоциальных факторов у исследуемых личностей до призыва в армию в формирование расстройства личности.

3. Исследовать клинико-динамические особенности декомпенсаций в армейских, специфических условиях на синдромальном уровне с установлением их клинических проявлений, с учетом периодов службы и психогений.

4. Разработать и внедрить комплекс психофармакологических, психопрофилактических и реабилитационных мероприятий для военнослужащих по призыву с последующей оценкой их эффективности.

5. Предложить алгоритм работы военно-врачебной психиатрической экспертизы для раннего выявления лиц с эмоционально-неустойчивым расстройством личности.

#### **Основные положения, выносимые на защиту**

1. Больше чем у половины обследованных, в рамках военно-врачебной психиатрической экспертизы, военнослужащих по призыву, диагностировано расстройство личности. Клинически из всех расстройств личности доминирует эмоционально-неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип (F-60.30) - 64,8%. в стадии структурирования, что обусловлено их низкой выявляемостью при призыве в армию. У лиц призывного возраста расстройство личности диагностировано в 15,2% случаев, из них с эмоционально-неустойчивым расстройством личности, импульсивный тип встречался в 8,2%.

2. На клинику и динамику эмоционально-неустойчивого расстройства личности импульсивного типа у военнослужащих по призыву влияют: семейная отягощенность психическими расстройствами и расстройства личности. Благоприятный микросоциум у военнослужащих способствует выработке определенных вторичных механизмов адаптации, так 47,2 % обследованных военнослужащих воспитыва-

лись в полных семьях. Неблагоприятный экзогенно-органический фон отмечен у 27,8% военнослужащих.

3. При призыве в армию лица с эмоционально-неустойчивым расстройством личности, не выявленные до призыва, находятся на стадии структурирования и не имеют ярко очерченную клиническую форму, что затрудняет их своевременную диагностику. Игнорирование клинико-динамических особенностей, формирующихся расстройств личности, у военнослужащих по призыву приводит к призыву в армию и последующим развитием декомпенсаций по аффективному типу: аффективно – неустойчивый вариант – 42,6%; эксплозивно - дисфорический вариант – 37,0%; субдепрессивный вариант – 20,4%

4. Представлен научно обоснованный алгоритм новых подходов к диагностике и военно-врачебной психиатрической экспертизе эмоционально-неустойчивого расстройства личности, импульсивного типа у военнослужащих по призыву.

5. Разработаны клинико-реабилитационные мероприятия и пути их реализации: 1. лечебно – профилактические мероприятия в призывном и допризывном периоде, 2. лечебно-профилактические мероприятия в период первичной адаптации к условиям военной службы, 3. лечебно-профилактические мероприятия в период непосредственного несения военной службы, 4. Лечебно - реабилитационные мероприятия для проведения военно-врачебной психиатрической экспертизы. 5. Реабилитационная программа для бывших военнослужащих, уволенных из армии.

### **Научная новизна**

Впервые получены новые сведения о распространенности эмоционально-неустойчивого расстройства личности у военнослужащих по призыву. Определены особенности формирования указанного лич-

ностного расстройства с учетом конституциональных, социальных и экзогенноорганических факторов.

При сравнительном исследовании военнослужащих и призывников получены результаты о динамике эмоционально неустойчивого расстройства личности у военнослужащих еще до призыва в армию.

Установлены клинико-динамические особенности эмоционально неустойчивого расстройства личности у военнослужащих в армии, в зависимости от периода службы. Выделены и клинически описаны варианты декомпенсации. Разработан комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий.

Разработан алгоритм по выявлению эмоционально неустойчивых личностных расстройств при призыве в армию, и у военнослужащих по призыву с учетом более углубленного изучения индивидуально-психологических особенностей, микросоциального окружения, условий воспитания, характера эмоционального реагирования, наличие до призыва элементов отклоняющегося поведения, способности к адаптации, выявление недостаточных саногенетических механизмов. Наряду с клинико-психопатологическим и клинико-динамическим методами предложены анкетно - тестовые методики, основанные на интеграции данных медицинской, военно-профессиональной и психосоциальной экспертных оценок.

С учетом полученных данных и разработанных методик в каждом конкретном случае решение вопроса о вынесении категории годности к военной службе будет носить строго дифференцированный, индивидуальный подход в целях терапии, превенции, профилактики и реабилитации, социальной адаптации.

### **Практическая значимость исследования**

Результаты исследования способствуют решению диагностических проблем, возникающих при экспертном клиническом обследовании призывников с эмоционально-неустойчивым расстройством личности. Своевременное выявление лиц с эмоционально-неустойчивым расстройством личности перед призывом в армию, предупреждает развитие декомпенсаций в армии с вытекающими медицинскими, социальными и экономическими последствиями.

Разработанный методологический подход к клинικο-динамической оценке эмоционально неустойчивого расстройства личности у военнослужащих по призыву, на практике позволил улучшить диагностику, раннее выявление военнослужащих с аномалией личности, оказание помощи уже в начальном развитии декомпенсации, а главное своевременное направление на военно-врачебную психиатрическую экспертизу, проведение поэтапной программы реабилитации, что в целом повышает качество обслуживания населения.

### **Апробация работы**

Основные положения работы доложены и обсуждены на научно-практической конференции с международным участием «Проблемы оказания медико-социальной и психологической поддержки населения при чрезвычайных ситуациях» (Кемерово, 2004); На заседание проблемной комиссии № 56.13 при ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН (Кемерово, 2005). На научно-практической конференции СФО с международным участием «Клинические и реабилитационные аспекты экзогенно-органической патологии головного мозга» (Кемерово, 2006). На научно-практической конференции с международным участием, посвященной 25-летию ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН (Томск, 2006). На научно-практической конференции СФО с

международным участием «Клинические и реабилитационные аспекты экзогенно-органической патологии головного мозга» (Кемерово, 2006). На научно-практической конференции посвященной пятидесятилетию Сибирского вестника психиатрии и наркологии (Кемерово, 2011). Научная конференция «Клинические и биологические аспекты психокардиологии». - 2013 г. Региональная конференция молодых ученых «Современные проблемы психического и соматического здоровья грани соприкосновения» (Томск, 17-18 июня 2014).

## **ГЛАВА ПЕРВАЯ**

### **Эмоционально неустойчивое расстройство личности у военнослужащих по призыву: встречаемость, клиника и динамика (литературный обзор)**

#### **1.1. Современное состояние вопроса клиники и динамики эмоционально неустойчивого расстройства личности у военнослужащих по призыву.**

Данные о частоте расстройств личности по разным источникам существенно расходятся. Это обстоятельство, с одной стороны, объясняется некоторыми методологическими трудностями, прежде всего отсутствием единства взглядов на сущность и критерии отграничения рассматриваемой психической патологии. На неоднозначность клинко-диагностических оценок влияют различия в подходах и выборе инструмента исследований (Benjamin M. Rottman et al., 2011; Павличенко, А.В., Денисенко, М.М., Читлова, В.В., 2013). С другой стороны, приводимые разными авторами показатели природы клинических проявлений расстройств личности, обуславливаются трудностями их верификации в процессе скринингового исследования: отсутствие ограниченного во времени дебюта, четкой этапности в развитии, наличие длительных «бессимптомных» периодов, разделяющих эпизоды декомпенсации (Stephanie D. et al., 2012). Расстройства личности определяют уникальность функционирования человека и уникальный характер возникающих адаптационных проблем. Личностное расстройство - это констелляция свойств личности, особенностей характера, приводящих к нарушению функционирования в социальной, профессиональной и межличностной сферах и (или) чувству субъективного дистресса. При этом особенно сложно разграничить личностные особенности, которые не достигают степени клинической выраженности, и

собственно расстройство личности, но, тем не менее, оказывающие негативное влияние на адаптационные возможности и существенно снижают качество жизни этих лиц, как в одном так и в другом случае (Загоруйко, Е.Н., Шубина, О.С., 2013)

Одной из сложностей в определении клинических рамок расстройств личности является использование конвенциональных классификаций - МКБ-10, DSM-IV (Thomas, C., et al., 2013). Некоторые авторы подчеркивают высокую коморбидность личностных расстройств с иными психопатологическими синдромами и тогда они определяются как другое психическое состояние, вследствие чего данные о частоте эмоционально неустойчивых расстройств личности статистически объективно занижаются (Диденко, А.В., Малкин, Д.А., 2011; Alan C Swann, 2011). Так например коморбидность с биполярным психическим расстройством составляет – 19,4% (Mark Zimmerman, Theresa A. Morgan, 2013). А с другими расстройствами по сведениям этих же авторов 8,2 %. Некоторые исследователи в большей степени выставляют диагноз «мозаичная психопатия», даже при доминировании свойств присущих эмоционально-неустойчивому расстройству личности, как статически, так и динамически. Таким образом, сама нозологическая принадлежность «размывается» и статистически занижается (Рыбалко М.И., Неверова Г.Ю., Платонова А.В., 2009).

Коморбидные соотношения между расстройствами личности и депрессией составляет мужчин 13—37,1% и женщин 22—62,9%, что позволяет введение понятия «синдром риска депрессии» и его экстраполяция на расстройства личности (Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Читлова В.В., 2012).

В рамках декомпенсации расстройств личности рассматривается склонность к наркотизации, алкоголизации (Deborah Hasin et al., 2011;

Бохан Н.А. с соавт., 2011). Если исходить из нозологической принадлежности суицидогенеза, то лица с эмоционально неустойчивым расстройством личности относятся к категории наиболее суицидоопасных. Среди всех лиц с расстройствами личности, совершившими суицид, около 30% приходится на долю эмоционально неустойчивых (Hilario Blasco-Fontecilla et al., 2010; Положий, Б.С., Панченко, Е.А., 2011).

Следует указать и на то, что часто соматические заболевания сочетаются с расстройствами личности, и в период декомпенсаций происходит обострение хронических соматических расстройств, что может быть интерпретировано проявлением не психической, а соматической патологии (Urs M. Nater et al., 2010; Зуйкова, Н.Л., 2012; Плотникова Е.Ю. соавт., 2012). В целом, оценивая характер определенных расстройств личности, не все исследователи делают определенные и однозначные выводы (Jon E. Grant et al., 2011; Аксенов М.М., с соавт. 2013).

Клинические сведения, опирающиеся на МКБ-10; DSM-IV отражают только структурированные, «кристаллизованные» формы, не учитывающие факторы риска как акцентуации характера, препсихопатические формы, расстройства личности, находящиеся в стадии формирования (Howard B. Moss, Chiung M. Chen, Hsiao-Ye Yi, 2012; Короленко Ц.П., 2013; Шток В.Н., 2014).

Доля расстройств личности в населении, в зависимости от критериев диагностики, оценивается от 5% до 15% (Александровский Ю.А., 2010; Michael J. Zvolensky et al., 2011). При рассмотрении частоты отдельных вариантов расстройств личности, эмоционально неустойчивое расстройство личности имеет самые высокие показатели (Аведисова А.С., Филашихин В.В., 2010; Pratap Sharan, 2010; Jenessa Spra-

gue et al., 2012; Кудрявцев И.А., 2013; Макушкин Е.В., Демчева Н.К., Творогова Н.А., 2014). В своем исследовании И.Ф. Обросов (2004) показал, что среди расстройств личности преобладают эмоционально-неустойчивые личности с чертами импульсивности, возбудимости, диссоциальности. Выявляется наибольшая частота эмоционально неустойчивых расстройств личности как среди подросткового, так и среди взрослого населения. При изучении подросткового контингента приводятся данные, что из всех расстройств личности у взрослого населения - 38,3% составляют эмоционально неустойчивое расстройство личности (Обросов И.Ф., 2012). При изучении психической патологии у подростков, учащихся начального профессионально-технического образования в возрасте 15-17 лет, ведущее место занимали расстройства личности – 50%, с доминированием эмоционально-неустойчивого (Вандыш-Бубко В.В., Пивоварова П.А., 2014). По данным А.Б. Смулевич (2009) у взрослого контингента лиц с эмоционально неустойчивым расстройством личности, наблюдаются у 10% амбулаторных и 15-20% госпитализированных пациентов. Сходные данные (25-30%) приводит Ситникова Л.В. (2010) (с учетом импульсивных и пограничных типов эмоционально-неустойчивого расстройства личности). Нарушения при расстройствах личности аллопластические; люди страдающие расстройством личности могут не испытывать тревоги по поводу своего дезадаптивного поведения и соответственно не попадать в поле зрения психиатрической помощи (Пятницкий Н.Ю., 2013).

Иностранные авторы приводят более высокие показатели о количестве лиц с эмоционально-неустойчивым расстройством личности в стационаре - 54%, по-видимому это связано с большей частотой обращаемости пациентов и меньшей отгороженности психиатрической помощи от населения (Christopher J. Hopwood, Mary C. Zanarini, 2010).

При рассмотрении данного вопроса в условиях многонациональной страны, которой является Российская Федерация, необходимо учитывать, что у разных этнических групп клиника эмоционально-неустойчивого расстройства личности выступает не одинаково. Этнокультуральные исследования психического здоровья в современной России имеют особое значение, что обусловлено многонациональным составом населения страны и недостаточной разработанностью данной актуальной проблемы. Этнокультуральное своеобразие каждого народа, отраженное в индивидуальной психологии, влияет на клинику, динамику и распространенность психических расстройств, характер личностных реакций в стрессовых ситуациях, формы психологической защиты и эффективность определённых видов терапии и профилактики (Бохан Н.А. с соавт. 2013). При изучение этнокультуральных особенностей личностных расстройств у призывников в Удмуртской Республике. Частота и нозологическая структура личностных расстройств по классификации МКБ-10 среди русских и удмуртов отражали структуру диагнозов во всей выборке и не имели достоверных этнокультуральных отличий, однако по содержанию клинических проявлений были имели определенную специфику. У пациентов удмуртской национальности достоверно чаще, чем у русских, выявлялись случаи самоубийств в семье или близком окружении, а также психотравмирующие ситуации в детстве, среди русских более частые судимости. Многие аспекты которых еще недостаточно изучены (Шмыков, В.С., 2012). При исследовании расовых и этнических различий в характеристиках отдельных лиц среди населения в США чернокожие, индейцы, азиаты, отличались проявлениями эмоционально-неустойчивого расстройства личности от белых (Analucía A. et al., 2009).

В условно называемых «западных» и «восточных» субкультурах клиническая картина выглядит по-разному, что следует учесть при постановке диагноза эмоционально–неустойчивого расстройства личности (Emily B. Ansell et al., 2010; Randy A. Sansone, Lori A. Sansone, 2011;).

Расстройства личности по-прежнему являются основной причиной увольнения из армии, а эмоционально неустойчивое расстройство личности является преобладающим. Для обоснованного описания современного состояния данного вопроса у военнослужащих срочной службы уместно процитировать исследователей, занимающихся вопросами военной психиатрии в настоящее время: «Особый интерес в научном и практическом плане представляют данные о том, что до призыва на военную службу подавляющее большинство уволенных лиц своим поведением не давали повода для обращения за психиатрической помощью» (Шамрей, В.К., с соавт., 2010).

Ухудшение общественного психического здоровья, влияет на ухудшение состояния контингентов проходящих военную службу по призыву. Среди причин обуславливающих негодность к военной службе доминируют психические расстройства и у военнослужащих и у призывников (Лыткин, В.М., Нечипоренко, В.В., 2014).

Первичное выявление этой патологии зачастую происходит при проведении военно-психиатрической экспертизы. Отмечается увеличение распространенности расстройств личности в общей популяции: 74,4 -127,7 случая на 100 тыс. Имеются сведения, что расстройства личности диагностированы более чем у 50% призывников, признанных ограниченно годными к военной службе в связи с психическими расстройствами. Даже личностные акцентуации затрудняют адаптацию новобранцев к условиям военной службы. Не менее значимой про-

блемой является аутоагрессивное поведение призывников с расстройствами личности. Так, при проведении военно-психиатрической экспертизы лиц, имеющих в анамнезе аутоагрессивное поведение, выяснилось, что расстройства личности составляют 75%, большинство которых составляют эмоционально – неустойчивые личностные аномалии (Бухаров, В.Г., Семин, И.Р., 2012)

Среди причин, обусловивших комиссацию военнослужащих из рядов ВС РФ, доминируют психические расстройства – 22,4 %; Число лиц комиссованных из армии в связи с психическими расстройствами за последние годы увеличилось на 14,2 % (Русанов, С.Н., 2009). Наибольшее значение в структуре психических расстройств у лиц, признанных негодными и ограниченно годными к военной службе имеют расстройства личности и они составляют 50,2 %. За последнее время доля расстройств личности в структуре психических расстройств у военнослужащих срочной службы увеличилась с 36,6% до 45,5%, и за последние годы неуклонно растет, при этом в структуре личностной патологии ведущее место занимает эмоционально неустойчивое расстройство личности (Куликов В.В., 2009). В структуру выявленных личностных расстройств, кроме собственно психопатий, авторами включены транзиторные расстройства (парциальные), не достигающие уровня психопатий, в том числе и призывники со стойкой компенсацией эмоционально-волевых нарушений, а также призывники с акцентуацией характера. Несмотря на компенсированное состояние, адаптационные возможности данных индивидуумов были низкими, что не могло позволить им служить в Российской армии.

Robert H. с соавторами (2011), проводя глубокий анализ добровольцев с эмоционально-неустойчивым расстройством личности, впервые декомпенсировавшихся в 18-20 летнем возрасте, выявили,

что практически 80% лиц с эмоционально неустойчивым расстройством не имели так называемого «психопатического анамнеза» для постановки своевременного диагноза. Подобные исследования проводились многими отечественными и зарубежными авторами, которые отметили, что при призыве в армию эти лица были социально адаптированы, у них отсутствовал «психопатический анамнез», или по аналогии «импульсивная жизнь психопата» и поэтому они своевременно не выявлялись (Peter Tyrer et al., 2010; Paula M. C. Mommersteeg et al., 2011; Волель, Б.А., Пушкарев, Д.Ф., Нефедьева, И.О., 2011). Большинство из них находились в «диапазоне аномальной личностной изменчивости» (Короленко, Ц.П., Шпикс, Т.А., 2011).

Постановка этого вопроса в России в мирное настоящее время, в армейских условиях является острой медицинской, экономической, социальной и политической проблемой (элемент национальной безопасности). Факторы срочной службы и специфические условия в армии современной России в некоторых моментах могут иметь экстремальный характер, несмотря на продолжающуюся реформу в Вооруженных силах РФ (Семухин А.Н. с соавт., 2014). Положение в ВС США по достоверным статистическим данным Национального Военно-морского Медицинского Центра США о состоянии психического здоровья в армии, свидетельствуют о необходимости исследований в этой области (Timothy, W. et al., 2012). В условиях «развитой демократии» выявление лиц с расстройством личности вызывает сложности и определенное количество лиц с данной патологией продолжают служить (Nagy, A., et al. 2013). Как подчеркивают ряд американских исследователей, данная проблема является не только медицинской, но и экономической т.к. психиатрическое обслуживание данного контингента лиц весьма дорогостоящее (Andrew E. Skodolet et al., 2011). Ранняя диаг-

ностика и соответственно своевременные превентивные мероприятия в этих вопросах выгодны для общества и уменьшают затраты здравоохранения (Белоусов Ю.Б., Александровский Ю.А., Белоусов Д.Ю., 2009; Sally C Johnson, Eric, B. Elbogen, 2013).

Частая встречаемость эмоционально неустойчивого расстройства личности у военнослужащих срочной службы обуславливает актуальность исследования в этой области, как одну из задач совершенствования психопрофилактических мероприятий, т.к. последствия полученных в армии расстройств отражаются на всем функционировании индивидуума и в целом определяют его дальнейшую жизнь (Рупперт Ф., 2012).

### **1.2. Влияние психогенных факторов на клиническую динамику эмоционально неустойчивого расстройства личности у военнослужащих по призыву.**

Особую значимость психогении представляют для лиц, имеющих predisposition с низкими возможностями адаптации, компенсации и саногенеза (В.Я. Гиндикин, 2000).

В последнее время психогении приобретают более сложную структуру, преломляющуюся в «фасадных» жалобах (рассматриваемых в рамках существующего психотравмирующего сценария) и более глубинных персонологических реакций (Семке В.Я., 2001).

Конец XX и начало XXI веков в истории России ознаменовался событиями социодестабилизирующего и деструктивного характера, требующих от людей высоких адаптационных возможностей. В этой ситуации закономерно увеличилось количество психогений и при «перекрестном» взаимодействии с личностной predisposition и определенной социально-психологической характеристикой ближайшего окружения, они явились причиной широкого спектра душевных потрясе-

ний (В.Я. Семке, 2003). Ряд исследователей (Счастный Е.Д., Зражевская И.А., 2009; Иванова С.А., Гуткевич Е.В., Левчук Л.А., Семке В.Я., 2010; Гатин Ф.Ф., Валеева А.М., Волгина Ф.М., 2010; Александровский Ю.А., 2012; Гарганеева Н.П., Белокрылова М.Ф., 2014; Мазаева Н.А., Грачев В.В., 2014;) убедительно доказывают не только рост числа психогений, но и высокую частоту вызываемых ими психогенно обусловленных психических и соматических нарушений. Неоднозначность реакций индивида на происходящие события, прежде всего, зависит от специфики характера, мировоззрения и установок личности (Joan E. Broderick, Evonne Kaplan-Liss, Elizabeth Bass, 2011; Положий Б.С., Смагулов Б.С., 2012). Неблагоприятное событие лишь тогда психически травмирует, когда оно имеет индивидуальную значимость, воспринимается осознанно, сопровождается переработкой в виде переживаний и развитием более или менее продолжительного аффекта (Холмогорова А.Б., Войцех В.Ф., Каргин А.М., 2009; Хруленко-Варницкий И.О., 2012).

Аномальные личности, в отличие от гармоничных натур, более чувствительны к влиянию психогений, особенно если психическая травма адресуется к «месту наименьшего сопротивления (*locus minoris resistetia*)» (Фелинская Н.И., Гурьева В.А., 1975; Ковалев В.В., 1979; Личко А.Е., 1985; Гиндикин В.Я., Гурьева В.А., 1999; Смулевич А.Б., 2000; Семке В.Я., 2001). Раздражитель становится стрессором в силу когнитивной интерпретации, т.е. значения, которое человек ему приписывает (Mark Hallett, 2010; Александровский Ю.А., 2012). При этом даже самая тяжелая психическая травма вовсе не обязательно вызывает психогенно обусловленные расстройства, поскольку решающее значение имеют особенности личности, структура «патологической почвы», уровень психического развития, интенсивность и про-

должительность психической травматизации (Herman Staudenmayer et al. 2011; Резник А.М., 2011; Фастовцов Г.А., Соколова Е.А., 2012). Многие исследователей привлекал вопрос влияния психотравмирующих факторов на динамику расстройств личности (Агарков, А.П., Логунцова, О.Н., 2000; Аксенов, М.М., 1996; Смулевич А.Б., Шостакович Б.В., 2001; Семке В.Я., 2003; Аксенов М.М., Юсан Е.В., Рыбалко М.И., 2004; Кокорина Н.П., Лопатин А.А., Шевцова М.А., 2004; Семке В.Я., Епанчинцева Е.М., 2005; Bradley R., Westen D., 2005). Наиболее частым проявлением, психогенно обусловленного этапа течения эмоционально неустойчивого расстройства личности является – декомпенсация (Аксенов М.М., Юсан Е.В., Рыбалко М.И., 2004; Megan E. Ruiter et al., 2012; Рожнова К., 2013). Индивидуумы с эмоционально неустойчивым расстройством личности рассматривается как наиболее уязвимые в отношении неблагоприятных социальных факторов, в виду невозможности контролировать основные психологические потребности (Ryan R.M., 2006; Смулевич А.Б. с соавт., 2012;).

В зависимости от характера реагирования на психотравму декомпенсации расстройств личности разделяют на гомономные (с клиническими проявлениями свойственными данному или грядущему виду психопатий) и гетерономные когда преобладают симптомы, присущие другому кругу психопатий; фасадные - тесно связанные с переживаниями личности в настоящее время, и глубинные меняющие жизненный стереотип, сохраняющих актуальность на продолжительный период времени; острые (менее 6 месяцев) и хронические (более 6 месяцев) (Семке В.Я., Куприянова И.Е., 2003).

Несмотря на то, что психогенно обусловленная декомпенсация у эмоционально-неустойчивых личностей явление довольно частое, вопрос о характере психогений и их систематика для военнослужащих

срочной службы остается мало освещенным (Литвинцев С.В., 2002; Wei-Chen Chuang et al., 2012; Колов С.А., Чехлатый Е.И., Шамрей В.К., 2013;).

Отсутствие четко сформулированной градации и систематики психогений, специфичной для срочной военной службы, создает трудности в диагностике, а так же определяет предпосылки к принятию неверного экспертного решения с соответствующими серьезными социально-правовыми последствиями (Куликов В.В., 2001). К. Moss, Н. Prins (2006). Так называемое «клеймо» или ожидаемая стигма после увольнения из армии с диагнозом психического расстройства, что, то же относится к психогениям (Amy C Iversen et al., 2011)

В свою очередь расширение представлений о клинике, закономерностях динамики личностной патологии молодого возраста (предболезненные состояния, переходные состояния, транзиторные расстройства личности, латентные и краевые формы психопатий) позволяет исключить отрицательные социальные последствия ошибочных экспертных заключений, ограничить возможность применения диагноза расстройства личности на этапе его структурирования. Такая преемственность в работе гражданских и военных психиатров улучшает взаимопонимание по клинической оценке расстройств личности (Доровских И.В. с соавт., 2004; Шамрей В.К., Марченко А.А., Фомин С.А., 2011).

Призыв и служба в вооруженных силах в определенных ситуациях является психогенией (Марченко А.А., 2009; Shay-Lee Belik et al., 2010), так как призыв в армию носит обязательный характер, без учета потребностей и желания призывника и потому создает развитие психогенно обусловленных состояний для некоторых молодых людей (Howard Waitzkin, Marylou Noble, 2011; Татанова Д.В, Рзянкина М.Ф.,

2012;). Поэтому особенности армейской жизни в период широких социальных преобразований относятся к разряду «продолговатой психической травмы». В период службы в армии как психотравмирующими и декомпенсирующими факторами для неустойчивых личностей являются различные специфические армейские условия, складывающиеся на основе самого факта службы (Lisa K. Richardson, B. Christopher Frueh, Ronald Acierno, 2010), а также взаимоотношения в воинском коллективе (Куликов В.В., Шостакович Б.В., Литвинцев С.В., 2003; Безчасный К.В., 2012;). Воздействие психотравмирующих факторов «деформирует» личность - нарушает её рациональное поведение, создают угрозу психическому здоровью, а в ряде случаев приводят к развитию расстройств личности, что, несомненно, сказывается на морально-психологическом состоянии войсковой части, её боеготовности и боеспособности (Пляскин, Т.В., Цыганков, Б.Д., Джангильдин, Ю.Т., 2006; Фастовцов Г.А., Соколова Е.А., 2012 ).

В то же время некоторые психотравмирующие моменты, которые могли бы вызвать декомпенсацию в обычных условиях, не вызывают декомпенсации в армии и наоборот (Zanarini, M.C. et al., 2006; J. Sundin et al., 2010; Агарков А.А., Скороходова Т.Ф., Погорелова Т.В., 2011).

Одним из предрасполагающих факторов к развитию психогенных декомпенсаций для эмоционально-неустойчивых личностей является возраст призыва на военную службу, который относится к кризовому периоду.

Возраст прохождения военной службы (18-20 лет) имеет ряд особенностей: эгоцентризм, максимализм убеждений, склонность к формированию сверхценных идей, недостаточно сформированная способность к внутренней переработке и критическому осмыслению си-

туации, уязвимость эмоциональной сферы, парциальная психическая незрелость с эмоционально - идеаторным уровнем реагирования, несоответствие возрастающих социально-психологических потребностей в самоопределении и самоутверждении реальным возможностям, отсутствие у данной категории лиц сколько – нибудь значительного собственного опыта переживаний тех или иных жизненных коллизий (Гурьева В.А., Семке В.Я., Гиндикин В.Я., 1994; Okulate G.T., Jones O.B., 2006; Куприянова И.Е., Рахмазова Л.Д., Стоянова И.Я., Солонский А.В., Гуткевич Е.В., Агарков А.А., Скороходова Т.Ф., Насырова Р.Ф., Дашиева Б.А., Карауш И.С., Рудникович Т.В., Семенова Н.Ю., 2011; Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., 2014). Для эмоционально-неустойчивых расстройств личности, в этом возрасте идет усугубление данных проблем, приводящих к недостаточному контролю импульсивности с частыми вспышками агрессии и аутоагрессии, особенно при тесных, изолированных межличностных взаимоотношениях какими являются условия службы в армии (Levy, K.N., 2005; Смулевич, А.Б., 2007; Kerry L. Knox et al., 2010; Бартош Т.П., Бартош О.П., Мычко М.В., 2013).

В целях повышения успешности адаптации военнослужащих к условиям службы в российской армии и в зарубежных странах ведется профессиональный отбор с применением психологических методов исследования, которые остаются постоянными на протяжении последних десятилетий и не учитывает изменившегося характера психогений у военнослужащих. Кроме того, в ходе исследования изучаются не индивидуально-типологические особенности личности, а анализ показателей уровня знаний испытуемого, умений и навыков, который часто не выявляет его потенциальные возможности, что в свою очередь приводит к ошибочному мнению о субъекте призываемому в

вооруженные силы (Казенных В.В., Куприянова И.Е., 2006; Ворона А.А., Сыркин Л.Д., 2011; Дементьева Л.А., 2013).

В литературе, посвященной декомпенсациям психопатий у военнослужащих, в основном приводятся данные исследований о несении военной службы в экстремальных условиях. Вопросам психотравмирующих ситуаций декомпенсациям психопатий у военнослужащих срочной службы в мирное время уделяется недостаточное внимание (Ковальский О.Н., Каменсков Н.Н., 2011). Последствия психогений у военнослужащих с расстройством личности в мирное время, и в целом их психическое здоровье остаются малоизученными. Это касается как отечественных, так и зарубежных авторов. В публикациях последних лет зарубежные исследователи чаще ссылаются на данные, полученные при проведении военных действий в Ираке, Афганистане, а отечественные авторы на данные, полученные при исследовании комбатантов на Северном Кавказе (Строганов А.Е., Стреминский С.Ю., 2012; Eric B. Elbogen et al., 2012; Ичитовкина Е.Г., Злоказова М.В., Соловьев А.Г., 2013; Matthew Price et al., 2013; Victoria Ashley et al., 2013;). Эти данные, разумеется, неприемлемы для мирного времени. Специфика психогений в период срочной службы в армии и формы реагирования на них будут выглядеть по-разному в «обычных» гражданских условиях и при участии в боевых операциях (Brundage et al., 2006)

Специфичным для психогений при срочной военной службе является то обстоятельство, в котором, в зависимости от периода службы, динамика эмоционально неустойчивых расстройств личности выступает по-разному (Литвинцев С.В., Снедоков Е.В., Шамрей В.К., 1999).

Установлено, что психогенно обусловленные декомпенсации в период срочной службы в армии в мирное время имеют критические периоды - «пики».

По данным А.В. Фадеева, В.В. Куликова, О.Э. Чернова (2001) первый пик приходится на 3 й месяц службы. Причинами являются нарушение адаптации и конфликтные ситуации (92%). Второй пик приходится на 6-7 месяцев, и в целом является следствием перехода из учебного подразделения к непосредственному несению службы (55%). Третий пик отмечается на 12 месяце службы в основном связанный с конфликтными ситуациями (70%). Четвертый пик приходится на 18 месяц и составляет 50%.

Австралийские исследователи С. Booth с соавторами (2006) так же придерживаются мнения, что психогении находятся в определенной зависимости от периода службы в армии (поступление на службу, подготовительный период, период специализации и непосредственной службы в армии и.т.д.).

В. Sampson с соавторами (2006) отмечают корреляцию между продолжительностью службы и психогениями с высоким спектром клинических проявлений - от психических до психосоматических.

Подобное наблюдение было проведено С.А. Нурмагамбетовой в 2003 г. при разделении по периодам службы (4 периода). Она обнаружила существенное различие по периодам психотравмирующих факторов и характера их влияния на формирование декомпенсаций у военнослужащих, в отличие от гражданских лиц с эмоционально неустойчивым расстройством личности.

Авторитетные исследователи обсуждаемой проблемы из Томска признают, что причиной периодичности являются в большей степени социальные факторы (переход из одной иерархической группы в дру-

гую и изменение психогений в зависимости от адаптации в иерархии) (Казенных В.В., Куприянова И.Е., 2006).

Выявленная периодизация в исследованиях вышеуказанных авторов не является искусственным и сугубо теоретическим, напротив, она продиктована исключительно практическим состоянием вопроса.

Таким образом, прицельных исследований, посвященных влиянию психогенных факторов на динамику эмоционально-неустойчивых личностных расстройств в период военной службы, учитывающих специфику психогений для срочной службы в армии в мирное время немного. Несмотря на свою актуальность вопрос освещается в большей мере, без достаточного учета специфики как изучаемой патологии, так и психогений.

### **1.3. Клиническая динамика эмоционально неустойчивого личностного расстройства у военнослужащих по призыву в мирное время.**

Динамика психопатий, является самым сложным в учении о психопатиях. Корифеем в изучении клиники и динамики психопатий является П.Б. Ганнушкин (1933). Никто из предшественников П.Б. Ганнушкина, занимавшихся исследованием психопатий (расстройств личности), не увидел всей проблемы в целом, не смог интегрировать, обобщить, полученные данные, не смог понять, что речь идет о принципиально новом понятии – динамике психопатий, представив свои блестящие клинические описания и конкретные клинические материалы (Гиндикин В.Я., 2001). В последующие годы изучение данной темы было продолжено отечественными учеными О.В. Кербиковым (1960), Н.И. Фелинской (1977), В.Я. Гиндикиным (1997), В.А. Гурьевой (1999), В.Я. Семке (2001). В зарубежной литературе понятие «динамика психопатий» отсутствует, даже в современных учебниках (Каплан Г.И. и

Сэдок Б.Д., 1994) и расстройства личности представлены как статические портреты. Как писал о таком состоянии проблемы М.Е. Бурно (1976) «в работах по психопатиям отечественные авторы в проникновенно тонких, выразительных, наполненных клиническим раздумьем описаниях не имеют себе равных в мире».

П.Б. Ганнушкин (1933) под динамикой психопатий понимал изменение свойств личности «на долгий или короткий срок под влиянием тех или иных факторов» и рекомендовал обращаться к закономерностям динамики, в которой с наибольшей полнотой выступает клиническая структура психопатических состояний, а сами они достигают «степени клинического факта». Лишь в динамике удастся выявить степень выраженности симптома, характерные черты его становления, редукция и связь с другими патологическими образованиями. «Хотя мы и противопоставляем - писал П.Б. Ганнушкин, - психопатии как стационарные состояния психозам-процессам, однако статика эта очень условна: она сводится, главным образом, к сохранению известного единства личности, на фоне которого разворачивается сугубая динамика».

П.Б. Ганнушкин выделял следующие динамические сдвиги психопатической личности: фаза или эпизод, шок, реакция, развитие, подчеркивая при этом, что «отправной точкой является динамический подход к психопатиям», а главным методом клинический. Ведущими принципами изучения психопатий он считал статический (поперечный) и динамический (продольный). В понятие статики он включал фактическое содержание психопатии, а в понятие динамики – законы и формулы развития. Динамический анализ проводился им в трех направлениях: 1) динамика социальных условий; 2) биологическая динамика; 3) клиническая динамика. Клиническая динамика имеет два

источника – ситуационный и конституциональный; ей присущи два пути: появление качественно новых свойств и дисгармоничное развитие имевшихся особенностей личности, а также два направления течения – компенсация и декомпенсация (1964).

Учение о динамике психопатий в последующем наиболее полно разрабатывалось О.В. Кербиковым (1960), который обозначил этап формирования психопатий как «психопатическое развитие», тем самым подчеркивая динамическую сущность психопатий. О.В. Кербиков (1961) утверждал, что для разработки адекватных лечебных и превентивных подходов требуется составление «лестниц валентности» с учетом двух обстоятельств: соответствия явлений, вызываемых вредностью, тем которые свойственны данному заболеванию; степени полного «созревания» болезни для развития или усложнения. Кербиков О.В. (1963) пишет: «Ведь от рождения человек не тот, кем он становится в результате воспитания. Можно говорить о глыбе мрамора и резце скульптора. Конечно, для ваяния важно качество мрамора. Однако в основном изваяние формируется под действием резца скульптора. Этим скульптором и является окружающая среда».

Для рассмотрения динамики психопатий предложены как временные динамические сдвиги, так и этапы становления расстройства личности. В реальной клинической практике удается уловить основные этапы становления аномального личностного реагирования (АЛР) (Гурьева В.А., 1971; Семке В.Я., 2001; Аксенов, М.М., Семке, В.Я., 1995): начальный этап клинических проявлений практически исчерпывается отдельными элементарными проявлениями возбудимого, истерического и неустойчивого характера. Клиническая картина в это время недифференцирована, фрагментарна и подвижна. На втором этапе «структурирования» ярко проявляется мозаичность клинической

картины, главным образом, за счет преобладания симптоматики негативной стадии пубертата. В это время отмечаются не только лабильная взаимозаменяемость психопатических синдромов, но и многообразие утрированных возрастных особенностей психики (стремление к самоутверждению, эгоцентричности, инфантилизм, реакции оппозиции, имитации, отказа), психозэндокринных нарушений (Ковалев В.В., 1979; Личко А.Е., 1985).

В этот же период может возникать склонность к полиморфным сверхценным образованиям. Третий этап - завершение формирования аномального личностного реагирования, когда все ее клинические характеристики, укладываются в рамки одного из психопатических типов. О.В. Кербиков (1962) писал и о возможной депсихопатизации «латентной» психопатии. В зависимости от преморбидных особенностей личности возможна нивелировка с возрастом наиболее ярких клинических проявлений. Так для эмоционально-неустойчивого расстройства личности в зрелом возрасте часто происходит снижение эксплозивности, стремление к агрессивным, насильственным действиям (Ehrensaft, M.K., 2006; Семке В.Я., Аксенов М.М., Диденко А.В., 2009; Klaus Schmeck et al. 2013;).

В ряде исследований посвященных динамике расстройств личности отмечается роль возрастных факторов. Подтверждено усиление психопатических свойств личности в возрастные кризы (Гиндикин В.Я., 2001; Семке В.Я., 2003). Оказалось возможным установить, что ухудшение состояния при расстройствах личности неравномерно распределены на протяжении жизни: они группируются по отдельным возрастным кризам, таким как 3-4, 7-8, 13-14, 18-20 (наибольшая частота ухудшений), 30-31, 42-43 и 48-50 лет. При этом выявилось, что на различных возрастных этапах в рамках одного и того же типа расстрой-

ства личности нередко наблюдаются весьма различные клинические картины (Александровский Ю.А., 2003; Barbara Stringer et al., 2011; Кривулина О.Е., 2013). Поэтому диагностическая принадлежность эмоционально-неустойчивых расстройств личности в эти периоды остается спорной, требующей дальнейшего продольного и динамического рассмотрения (Marjon Nadort, et al., 2009; Аксенов М.М., с соавт., 2013).

В целом динамике психопатий свойственны две основные тенденции, о которой предпочитают говорить - компенсированная и декомпенсированная (компенсация или декомпенсация психопатий) (Ганнушкин П.Б., 1933; Гурьева В.А., Гиндикин В.Я., 1968).

Компенсация – способность индивида замещать вредные, мешающие себе и другим характерологические качества полезными или, во всяком случае, безразличными.

Декомпенсация – это нарушение, обострение аномальных свойств личности, связанное с ослаблением или устранением компенсаторных черт. Для декомпенсации психопатий характерен определенный спектр клинических синдромов. В каждом конкретном случае на первый план в клинической картине выступает стержневая симптоматика, которая и определяет клинический тип декомпенсации (Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е., 1995; Диденко А.В., Аксенов М.М., 2010).

Клинические проявления декомпенсации выражаются в обостренных проявлениях черт характера, в усилениях, присущих индивиду аномальных качеств. По П.Б. Ганнушкину – при декомпенсации обнажается прежняя психопатическая структура личности (В.Я. Семке, Е.М. Епанчинцева, 2005).

В группу патологического реагирования включаются также конституциональные реакции (реакции «в пределах ресурсов личности» по

Н. И. Фелинской (1977); характерологические реакции по Б. В. Шостаковичу, 2000). Конституциональные реакции появляются при субъективно сложных для данного лица ситуациях (вынужденная смена привычного жизненного стереотипа, утрата близких, семейная драма, бытовые конфликты и т. д.). Клиническим проявлением таких реакций может быть временное значительное усиление основных аномальных черт личности (реакции, однозначные типу психопатии). Как правило, они скоротечны и длятся в течение нескольких часов или дней и выступают в форме бурных аффективных разрядов (Шостакович Б. В., 2000; Ni X. et al., 2006). Однако следует отметить, что характерологические реакции в целом входят в рамки декомпенсаций. Поэтому их разделение и выделение из собственно декомпенсации является условным, имеющее в ряде случаев чисто теоретическое значение (Нарышкин А.В., 2001; Budhani S., Richell R.A., Blair R.J., 2006; Счастный Е. Д., 2013)

В военной психиатрии при анализе декомпенсаций у военнослужащих срочной службы Министерством Обороны и Министерством здравоохранения рекомендовано использовать типологию декомпенсаций предложенную А.С. Брюховетским (1988, 1990). Исходя из специфики срочной службы, в армии выделяются три основных клинических типа декомпенсаций психопатических реакций: 1. Аффективный тип: а) эксплозивно-дисфорический б) аффективно-неустойчивый в) субдепрессивный. 2. Невротический тип: а) астенический б) обсессивно-фобический в) ипохондрический г) истеро-невротический. 3. Аномально-личностный тип, характеризующийся усилением патологических особенностей личности. Длительность декомпенсации достигает нескольких месяцев. Из перечисленных вариантов декомпенсаций для эмоционально неустойчивого расстройства личности в большей сте-

пени присущ: аффективный тип, эксплозивно-дисфорический вариант (Яценко К.О., Корнилов А.А., 2006; Eisen J.L. et al., 2006; Фомушкина М. Г., Раева Т. В., 2013)

В периоды компенсированного поведения лица с психопатическими реакциями обычно не нуждаются в медицинской помощи и остаются вне поля зрения врача. Кроме того, вне конфликтных ситуаций у них не проявляются аномальные черты характеров и они не проявляются клинически очерченными (Leonhard K., 1968; Личко А. Е., 1985).

Между нормой (нормально-дискордантной личностью) и психопатическими чертами характера располагается диапазон аномальной личностной изменчивости, имеющий количественную и качественную градацию конституционально-типологических особенностей и обусловливающих психогенно (Аксенов М.М., Юсан Е.В., Рыбалко М.И., 2004; Дементьева Л. А., 2013). Эмоционально неустойчивые личности испытывают трудности адаптации при резкой смене стереотипа поведения, при воздействии психических и физических нагрузок, в непривычном, организованном коллективе с необходимостью систематического подчинения, при постоянном нахождении в рамках жестко регламентированной профессиональной деятельности (Баурова Н.Н., Рудой И.С., Грановская Р.М., 2012; Han-Wei Chou et al., 2014).

Разграничение аномально личностных реакций и состояний с крайними вариантами личностной нормы в настоящее время считается наименее изученной проблемой пограничной психиатрии (Смуглевич, А. Б., 2009; Диденко А.В., Семке В.Я., Малкин Д.А., 2010; Александровский Ю.А., 2010; Марута Н. А., Федченко В. Ю., Перчаткина О. Э., 2013). Клинический опыт свидетельствует о целесообразности

выделения шкалы личностной характеристики при оценке формирования аномальной личностной структуры (Семке В.Я., 2001).

Говоря о данной постановке вопроса в военной психиатрии, В.В. Нечипоренко, В.М. Лыткин, А.Г. Синеченко (2003) и другие военные психиатры, исходя из назревшей необходимости при первичной диагностике расстройств личности у военнослужащих, предлагают следующую схему динамики расстройств личности в условиях срочной военной службы в мирное время:

1. Акцентуация характера (АХ)
2. Нервно - психическая неустойчивость (НПН)
3. Транзиторное расстройство личности (ТРЛ)
4. Патохарактерологическое развитие личности (ПХР)
5. Расстройство личности (РЛ)

В рамках представленной динамической схемы показаны определение и клинический континуум личностных расстройств в условиях срочной военной службы в мирное время.

Распознавание выраженных форм расстройств личности в зрелом возрасте вызывает меньше затруднений, чем в юношеском возрасте, который приходится на период времени военной службы (18-19 лет), когда психопатические расстройства наиболее динамичны (Королёв С.А., Нечипоренко В.В., 2009).

Т. Ristkari с соавторами (2006) при обследовании призывников с эмоционально-неустойчивыми чертами личности выявили 79,7% еще формирующиеся личностные аномалии и, чем дальше проходила служба в армии, тем многообразнее становился спектр психических расстройств (Kyoung-No Han, Sung-Bu Lee., 2013). При анализе результатов исследования военнослужащих обнаружен высокий уровень

дезадаптации у лиц с личностными расстройствами (Казенных В.В. с соавт., 2005; Жовнерчук Е.В., 2011).

Для военнослужащих с эмоционально неустойчивым расстройством личности с преобладанием возбудимых и смешанных черт характера, специфичны утрированность и грубость предъявляемой симптоматики, быстрое нарастание дисгармонии личности в конфликтной ситуации из-за невозможности воспользоваться привычными в «обычной» обстановке способами самокомпенсации и смены условий, узкий диапазон социально - приемлемого психического реагирования (нет возможности уйти из ситуации) При этом проявления девиантного поведения, как проявления декомпенсаций, более грубы и клинически выражены (Куликов В.В., Шестакович Б.В., Литвинцев С.В., 2003; Осколкова С.Н., Фастовцов Г.А., 2009)

Девиантное поведение может быть проявлением декомпенсации на начальном этапе эмоционально - неустойчивых личностей (Менделевич В.Д., 2001; Sule A., Kelly K., 2006; Русина В.В., 2012).

K. Kryszyska, T. Heller, De Leo D. (2006) на основании литературных изысканий за 2004 – 2005 г.г. считают девиантное поведение индикатором для диагностики эмоционально-неустойчивого личностного расстройства (Michael S. McCloskey et al. 2009). Призыв на военную службу приходится на возраст, совпадающий с одним из пиков суицидальной активности. Именно в этот возрастной период формируются ведущие мотивы их иерархизация, а так же устойчивые личностные качества, стереотипы реагирования, что требует от индивидуума активной внутренней работы и при дезорганизации этих составляющих часто совершаются суицидальные действия (Потапова В. А., 2013). Суициды по своим медико-социальным последствиям относятся к числу наиболее тяжелых проблем в армейской жизни. Суицидальные

поведение является одним из частых и ярких проявлений декомпенсаций расстройств личности у военнослужащих срочной службы в армии с личностными аномалиями и составляет 46,4% (Богаченко С.М., Козаченко В.Ф., Ковалева Г.М., 2003; Кудрявцев И.А., 2010). Большинство суицидальных действий совершается военнослужащими проходящими службу по призыву. Около 40-50 % военнослужащих, совершивших суицидальные действия являются лицами с расстройством личности (Резник А.М., Фастовцев Г.А., 2004; Кудрявцев И.А., Иванникова Н.М., 2010). Несмотря на проводимые мероприятия по укреплению правопорядка, воинской дисциплины и обеспечению безопасности военной службы, суицидальные действия до настоящего времени являются причиной смерти 25% погибших в мирное время военнослужащих. Следует так же отметить, что большинство самоубийств (65,8%) совершается рядовыми и сержантами проходящими военную службу по призыву, в основном в первый год службы. Частота суицидов у российских военнослужащих в 2-3 раза превышает этот показатель среди военнослужащих развитых стран (Вольнов Н.М., 2003; Pompili M. et al., 2006; Положий Б.С., Панченко Е.А., 2011).

Анализ результатов медицинского освидетельствования военнослужащих по призыву показывает, что, как правило, одним из первых проявлений декомпенсаций лиц с эмоционально-неустойчивым расстройством личности являются суицидальные действия (Литвинцев С.В., Шамрей В.К., Нечипоренко В.В., Попик И.Г., 2001; Jeffrey Hyman, Robert Ireland, Lucinda Frost, Linda Cottrell, 2012).

К. Gratz, J. Gunderson (2006) (Военно-медицинская школа Гарварда) отмечают высокое число самоповреждений у эмоционально-неустойчивых натур, при этом особого внимания заслуживает тот факт, что стимул не всегда может соответствовать реакции (в количе-

ственном и качественном взаимоотношениях), как это бы выглядело в типичных случаях аутоагрессии. Причем суицидальные действия возникают вследствие импульсивности и в редких случаях вследствие депрессивных состояний (Brodsky B.S. et al., 2006). Данное обстоятельство связано, с точки зрения социально-психологических параметров суицида, для эмоционально неустойчивых личностей со слабой стрессоустойчивостью, не высокими адаптационными ресурсами, а главное недостаточностью сформированностью навыков конструктивного разрешения субъективно сложных проблем (Литвинцев, С.В., 2003; Vsevolod Rozanov, Vladimir Carli, 2012).

R.S. Welton, L.R. Blackman (2006) представляют данные полученные в результате обследования военнослужащих авиационной базы ВВС США, в котором говорит, что у 40% военнослужащих с эмоционально-неустойчивым расстройством личности в той или иной степени отмечено суицидальные тенденции (Kerry L. Knox, Robert M. Bossarte, 2012).

Кроме того отмечено с суицидальным и аддиктивное поведение в виде употребления психоактивных веществ (Бохан Н. А., Приленский Б. Ю., Уманская П. С., 2014)

Частым проявлением декомпенсаций эмоционально неустойчивых личностных аномалий являются различные виды аддикций (Мандель А. И. с соавт., 2013). Среди больных героиновой наркоманией эмоционально-неустойчивые лица занимают ведущее место, и составляют 30,79% (Азанова Б.А., Нургазина А.З., 2006).

Со статистической точки зрения военнослужащие с эмоционально-неустойчивым расстройством личности занимают ведущее положение среди лиц с алкоголизмом и наркоманией (Куликов В.В. с соавт., 1999; Бохан, Н.А., Мандель, А.И., 2001; Литвинцев С.В. с соавт.,

2002; Богаченко С.М., Козаченко В.Ф., Ковалева Г.М., 2003; Грошев, В.Н. Габрильянц, О.А., Заварзин, Ю.А., Попов, Н.В., 2001; Raveen Hanwella et al., 2012). Некоторыми авторами признается, что прохождение военной службы по призыву само по себе оказывает определенное влияние на формирование аддиктивного поведения (Грошев В.Н. с соавт., 2001; Клименко Т.В. Козлов А.А. Истомина В.В. Беспалова Л.Ю., 2013; Mitchell D., Angelone D., 2006; Constance Weisner, 2013).

В большинстве случаев эмоционально-неустойчивые личности проявляют себя наиболее агрессивно (Горшков И.В., Горинов В.Ф., 1998; Дозорцева Е.Г., 2000; Goldstein, R.B., Grant, B.F., Huang, B. et al., 2006; Semiz U.B., et al., 2008). Лица с эмоциональной неустойчивостью (Сафуанов Ф.С. Калашникова А.С., 2010; Keller A., 2006; Phuong N Pham, Patrick Vinck, Eric Stover, 2009) наиболее часто совершают военные преступления: от самовольного оставления части до тяжелых (истязание слабых сослуживцев, убийство, доведение до суицида).

Как указывает J. Paris (2006), для эмоционально неустойчивых лиц большую значимость имеют нравственные унижения, чем опасные для жизни физические условия. Автор приводит примеры выносливости таких лиц к тяжелым экстремальным физическим нагрузкам и в то же время непереносимости к морально-этическим воздействиям, унижающим достоинство.

R. Hare (2006) подчеркивает: «Игнорирование изучения диагностики эмоционально неустойчивых расстройств личности является «уважением насилия».

Неоднозначность подходов к диагностике эмоционально неустойчивых личностных расстройств в период срочной военной службы в мирное время, требует построения клинико-динамических данных с сопоставлением и объективизацией на основе катamnестических све-

дений в гражданских и армейских условиях (Mehlum L., Koldslund B., Loeb M., 2006). Для динамической диагностики расстройств личности исследователи используют результаты, полученные в гражданских условиях, предполагая такой же клинический прогноз и формулу поведения в той или иной ситуации в армейских условиях (Gunderson J.G. et al., 2006; Steven P. Cohen et al., 2011).

В целом на современном этапе научной мысли осуществляется активный поиск систематизации факторов риска, определяющих патогенетические и саногенетические процессы; уточняются клинические параметры динамики. Все более очевидным становится вывод, что одно лишь перечисление возможных факторов риска не является вполне результативным. Однако концепция «мультикаузальности» пока еще не получила должного широкого применения в медицинской теории и практике (Аксенов М.М., Семке В.Я., с соавт., 2006).

Подводя итог по общему состоянию обсуждаемой темы можно говорить о существенной значимости исследований по клинике и динамике эмоционально-неустойчивого расстройства личности в условиях срочной службы в армии. Остается не до конца выясненным вопрос, военнослужащие на каком этапе развития расстройства личности декомпенсируются в рядах армии и существует ли зависимость клинической картины декомпенсации от этапа этого развития.

## ГЛАВА ВТОРАЯ

### Материалы и методы исследования

#### 2.1. Характеристика клинического материала и основные принципы исследования

Работа проводилась на протяжении 2005-2013 гг. в ГКУЗ КО Кемеровской областной клинической психиатрической больницы (главный врач, к.м.н. В.А. Сорокина), в отделении где проводится военно-врачебная психиатрическая экспертиза военнослужащим по призыву и призывникам, за период с 2005 по 2013 г.г.

Исследование проводилось нами в два этапа: первый - обследование всех поступивших призывников 1754 чел. и военнослужащих – 373 чел., с целью определения нозологической структуры и выявления распространенности эмоционально-неустойчивого расстройства личности.

На втором этапе проведено сравнительное исследование двух контингентов лиц с эмоционально неустойчивым личностным расстройством, импульсивный тип: военнослужащие по призыву (основная группа) и призывники (группа сравнения).

Основная группа: 108 военнослужащих по призыву, направленных из войсковых частей с предварительным диагнозом «Расстройство личности эмоционально неустойчивое», на военно-врачебной психиатрической экспертизе был установлен диагноз: «Расстройство личности эмоционально неустойчивое, импульсивный тип» - F-60.30. Свидетельство о болезни данных военнослужащих были направлены в центральную военно-врачебную комиссию РФ при МО РФ, где диагноз «Расстройство личности эмоционально неустойчивое, импульсивный тип» F-60.30 был утвержден.

Группа сравнения: 144 призывника поступившие в отделение по направлению военкомата, где коллегиально на военно-врачебной психиатрической экспертизе установлен диагноз «Расстройство личности эмоционально неустойчивое импульсивный тип». F-60.30 диагноз подтвержден областным военкоматом.

Средний возраст 108 военнослужащих  $19,3 \pm 1,3$  лет. Средний возраст 144 призывников  $18,8 \pm 1,5$  лет. Катамнез  $2,5 \pm 3,5$  года.

Критериями включения военнослужащих и призывников в исследование были: соответствие у них анамнестических данных, клинических, клинико-динамических проявлений картине эмоционально неустойчивого расстройства личности, импульсивный тип согласно клинико-диагностическим критериям F-60.30 по МКБ - 10 Наличие информированного согласия на исследование.

Критериями исключения: F 0 - органические психические расстройства, F1 зависимость о психоактивных веществ, F2 шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства, F3 аффективные расстройства, F4 невротические и соматоформные расстройства F 60.1; F 60.2; F 60.31; F 60.4; F 60.5; F 60.6; F 60.7; F 60.8; F 60.9 - расстройства личности с другой клинической картиной, F-7 умственная отсталость лица, не страдающие психическими заболеваниями.

В соответствии с целями и задачами исследования основными методами при его проведении избраны: клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-катамнестический, экспериментально-психологический, статистический.

Таблица 1

**Клиническая структура психических нарушений обследованных  
военнослужащих**

| <b>МКБ-10</b> | <b>Диагнозы по МКБ-10</b>                                         | <b>Абс.</b> | <b>%</b>     |
|---------------|-------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|
| F-0           | Органические психические расстройства                             | 52          | 14,0         |
| F-2           | Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства                | 15          | 4,0          |
| F-4           | Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства | 68          | 18,2         |
| F-6           | Расстройства зрелой личности и поведения                          | 167         | 44,8*        |
| F-7           | Умственная отсталость                                             | 24          | 6,4          |
| -             | Психическим заболеванием не страдает                              | 47          | 12,6         |
|               | <b>Итого:</b>                                                     | <b>373</b>  | <b>100,0</b> |

Примечание - \*  $p < 0,001$

В таблице 1 представлено распределение расстройств личности у военнослужащих. Наибольшее количество военнослужащих по призыву (44,8%), в свое время призванных в армию, а затем признанных не годными или ограниченно годными к военной службе, относится к категории лиц, признанных страдающими «Расстройством зрелой личности и поведения у взрослых» (F6), с статистически значимым преобладанием над другими нозологиями ( $p < 0,001$ ). Полученные данные в целом соответствуют общероссийским показателям.

Таблица 2

**Клиническая структура психических нарушений у обследованных  
призывников**

| <b>МКБ<br/>-10</b> | <b>Диагнозы по МКБ-10</b>                                         | <b>Абс.</b> | <b>%</b>     |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|
| F-0                | Органические психические расстройства                             | 815         | 46,4         |
| F-2                | Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства                | 59          | 3,4          |
| F-4                | Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства | 91          | 5,2          |
| F-6                | Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых               | 267         | 15,2*        |
| F-7                | Умственная отсталость                                             | 329         | 18,8         |
| -                  | Психическим заболеванием не страдает                              | 193         | 11,0         |
|                    | <b>Итого:</b>                                                     | <b>1754</b> | <b>100,0</b> |

Из 1754 призывников, освидетельствованных отделенческой военно-врачебной комиссией, психически здоровыми и годными к службе в армии признаны только 193 человека (11,0%). Почти половина призывников, направленных РВК для экспертной оценки психического здоровья, оказались не годными к военной службе по органическим психическим расстройствам (46,4%). Частота данной патологии среди населения Кузбасса является характерной для региона (Корнилов А.А., 2006). Например, данные по Томской области (Агарков А.П., Варанкова Л.В., Титаренко Л.И., 2006) органические психические расстройства, как причина негодности к службе в армии составляют в среднем 5,2 %. Расстройства зрелой личности и поведения у взрос-

лых установлены у 267 призывников (15,2%) ( $p < 0,001$ ). Эти данные представлены в таблице 2.

Таблица 3

**Типологическая структура личностных расстройств у военнослужащих**

| <b>МКБ 10</b> | <b>Тип расстройства личности</b>                           | <b>Абс.</b> | <b>%</b>     |
|---------------|------------------------------------------------------------|-------------|--------------|
| F 60.1        | Шизоидное расстройство личности                            | 13          | 7,8          |
| F 60.3        | Эмоционально неустойчивое расстройство личности            | 108         | 64,8*        |
| F 60.4        | Истерическое расстройство личности                         | 6           | 3,5          |
| F 60.6        | Тревожное (уклоняющееся, избегающее) расстройство личности | 12          | 7,1          |
| F 60.7        | Расстройство типа зависимой личности                       | 28          | 16,8         |
|               | <b>Итого:</b>                                              | <b>167</b>  | <b>100,0</b> |

Таблица 3 показывает, что из личностных расстройств у военнослужащих, обследовавшихся в отделении военной экспертизы КОКПБ, 64,8% лиц страдали эмоционально-неустойчивым расстройством личности.  $p < 0,001$  – следовательно, полученный результат является статистически достоверным. На все другие варианты личностной патологии приходится 35,3%.

Клиническое содержание личностных расстройств призывников, прошедших психиатрическое обследование представлено в следующей таблице.

Таблица 4

**Типологическая структура личностных расстройств  
у призывников**

| <b>МКБ<br/>10</b> | <b>Тип расстройства личности</b>                           | <b>Абс.</b> | <b>%</b>     |
|-------------------|------------------------------------------------------------|-------------|--------------|
| F 60.1            | Шизоидное расстройство личности                            | 74          | 27,7         |
| F 60.3            | Эмоционально неустойчивое расстройство личности            | 144         | 54,0*        |
| F 60.4            | Истерическое расстройство личности                         | 16          | 6,0          |
| F 60.6            | Тревожное (уклоняющееся, избегающее) расстройство личности | 13          | 4,8          |
| F 60.7            | Расстройство типа зависимой личности                       | 20          | 7,5          |
|                   | <b>Итого:</b>                                              | <b>267</b>  | <b>100,0</b> |

Таблица 4, также как и таблица 3, демонстрирует преобладающий процент (54,0 %) эмоционально-неустойчивого расстройства личности среди призывников, по сравнению с другими вариантами личностных расстройств – шизоидным, истерическим, тревожным и типа зависимой личности, на долю которых приходится 46,0 % ( $p < 0,001$ ).

Анализ образовательного уровня у обследованных показал следующее

Таблица 5

**Характеристика образовательного уровня у обследованных с  
эмоционально неустойчивым расстройством личности**

| Полученное образование         | Основная группа |              | Группа сравнения |              |
|--------------------------------|-----------------|--------------|------------------|--------------|
|                                | Абс.            | %            | Абс.             | %            |
| 1-8 классов                    | 7               | 6,5          | 36               | 25,0*        |
| Основное общее<br>(9 классов)  | 31              | 28,7         | 66               | 45,8*        |
| Среднее полное<br>(11 классов) | 22              | 20,3         | 12               | 8,3*         |
| Профессиональ-<br>ное училище  | 38              | 35,2         | 23               | 16,0*        |
| Колледж (техни-<br>ком)        | 6               | 5,6          | 7                | 4,9**        |
| Незаконченное<br>высшее        | 4               | 3,7          | 0                | 0**          |
| <b>Итого:</b>                  | <b>108</b>      | <b>100,0</b> | <b>144</b>       | <b>100,0</b> |

Примечание - \*  $p < 0,001$ ; \*\*  $p < 0,05$

Образовательный уровень в основной группе несколько выше – 9, 11 классов и ПТУ имеют 84,3% военнослужащих. В группе сравнения этот процент ниже и равняется 70,13%. И в качественном отношении образование военнослужащих выше - 60 чел. (55,6%) окончили 11 классов и ПТУ. У призывников этот процент равен 24,3%. Кроме того, 25,0% призывников (36 чел.) имеют крайне низкое образование. Показатели статистически различаются контрольной группы и группы сравнения ( $p < 0,001$ ). Получение образования в колледже и незаконченного

высшего достоверно выше у военнослужащих, чем у призывников ( $p < 0,05$ ).

При анализе трудового пути военнослужащих и призывников до призыва в армию, при обследовании в военкомате, выявлено следующее:

Таблица 6

**Трудовая деятельность обследованных военнослужащих и призывников с эмоционально неустойчивым расстройством личности**

| Трудовая деятельность              | Основная группа |              | Группа сравнения |              |
|------------------------------------|-----------------|--------------|------------------|--------------|
|                                    | Абс.            | %            | Абс.             | %            |
| Не работали                        | 39              | 36,1         | 79               | 54,9*        |
| Выполняли неквалифицированный труд | 48              | 44,4         | 49               | 34,0**       |
| Выполняли квалифицированный труд   | 21              | 19,5         | 16               | 11,1**       |
| <b>Итого:</b>                      | <b>108</b>      | <b>100,0</b> | <b>144</b>       | <b>100,0</b> |

Примечание - \*  $p < 0,001$ ; \*\*  $p < 0,05$

В таблице 6 внимание обращает тот факт, что обследуемые основной группы были более адаптированными: до призыва в армию 69 чел. (63,9%) работали, из них 21 чел. (19,5%) выполняли квалифицированную работу по приобретенной специальности. Количество работающих призывников, равнялось 65 чел. (45,1%), из которых работали на квалифицированных работах—16 (11,1%). Характеризуя трудовые отношения обследуемых, следует сказать, что для них была присуща

частая смена мест работы из-за конфликтов с руководством, не соблюдение графика работы. Также отмечалась тенденция к откровенно паразитическому образу жизни за счет средств родственников: нигде не работали, находясь на иждивении родных - 39 чел. (36,1%), обследованных основной группы и 79 чел. (54,9%), обследованных группы сравнения.

Все военнослужащие и призывники в отделении военно-врачебной экспертизы КОКПБ обследованы лично автором и представлялись комиссии врачей.

## **2.2. Методологические основы и методы исследования**

В соответствии с целями и задачами исследования основными методами при его проведении избраны: клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-катамнестический, экспериментально-психологический, статистический.

Для выделения отдельных групп психогений мы базировались на систематику предложенную В.Я. Семке, 2003 г., производя интерпретацию в соответствии с условиями службы в армии, которая уже сама по себе является для некоторых личностей психогенией. При сравнении по «критическим периодам» для наступления декомпенсации расстройств личности использовались исследования В.Я. Гиндикина (1999; 2000; 2001). При анализе декомпенсаций у военнослужащих использована типологию декомпенсаций предложенная А.С. Брюховетским (1990). Исходя из специфики срочной службы в армии, выделяются три основных клинических типа декомпенсаций: 1. Аффективный тип: а) эксплозивно-дисфорический б) аффективно-неустойчивый в) субдепрессивный. 2. Невротический тип: а) астенический б) обсессивно-фобический в) ипохондрический г) истеро-невротический. 3. Ано-

мально-личностный тип (Куликов В.В., Шостакович Б.В., Литвинцев С.В., 1999). По продолжительности службы в армии ко времени наступления декомпенсации состояния все обследуемые основной группы были разделены на четыре подгруппы (по периодам службы): 1) период (от призыва до 6 месяцев); 2) период (от 7 до 12 месяцев); 3) период (от 12 до 18 месяцев); 4) период (от 19 месяцев до демобилизации). Такое распределение в соответствии с временными периодами выбрано не случайно, т.к. по периодам уровень психической травматизации не одинаков и не однозначен (Нурмагамбетова С.А., 2003, Sampson B., 2006.) Для оценки эффективности терапии и проводимых реабилитационных мероприятий использовалась «Шкала оценки эффективности терапии больных с пограничными состояниями» (Семке В.Я., 1988). Для работы, была использована «Базисная карта» (приложение), созданная на основе «Базисной карты стандартизированного описания пробанда и родственника», разработанной научными сотрудниками отделения пограничных состояний ФГБУ "НИИПЗ" СО РАМН. Форма информированного согласия и форма информационного листка испытуемого. Кроме того использовалась военная медицинская документация; сведения полученные от родителей; характеристики с места учебы, работы, военной службы.

Результаты исследования обрабатывались статистически, для объективной их оценке, с использованием (t-критерий Стьюдента), корреляционный анализ, взаимосвязь качественных признаков  $\chi^2$ . Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере с применением стандартных прикладных программ Statistica for Windows (V. 6.0)

## **ГЛАВА ТРЕТЬЯ**

### **Условия формирования эмоционально неустойчивого расстройства личности у обследованных военнослужащих по призыву и призывников**

#### **3.1. Роль конституционально-биологических факторов**

Этиология расстройств личности многомерна. Имеют значения конституционально-генетические факторы, неблагоприятное влияние микросоциума. Наряду с этим определенную роль играют экзогенно-органическая недостаточность головного мозга во внутриутробном, перинатальном и раннем постнатальном периодах развития. Если генетические и экзогенно-органические факторы создают определенную почву, изменяющую церебральную реактивность, то процесс формирования патологической личности происходит под воздействием факторов социально-психологической среды.

По мнению многих авторитетных авторов, генетические механизмы имеют определяющее значение в развитии эмоционально-неустойчивого расстройства личности и влияют на раннее развитие и глубину аномальных черт характера (Личко А.Е., 1985; Гурьева В.А., Семке В.Я., Гиндикин В.Я., 1994). Отмечается «накопление» лиц с патологическими свойствами личности в семьях с генетической отягощенностью психическими заболеваниями и склонностью к социопатическим проявлениям.

В этой связи нами было проведено исследование, направленное на выявление психической патологии, патологии характера и психопатической структуры личности у близких родственников обследованных.

Таблица 7

**Наследственная отягощенность по линии родителей и ближайших родственников у обследованных лиц с эмоционально неустойчивым расстройством личности**

| Данные о наследственности обследованных     | Основная группа |              | Группа сравнения |              |
|---------------------------------------------|-----------------|--------------|------------------|--------------|
|                                             | Абс.            | %            | Абс.             | %            |
| Не отягощена                                | 55              | 50,9         | 51               | 35,4*        |
| Психические расстройства                    | 6               | 5,6          | 16               | 11,1**       |
| Алкоголизм                                  | 17              | 15,7         | 36               | 25,0*        |
| Патология характера и асоциальное поведение | 30              | 27,8         | 41               | 28,5**       |
| <b>Итого:</b>                               | <b>108</b>      | <b>100,0</b> | <b>144</b>       | <b>100,0</b> |

Примечание - \*  $p < 0,01$ ; \*\*  $p < 0,05$

Полученные нами данные, приведенные в таблице 7, свидетельствуют об определенном значении генетических факторов в анамнезах обследованных, могущих иметь отношение к развитию эмоционально-неустойчивых черт характера и последующего развития у них личностных расстройств.

Не имели отягощенности психическими заболеваниями 55 (50,93%) и 51 (35,42%) обследуемых основной и группы сравнения соответственно, и по этому показателю статистически различаются ( $p < 0,01$ ).

6 чел. (5,6%) родителей военнослужащих и 16 чел. (11,1%) призывников страдали психическими расстройствами, по поводу которых лечились в психиатрическом стационаре (шизофренией). Психические расстройства среди родителей и ближайших родственников выше.

Однако при статистической обработке достоверно не отличаются ( $p < 0,05$ ).

Процент отягощенности алкоголизмом у призывников (25,0%) достоверно выше чем у военнослужащих (15,7%) – ( $p < 0,01$ ).

Следует отметить, что почти во всех семьях обследованных распространено бытовое пьянство.

Около трети обследованных 30 чел. (27,8%) военнослужащих и 41 чел. (28,5%) призывников воспитывались в среде родственников с явными антисоциальными тенденциями с совершением правонарушений, привлечением к уголовной и административной ответственности, конфликтным и агрессивным поведением.

Не исключается возможность конституциональной предрасположенности к развитию расстройства личности. Преморбидный тип личности является результатом взаимодействия врожденных, приобретенных, биологических и психологических факторов, оказывающих свое влияние на генез и клиническую динамику болезни (Семке В.Я., 2003). Изучение нами преморбидной структуры личности у обследованных с эмоционально - неустойчивым расстройством личности показало наличие двух складов характера: акцентуированного и преппсихопатического.

Акцентуация характера оценивалась по А.Е. Личко (1985), как крайний вариант нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим.

Преппсихопатическое состояние – начальная стадия в развитии расстройства личности, когда еще отсутствуют свойственные последней тотальность патологических черт личности (один из критериев

психопатии по П.Б. Ганнушкину), но при этом уже присутствуют существенные нарушения социальной адаптации. Психопатические черты личности в данном случае могут быть обратимы (Гиндикин В.Я., 1997). Препсихопатическое состояние диагностировано на основании отсутствия одного из трех критериев П.Б. Ганнушкина (1933), определяющих аномальный уровень.

Таблица 8

**Характеристика личностной структуры обследованных с эмоционально неустойчивым расстройством личности в преморбиде**

| Типология преморбидной личности | Основная группа |              | Группа сравнения |              |
|---------------------------------|-----------------|--------------|------------------|--------------|
|                                 | Абс.            | %            | Абс.             | %            |
| Акцентуация                     | 69              | 63,9         | 65               | 45,1*        |
| Препсихопатия                   | 39              | 36,1         | 79               | 54,9*        |
| <b>Всего:</b>                   | <b>108</b>      | <b>100,0</b> | <b>144</b>       | <b>100,0</b> |

Примечание - \*  $p < 0,01$

В таблице 8 отражены результаты общей оценки качества (отчетливо выраженных преморбидных личностных аномалий) у исследованных военнослужащих. У 69 чел. (63,9%) военнослужащих и 65 чел. (45,1%) призывников преморбидный склад личности расценен как акцентуированный или «нормально – дискордантный», как своеобразный вариант нормы. Препсихопатия, как начальная стадия развития расстройства личности, при которой еще отсутствует тотальность патологических черт, но уже есть явные признаки социальной дезадаптации, отмечена у 39 чел. (36,1%) военнослужащих и 79 чел. (54,9%) призывников. Таким образом, у обследованных основной группы доминировал акцентуированный психологический преморбид, а у группы

сравнения препсихопатический преморбид, как этап в развитии расстройства личности. Это подтверждается статистически, показатели достоверно различаются ( $p < 0,01$ ).

При изучении характерологических особенностей военнослужащих и призывников, получены следующие данные:

Таблица 9

**Характерологическая типология обследованных лиц с эмоционально неустойчивым расстройством личности**

| Типология преобладающих черт характера | Основная группа |              | Группа сравнения |              |
|----------------------------------------|-----------------|--------------|------------------|--------------|
|                                        | Абс.            | %            | Абс.             | %            |
| Неустойчивые черты                     | 54              | 50,0         | 69               | 47,9*        |
| Возбудимые черты                       | 22              | 20,4         | 38               | 26,4*        |
| Эпилептоидные черты                    | 17              | 15,7         | 24               | 16,6*        |
| Истерические черты                     | 9               | 8,3          | 7                | 4,9*         |
| Гипертимные черты                      | 2               | 1,9          | 3                | 2,1*         |
| Шизоидные черты                        | 1               | 0,9          | 3                | 2,1*         |
| Гармоничные черты                      | 3               | 2,8          | 0                | 0*           |
| <b>Всего:</b>                          | <b>108</b>      | <b>100,0</b> | <b>144</b>       | <b>100,0</b> |

Примечание -  $p < 0,05$

Из таблицы 9 видно, что как у пациентов основной группы, так и среди призывников преобладающими чертами в их характерах являются неустойчивый тип (50,0% и 47,9% соответственно), возбудимый тип (20,4% и 26,4%), а так же эпилептоидный тип (15,7% и 16,6%) и истерический тип (8,3% и 4,9%). Сравнение доминирующих черт характера не выявило статистических различий в группах ( $p < 0,05$ ).

### **3.2. Роль социально-психологических факторов**

Личность, ее формирование и развитие невозможно рассматривать вне взаимоотношений с другими индивидами в рамках человеческого общества. Всегда остро встаёт вопрос о соотношении биологических и социальных тенденций в их тесном взаимодействии (Семке В.Я., 2001).

Среди многочисленных факторов, способных оказывать стрессогенное и дезадаптирующие воздействие на психическое здоровье, значительное место занимают факторы социального неблагополучия, к которым можно отнести семейную дисгармонию (Семке А.В., Агарков А.А., Глушко Т.В., Погорелова Т.В., 2006). В отличие от деструктивной семьи, в гармоничной семье характерологические особенности в значительной мере могут сглаживаться и не приводить к конфликтам и резкой микросоциальной дезадаптации. Гармоничная семья способствует выработке адаптационных механизмов к неблагоприятным влияниям среды, более высокой резистентности к действию психических травм. Даже грубые психопатоподобные изменения в поведении, влечениях после перенесенных психических заболеваний в гармоничной семье скорее и полнее компенсируются. Именно поэтому воспитание в такой семье, дополненное и корригируемое общественным воспитанием, было и остается лучшим для становления личности (Дмитриева Т.Б., 2001).

По составу семьи различают на полную (наличие отца и матери) и неполную (отсутствие одного из родителей). Искажённой, или деформированной называют семью, где имеются «неродные родители» - отчим или мачеха. Воспитанием вне семьи называют воспитание у род-

ственников или воспитание в детских государственных учреждениях (Личко А.Е., 1985).

Таблица 10

**Характеристика микросоциального окружения у обследованных пациентов с эмоционально неустойчивым расстройством личности**

| Состав семьи                             |        | Основная группа |              | Группа сравнения |              |
|------------------------------------------|--------|-----------------|--------------|------------------|--------------|
|                                          |        | Абс.            | %            | Абс.             | %            |
| Полная семья                             |        | 51              | 47,2         | 45               | 31,2*        |
| Неродной родитель                        | Мачеха | 0               | 0            | 0                | 0            |
|                                          | Отчим  | 11              | 10,2         | 13               | 9,0          |
| Один родитель                            | Мать   | 22              | 20,4         | 43               | 29,9         |
|                                          | Отец   | 0               | 0            | 0                | 0            |
| Воспитание у родственников               |        | 15              | 13,9         | 24               | 16,7         |
| Воспитание в государственных учреждениях |        | 9               | 8,3          | 19               | 13,2         |
| <b>Итого:</b>                            |        | <b>108</b>      | <b>100,0</b> | <b>144</b>       | <b>100,0</b> |

Примечание - \*  $p < 0,01$

В таблице 10 обращает на себя внимание такой факт, что около половины 51 чел. (47,2%) обследованных основной группы воспитывались в полных семьях, что способствовало выработке определенных вторичных механизмов адаптации в обычных социальных условиях, в отличие от призывников, у которых характер семьи был гармоничным только у 45 чел. (31,2%), показатели в группах статистически

различаются ( $p < 0,01$ ). Воспитывались в искаженной или деформированной семье с наличием отчима 11 чел. (10,2%) военнослужащих и 13 чел. (9,0%) призывников. Воспитание отчимом в большинстве случаев носило неправильный характер, доходящее до крайних степеней жестокого обращения или, напротив, до чрезмерной опеки и покровительства.

В исследованиях, посвященных воспитанию в родительской семье с одним родителем, уделяется внимание психологическим особенностям родителей, неспособных создавать прочные межличностные взаимоотношения и, соответственно, негативно влияющих на личность ребенка. Воспитание одним родителем также оказывает влияние на формирование искаженного полоролевого поведения с определенными личностными чертами (Стаценко А.Н., Соболева Т.Г., 2006). Воспитывались в неполных семьях одним родителем (матерью) 22 чел. (20,4%) и 43 чел. (29,9%) военнослужащих и призывников.

Воспитание у родственников и воспитание в государственных учреждениях имело место при лишении родителей родительских прав, смерть родителей, либо, что любопытно, при вполне здоровых родителях, которые отдавали на воспитание ребенка в семью родственников или в государственное учреждение, не справляясь с его трудным поведением и надеясь, что там, как в чужих и соответственно в жестко регламентированных условиях, ребенок «исправится». В ряде случаев подростка отдавали на воспитание из семьи, чтобы оградить его от «дурного влияния» других асоциальных детей и подростков с таким же «трудным» поведением. Из полученных данных видно, что 15 чел. (13,9%) и 9 чел. (8,3) обследованных военнослужащих воспитывались вне семьи, у родственников и государственных учреждениях 24 при-

зывника (16,7%) воспитывались у родственников и 19 чел. в государственных учреждениях (13,2%).

Деструктивная родительская семья характеризуется искажением воспитательного процесса, даже при полном ее характере. Неправильное воспитание при акцентуациях характера способствует развитию расстройств личности, психопатических развитий. При препсихопатиях способствует закреплению аномально-личностного склада. Неправильное воспитание утяжеляет уже сформированные расстройства личности. М.И. Рыбалко, В.Я. Семке, С.В. Образцов (2005) подчеркивают значимость отклонений в воспитании для формирования эмоционально неустойчивого расстройства личности.

При анализе характеристики видов воспитания обследуемых обоих контингентов показал:

Таблица 11

**Условия воспитания лиц с эмоционально-неустойчивым расстройством личности в обследованных группах**

| Условия воспитания                                         | Основная группа |              | Группа сравнения |              |
|------------------------------------------------------------|-----------------|--------------|------------------|--------------|
|                                                            | Абс.            | %            | Абс.             | %            |
| условия жестоких взаимоотношений и алкоголизации родителей | 30              | 27,8         | 49               | 34,0         |
| безнадзорность                                             | 21              | 19,4         | 31               | 21,5         |
| гипоопека                                                  | 25              | 23,2         | 39               | 27,1         |
| противоречливое воспитание                                 | 9               | 8,3          | 12               | 8,3          |
| «кумир семьи» (повторствующая гиперпротекция)              | 4               | 3,7          | 2                | 1,4          |
| гиперопека (доминирующая гипер протекция)                  | 7               | 6,5          | 9                | 6,3          |
| нормальное                                                 | 12              | 11,1         | 2                | 1,4*         |
| <b>Итого:</b>                                              | <b>108</b>      | <b>100,0</b> | <b>144</b>       | <b>100,0</b> |

Примечание - \*  $p < 0,01$

Как видно из приведенной в таблице 11 сравнительной характеристики условий воспитания, 12 чел. (11,1%) военнослужащих с эмоционально-неустойчивым расстройством личности воспитывались в нормальных условиях, что способствовало выработке вторичных компен-

саторных механизмов по сравнению с призывниками - 2 чел. (1,4%), показатели статистически различаются ( $p < 0,01$ ). Соответственно 96 военнослужащих (88,9%) и 142 призывников (98,6%) воспитывались в условиях неправильного воспитания: 30 военнослужащих (27,8%) и 49 призывников (34,0%) воспитывались в условиях жестких взаимоотношений между членами семьи. Эмоциональная депривация, жестокое отношение к подростку приводило к закреплению возбудимых, эпилептоидных черт характера с ранним появлением делинквентных поступков, правонарушений против личности.

Безнадзорность отмечена у 21 человека основной группы (19,4%) и 31 человека группы сравнения (21,5%). Подростки, воспитанные в таких условиях, быстрее других попадали в асоциальные компании с формированием различных форм девиантного поведения.

Такой вид неправильного воспитания, как гипоопека (потворствующая гипопротекция) отмечен у 25 военнослужащих (23,2%) и 39 призывников (27,1%). При этом в семье преобладает формализм в воспитании и безконтрольность за поведением и жизнью ребенка. В таких случаях имеет место сочетание недостаточного родительского надзора с их некритичным отношением к нарушениям поведения своих детей.

Противоречивое воспитание – сочетание неодинаковых подходов воспитания в семье (бабушка и родители; мать и отец и др.) – выявлено в одинаковом соотношении у 9 чел. (8,3%) из основной группы и 12 чел. (8,3%) из группы сравнения.

«Кумир семьи» (потворствующая гиперпротекция) – чрезмерное покровительство с освобождением от трудностей, преувеличение достоинств. В такой атмосфере культивируются, черты эгоцентризма, эгоизма (Кербиков О.В., 1961; Личко А.Е., 1984). Воспитание лиц с

эмоционально-неустойчивым расстройством личности в условиях потворствующей гиперпротекции культивирует и закрепляет потребность в получении удовольствий без труда, ведение паразитического образа жизни. В условиях потворствующей гиперпротекции воспитывались 4 военнослужащих (3,7%) и 2 призывников (1,4%).

### **3.3. Роль экзогенно-органических факторов**

В исследованиях посвященных изучению воздействия различных факторов на клиническое формирование расстройства личности авторы отмечают большое влияние экзогенно-органических вредностей при эмоционально-неустойчивом расстройстве личности, чем при других типах психопатий (Сухарева, Г.Е., 1972; Фелинская, Н.И., Гурьева, В.А., 1975; Brendel, G.R., Stern, E., Silbersweig, D.A., 2005).

Экзогенно-органический фон при последующем клиническом формировании эмоционально-неустойчивого личностного расстройства показан в таблице 12.

Таблица 12

**Влияние экзогенно-органических факторов в развитии эмоционально неустойчивого личностного расстройства**

| <b>Экзогенно-органические факторы</b>            | <b>Основная группа</b> |              | <b>Группа сравнения</b> |              |
|--------------------------------------------------|------------------------|--------------|-------------------------|--------------|
|                                                  | <b>Абс.</b>            | <b>%</b>     | <b>Абс.</b>             | <b>%</b>     |
| Патология ante - и перинатального периода        | 30                     | 27,8         | 41                      | 28,5*        |
| Ранние постнатальные вредности                   | 15                     | 13,9         | 16                      | 11,1*        |
| Инфекционно-токсические вредности (после 3х лет) | 8                      | 7,4          | 9                       | 6,2*         |
| Черепно-мозговые травмы                          | 27                     | 25,0         | 38                      | 26,4*        |
| Другие экзогенные вредности                      | 3                      | 2,8          | 4                       | 2,8*         |
| Не выявлено                                      | 25                     | 23,1         | 36                      | 25,0*        |
| <b>Итого:</b>                                    | <b>108</b>             | <b>100,0</b> | <b>144</b>              | <b>100,0</b> |

Примечание - \*  $p < 0,05$

Полученные нами данные о 30 военнослужащих (27,8%) и 41 призывников (28,5%), свидетельствуют об определенном биологическом фоне у этих пациентов, на котором наслаиваются другие вредности социальной среды – асоциальное поведение, недостаточность воспитания, различные психогении. Поэтому эмоционально неустойчивые расстройства личности и патологии ante – и перинатального периодов имеют между собой этиопатогенетическую связь.

Ранние постнатальные и инфекционно-токсические вредности выявлены у 15 чел. (13,9%) и 8 чел. (7,4%) из основной группы и 16 (11,1%) и 9 чел. (6,2%) из группы сравнения.

27 военнослужащих (25,0%) с эмоционально неустойчивой личностной патологией и 38 призывников (26,4%) перенесли в жизни ЧМТ (в большинстве случаев в драках), что можно отнести к личностным особенностям пациентов (конфликтность, агрессия). У 3 военнослужащих (2,8%) и 4 призывников (2,8%) экзогенно-органические вредности определялись, как сочетанные (патология анте – и перинатального периода и перенесенные черепно-мозговые травмы). Статистических различий в двух группах не выявлено ( $p < 0,05$ )

Таким образом, эмоционально неустойчивое расстройство личности формируется под влиянием внешних воздействий в их взаимоотношении. Поэтому «разделение расстройств личности по одному из этиопатогенетических воздействий было бы, по меньшей мере, умозрительно» (Гиндикин В.Я., 1997).

## ГЛАВА ЧЕТВЕРТАЯ

### **Эмоционально неустойчивого расстройства личности у призывников (клиника и динамика)**

Клиническая динамика расстройств личности является одним из наиболее существенных и ответственных разделов малой психиатрии. Актуальность исследования в этой области подчеркивает в своем высказывании В.Я. Гиндикин (2001): «К сожалению, до сих пор мы не имеем даже приблизительных данных о частоте распространения соответствующих динамических сдвигов на протяжении жизни больного и их распределении по типам психопатий – как клиническим, так и генетическим». Знание динамики психопатий, этапности формирования необходимо для правильного сбора анамнеза, установления точного диагноза, исключения состояний, лишь внешне сходных с психопатиями (Гурьева В.А., Семке В.Я., Гиндикин В.Я., 1994). Аномальная перестройка преморбидной личности происходит в несколько этапов: I этап – начальных проявлений (преднозологический) в детстве практически исчерпываются отдельными элементарными проявлениями в основном в виде обостренных форм реагирования, как правило, в «критические периоды» 3-4 года, 7-8 лет. Картина реакции в это время недифференцирована, фрагментарна и подвижна; На II этапе формирования расстройств личности отмечается не только лабильная взаимозаменяемость реакций, но и многообразие утрированных возрастных особенностей психики. Собственно декомпенсации (психогенное утяжеление реакций) возникают к концу II этапа становления. На III этапе по-существу начинается структурирование аномальных черт характера. При изучении нами динамики эмоционально-неустойчивых черт личности, с учетом этапности и периодов возрастных кризов выявлено следующее. В возрасте до 7 лет все обследуемые призывники

с эмоционально-неустойчивыми чертами характера проявляли широкий и полиморфный круг невропатических и невротических нарушений. Отмечались повышенная возбудимость, гипердинамические симптомы. Гиперкинетические расстройства выявлены в 89 случаях (61,8%). Аномальные реакции в виде примитивных аффективных разрядов у 121 ребенка (84,0%). Отрицательные эмоциональные сдвиги, возникающие при этих аномальных реакциях, имели затяжной характер и сохранялись длительно (до нескольких часов). В семье и в детских дошкольных учреждениях любые запреты или замечания со стороны взрослых у возбудимых детей вызывали бурные реакции активного протеста со злобностью, агрессией. Фон настроения характеризовался неустойчивостью – проявлялся быстрый переход от радостного к дистимическому, с капризами и слезами. В связи с таким поведением дети не могли адаптироваться в дошкольном коллективе, вследствие чего воспитывались дома 34 ребенка (23,6%). Адаптация в школьном коллективе у изученных проходила с большим трудом вследствие формирующегося психодезадаптивного поведения. Первыми проявлениями формирующегося расстройства личности были различные формы расстройства поведения: девиантного, аддиктивного и суицидального поведения.

Таблица 13

#### Нарушение поведения в раннем школьном возрасте

| Нарушение поведения    | Абс.       | %            |
|------------------------|------------|--------------|
| Девиантное поведение   | 82         | 57,0         |
| Аддиктивное поведение  | 47         | 32,6         |
| Суицидальное поведение | 15         | 10,4         |
| <b>Итого:</b>          | <b>144</b> | <b>100,0</b> |

Девиантное поведение проявлялось в виде антидисциплинарных и асоциальных поступках (уходы с уроков, отказ от учебы, драки и агрессия по отношению к окружающему, грубость и не повиновения старшим, уход в антисоциальные компании) 82 подростка (57,0%). Аддиктивное поведение в школьный возрастной период времени не носило еще характера зависимости и в большей части оно было обусловлено субмиссивной мотивацией. 47 обследованных (32,6%) в компании более старших детей, вдыхали пары клея, пробовали алкоголь, каннабиоиды. Суицидальное поведение было сравнительно редким – 15 подростков (10,4%), оно носило истерически шантажный характер – выпивали «бабушкины таблетки» на глазах у взрослых, чтобы привлечь к себе внимание других.

На втором этапе формирующихся расстройств личности начинают проявляться первые признаки декомпенсации. Результатом происходящего служит заострение, усиление присущих индивиду аномальных качеств.

Для дальнейшего развития психопатических реакций, имеет значение возраст появления первой клинически очерченной декомпенсации, т.к. это говорит о переходе I этапа развития расстройства личности в стадию структурирования (В.А. Гурьева, В.Я. Семке, В.Я. Гиндикин, 1994). На этапе структурирования, поведение подростка приобретает все более дисгармоничный характер, распространяясь на многие повседневные ситуации и лишь на короткое время прикрываясь компенсаторными образованиями. По О.В. Кербикову (1963), для клинического становления эмоционально-неустойчивого расстройства личности проходит 5-6 лет.

Таблица 14

**Характеристика ухудшений состояния, нарушения адаптации  
в кризовых возрастах у призывников с эмоционально  
неустойчивым расстройством личности**

| <b>Возраст</b> | <b>Абс.</b> | <b>%</b>     |
|----------------|-------------|--------------|
| До 11          | 3           | 2,1          |
| 12             | 14          | 9,7          |
| 13             | 39          | 27,1         |
| 14             | 24          | 16,7         |
| 15             | 13          | 9,0          |
| 16             | 13          | 9,0          |
| 17             | 7           | 4,9          |
| 18             | 8           | 5,5          |
| 19             | 12          | 8,3          |
| 20             | 7           | 4,9          |
| 21             | 4           | 2,8          |
| <b>Итого:</b>  | <b>144</b>  | <b>100,0</b> |

Полученные нами данные не отличаются от литературных и совпадают с данными В.Я. Гиндикина (1973) при изучении сравнительно-возрастного аспекта синдромальной динамики психопатии, и приходятся на «критические периоды» (3-4; 7-8; 13-14; 18-20).

Как видно из данных таблицы 14 при обследовании призывников с эмоционально-неустойчивым расстройством личности возникновение декомпенсаций в возрасте до 11 лет выявлено в 3 (2,1%) случаев. В возрасте 12 лет впервые проявления формирующегося расстройства личности обнаружены у 14 чел. (9,7%) призывников с эмоционально-неустойчивым расстройством личности. В 13 и 14 лет количе-

ство лиц с проявлениями формирующейся психопатии составило – 39 (27,1%) и 24 (16,7%) соответственно. Возрастной период на который выпало наибольшее количество декомпенсаций – 13-14 лет, приходится на один из «критических периодов» по В.Я. Гиндикину. Возраст 18-20 лет является вторым по частоте обострения эмоционально-волевых нарушений у призывников, выявленных впервые – 31 чел. (21,5%). Эмоционально-волевые реакции при расстройствах личности, по сравнению с психопатоподобными расстройствами (например, при органической патологии головного мозга), отличаются большей частотой возникновения в ответ на психогении, соматогении и переутомление, а также в условиях «индивидуально-непереносимых» ситуаций. В возрасте 7-8 лет существенное значение приобретают соматогении, в 13-14 лет – к соматогениям присоединяются ломка привычного динамического стереотипа в результате пубертатного криза, в 18-20 лет – сочетанные воздействия. Показателями социальной дезадаптации у призывников с эмоционально-неустойчивым расстройством личности являются поведенческие аномалии подростков в учебных учреждениях, трудовой и профессиональной деятельности.

Таблица 15

**Нарушение адаптации в учебных учреждениях у призывников  
с эмоционально неустойчивым расстройством личности**

| <b>Нарушение адаптации в учебных учреждениях</b> | <b>Абс.</b> | <b>%</b>     |
|--------------------------------------------------|-------------|--------------|
| Были относительно адаптированы                   | 76          | 52,8         |
| Были отчислены из школы                          | 36          | 25,0         |
| Были отчислены из училища                        | 23          | 16,0         |
| Были отчислены из колледжа (техникума)           | 9           | 6,2          |
| <b>Итого:</b>                                    | <b>144</b>  | <b>100,0</b> |

Представленные данные в таблице 15 показывают, что 76 чел. (52,8%) обследованных были относительно адаптированными - закончили учебное заведение. Однако полученное ими образование часто не соответствовало необходимым требованиям. Нарушение адаптации уже в школьном коллективе было у 36 чел. (25,0%) призывников. Вследствие систематического нарушения поведения и нежелания к планомерной учебной деятельности они были отчислены из школы. Переход из одного коллектива в другой требует от человека наличия определенных адаптационных возможностей. Поступление после школы в другое образовательное учреждение с изменением требований и жизненного стереотипа является копинг – стратегией и одной из ситуационных фасадных психогений, вполне могущие обусловить декомпенсацию (Семке В.Я., 2003). Были отчислены из училища 23 чел. (16,0%), из колледжа 9 чел. (6,2%). В большинстве случаев призывники с эмоционально-неустойчивыми нарушениями были отчислены с первых курсов, что подчеркивает низкий адаптационный потенциал, низкий потолок приспособления к новым условиям. Анализ профессиональной и трудовой деятельности обследуемых показал:

Таблица 16

**Трудовая и профессиональная адаптация призывников с эмоционально неустойчивым расстройством личности**

| <b>Трудовая деятельность</b>       | <b>Абс.</b> | <b>%</b>     |
|------------------------------------|-------------|--------------|
| Не учатся и не работают            | 79          | 54,9         |
| Выполняют неквалифицированный труд | 49          | 34,0         |
| Выполняют квалифицированный труд   | 16          | 11,1         |
| <b>Итого:</b>                      | <b>144</b>  | <b>100,0</b> |

При анализе профессиональной и трудовой деятельности обследованных установлено, что 49 чел. (34,0%) были заняты неквалифици-

цированным трудом; ограничивались случайными заработками. Квалифицированно по приобретенной специальности работали только 16 чел. (11,1%). Характеризуя трудовые отношения обследованных надо сказать, что им была присуща частая смена мест работы из-за конфликтов с руководством, из-за не соблюдения графика работы. Среди призывников отмечается тенденция к откровенно иждивенческому образу жизни за счет средств родственников - 79 чел. (54,9%) обследованных ни где не работали, не учились.

Проявлением декомпенсаций эмоционально неустойчивых нарушений личности у призывников прежде всего были расстройства поведения.

У призывников с декомпенсацией личности асоциальное поведение в окружающей микросоциальной среде на почве эмоционально-волевых нарушений наблюдалось у 103 чел. (71,5%). По содержанию это были «мелкие» правонарушения и проступки, не достигающие степени правонарушения, наказуемого в судебном порядке – мелкое хулиганство, воровство, т.е. относящиеся к делинквентности.

Мотивация совершения поступков у неустойчивых или эпилептоидных подростков – поиск развлечений, стремление раздобыть средства для развлечений или испытать наслаждение от риска.

Аддиктивное поведение у призывников с эмоционально-неустойчивыми нарушениями личности наблюдалось у 94 чел. (65,3%) и носило характер химических аддикций - употребление психоактивных веществ, алкоголя и некоторых наркотиков. По мнению Ц.П. Короленко (2005) сам по себе так называемый «праздный образ жизни», свойственный лицам с эмоционально – неустойчивым личностным расстройством может рассматриваться как вариант аддиктивного поведения.

Суицидальное поведение у обследованных призывников наблюдалось у психопатизированных личностей с извращением защитно-оборонительного инстинкта. Речь идет об аффективных суицидальных действиях реактивного происхождения или демонстративных, совершаемых недостаточно осознано в связи с незрелостью представлений о границе жизни и смерти (Гиндикин В.Я., 1997). Физическая боль на время снимает эмоциональное напряжение, отрезвляет, заставляя более критически оценивать ситуацию (Семке В.Я., 2001). Попытки шантажно - демонстративного суицида зарегистрированы в 82 (56,9%) случаях.

Аномально-личностный способ реагирования, представляет собой ответ дисгармоничной личности на внешние воздействия и является в сущности патологической адаптацией к трудной ситуации. Декомпенсации и протекающие в структуре декомпенсаций психопатические реакции являются клиническим содержанием психопатий (Гурьева В.А., Гиндикин В.Я., 1999).

Для декомпенсации психопатии характерен определенный спектр клинических синдромов. В каждом конкретном случае выступает совокупность симптомов, которая и определяет клинический тип декомпенсации.

При анализе декомпенсаций психопатий у военнослужащих проходящих военную службу по призыву, выделены три клинических типа: декомпенсация по аффективному, невротическому и аномально-личностному типу (Брюховетский, А.С. 1990). При декомпенсации по невротическому типу выявляют следующие синдромы: астенический, обсессивно-фобический, ипохондрический, истеро-невротический.

При декомпенсации по аффективному типу выделяют эксплозивно-дисфорический, аффективно-неустойчивый, субдепрессивный ва-

рианты. Для эксплозивно-дисфорического свойственна повышенная возбудимость, конфликтность, повторяющиеся приступы расстройства настроения в виде озлобленности, мрачной угрюмости, раздражительности. При аффективно-неустойчивом варианте характерно изменчивость аффективных расстройств, частые колебания настроения, которое определяет поведение. При субдепрессивном – преобладание длительно сниженного фона настроения, ослабление побуждений, уныние, недовольство, расстройство сна (Куликов, В.В. с соавт., 1999).

Таблица 17

**Типы декомпенсации у призывников с эмоционально  
неустойчивым расстройством личности**

| <b>Синдромальный вариант декомпенсации</b> | <b>Абс.</b> | <b>%</b>     |
|--------------------------------------------|-------------|--------------|
| Эксплозивно-дисфорический                  | 79          | 54,9         |
| Аффективно-неустойчивый                    | 61          | 42,4         |
| Субдепрессивный                            | 4           | 2,7          |
| <b>Итого:</b>                              | <b>144</b>  | <b>100,0</b> |

Клинически в зависимости от ведущего, стержневого симптомо-комплекса, при исследовании, нами выделен аффективный вариант декомпенсаций: эксплозивно-дисфорический, аффективно-неустойчивый, субдепрессивный типы.

1. Эксплозивно-дисфорический тип - характеризуется раздражительностью, повышенной возбудимостью, злобностью, несдержанностью аффекта конфликтностью - 79 чел. (54,86%) обследуемых;
2. Аффективно-неустойчивый тип – характеризуется непостоянством и изменчивостью эмоций - 61 чел. (42,36%), в ситуациях, требующих постоянства аффекта и поведения.

3. Субдепрессивный тип – это преобладание сниженного фона настроения, недовольство, расстройства сна – 4 чел. (2,78%) обследованных. Отмечено, что данный тип декомпенсаций не характерен для эмоционально неустойчивого нарушения личности и может быть отнесен к гетерономным декомпенсациям (Гусинская Л.В., 1979; Семке В.Я. 2005).

При анализе психопатологических проявлений клиники каждого из вариантов декомпенсации рассматривались нарушения в трех сферах: нарушения эмоций, нарушения воли, нарушения мышления.

### **1. Эксплозивно-дисфорический вариант**

Нарушения эмоций: Неустойчивый фон настроения с несдержанностью аффекта злобностью, конфликтностью, агрессией проявляющихся нарушением поведения, адаптации с продолжительностью до 6-7 недель, глубоким снижением способности к рефлексии, отсутствием критики к происходящему и своему состоянию. В структуре декомпенсации преобладали аффективные реакции различной направленности (экстрапунитивные, интрапунитивные, импунитивные и демонстративные реакции) с продолжительностью от нескольких часов до нескольких суток с обратимой динамикой, с насыщенным аффективным ответом.

#### Волевые (поведенческие) нарушения

1. Частичное нарушение поведения преимущественно в период аффективных вспышек.
2. Снижение контролировать своё поведение с поведенческими нарушениями в виде делинквентности с алкоголизацией и наркотизацией.
3. Отсутствие способности объективно оценивать свои действия и их последствия с совершением различных правонарушений.

### Расстройства мышления -

1. Примитивность суждений, отсутствие планомерности в мышлении, поспешность в принятии решений с последующем раскаянием о содеянном и попыткой исправить создавшуюся ситуацию. Односторонность суждений, неполная оценка ситуации. Избирательная трактовка происходящего. Недостаточность критических способностей при анализе своих поступков.
2. Недостаточное прогнозирование последствий своих действий. Отсутствие способности к использованию жизненного опыта. Неспособность использовать интеллект для разрешения ситуации, незрелость суждений.

### **Клиническое наблюдение 1.**

Больной М-в М.Ю. 1989 года рождения (18 лет). Номер истории болезни №2987. F-60.30 Житель г. Междуреченска. Поступил в отделение Кемеровской областной клинической психиатрической больницы (КОКПБ) 1 июня 2007 г. по направлению военкомата на обследование, определение категории годности к службе в армии. Доставлен СП из призывного пункта. Дата выписки: 25 июня 2007 г.

**Жалобы:** не предъявляет.

**Анамнез:** Поступает впервые. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Воспитывается в полной семье вторым ребёнком. Беременность у матери протекала с токсикозом. Родился в легкой асфиксии. Снохождение, сноговорение, энурез, травмы, ЧМТ, эпилептики отрицает. Отношения с родителями тёплые и доверительные, близко общается со старшим братом. Когда ему было 7 лет, брак родителей распался. Проживает с матерью и отчимом, поддерживает отношения с отцом. Мать относится к нему с гиперопекой. Отчим в его воспитание участия не принимал. В дошкольном возрасте

был капризным, суевливым, эмоционально лабильным. Посещал детский сад. В школу пошел в 7 лет, классы не дублировал. Окончил 9 классов, успеваемость была средняя, особых увлечений по предметам не отмечает. На протяжении всей учёбы конфликтовал с учителями, из-за плохого поведения уходил с уроков. Характеризовал себя так: «с одной стороны я простой, а с другой нет, то есть с друзьями у меня отношения хорошие, я компанейский, но они иногда держатся от меня в стороне, почему я не знаю...». Отмечает, что периодически становится беспричинно раздражительным, вспыльчивым. Рассказывает, что нередко участвует в драках, инициатором которых якобы не является – заступает за брата, друзей. Когда он обучался в 8 классе, брат разбился на мотоцикле и находился в реанимации. По этой причине стал агрессивным: «Ко мне никто не мог подойти». Наблюдался психологом. По выздоровлению брата, настроение выровнялось. Окончив 9 классов продолжил, обучение в училище по специальности «подземный электрослесарь», но вследствие конфликтных ситуаций с сокурсниками и преподавателями, подавал документы на перевод в железнодорожное училище г. Карасук Новосибирской области. Родители не разрешили переезд, и он бросил училище. Обучался на водителя в автошколе. Но экзамен не сдал, т.к. поскандалил с инструктором. Пробовал работать, однако не смог удержаться на работе.

Алкоголь впервые попробовал в 11 лет, с 16 лет стал выпивать «по праздникам», в компаниях друзей. Предпочитает баночные алкогольные коктейли. Курит с 9 лет, в день выкуривает по пачке сигарет.

Комиссия в военкомате перед призывом в армию, признала его годным к военной службе. Он получил повестку о явке на сборный пункт. Категорически отказывался идти на сборный пункт в указанное

время. На призывной пункт был доставлен родственниками. К вечеру того же дня у него возник конфликт с другими призывниками; устроил драку. Был возбуждён, агрессивен, кричал, ругался ненормативной лексикой. Скорой помощью доставлен в Кемеровскую областную клиническую психиатрическую больницу.

**Психический состояние:** Сознание ясное. Ориентирован верно. В контакт с врачом вступает неохотно. Раздражителен, высказывает недовольство по поводу госпитализации в психиатрический стационар. Легко провоцируется, начинает говорить громким голосом, используя ненормативные обороты речи. Тем не менее рассказал о своем поведении на призывном пункте. Причину проявленного поведения объясняет так: «Просто другие призывники стали обижать моего друга «Малыша», вот я и вспылил, подрался с ними». Мышление в обычном темпе, запас общетеоретических знаний низкий. К службе в армии относится неоднозначно. «Он пошел бы служить в пограничные войска или на подводной лодке», однако «если бы ему там понравилось». Недооценивает сложившуюся ситуацию. Суждения незрелые, поверхностные. Объективно не оценивает свои поступки и их последствия. Бреда и галлюцинаторных явлений не выявляет. При осмотре в области левого предплечья порез шестидневной давности, который объяснил тем, что совершил обряд братания перед армией. В первые дни нахождения в отделении отказывался от обследования, легко раздражался, конфликтовал, успокоился лишь после проведённой с ним беседы. Группировал вокруг себя сверстников.

**Результаты специальных исследований:**

Окулист: На глазном дне патологии не выявлено.

Невролог: Патологии нет.

Нейровизор: Значительные изменения ЭЭГ, в основном, регуляторного характера за счёт выраженной дисфункции регулирующих неспецифических структур мозга и частично микроструктурные на нейрональном уровне.

Психолог заключение: При исследовании установлена личность с выраженными чертами характера по гипертимно - неустойчивому типу, склонная к алкоголизации, в сочетании с неустойчивостью внимания, тормозящий темп мыслительной деятельности.

**Диагноз:** Эмоционально неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип, умеренно выраженное, с декомпенсацией по аффективному типу, эксплозивно - дисфорический вариант. F-60.30

**Клинический анализ случая:** Из анамнеза жизни пациента можно полагать, что у него легкая органическая недостаточность раннего периода развития. Свидетельством является эмоциональная неустойчивость с капризным поведением в дошкольном возрасте. На протяжении школьной учебы отличался тем, что не соблюдал дисциплину – уходил с уроков, ссорился с учителями. У него периодически возникали дисфорические реакции с агрессивностью. В послешкольном периоде не мог адаптироваться в коллективах. На призывном пункте из-за очередного конфликта с призывниками проявил грубую психопатическую реакцию. В общении он не тактичен, не соблюдает правила приличия, недооценивает поступки, не критичен к своему поведению. Легко провоцируется на агрессию и самоагрессию. Таким образом психопатологическая симптоматика в представленном случае квалифицируется нами, в рамках эмоционально-неустойчивого расстройства личности. В пользу такого диагноза говорит динамика психического состояния призывника от дисциплинарных нарушений к асоциальным с отдельными проявлениями делинквентности на этапе струк-

турирования с последующим закреплением психопатических черт личности.

## **2. Аффективно-неустойчивый вариант**

### Нарушения эмоций:

Явления аффективного дисбаланса (affective instability) с частой и быстрой сменой эутимии поляризованными аффективными расстройствами, протекающей с феноменами негативной аффективности (ангедония, ощущение неполноты чувств). В отличие от эксплозивно-дисфорического варианта меньшая зависимость от внешних факторов. Самоповреждения не типичны и носят манипулятивный характер.

### Волевые (поведенческие) расстройства:

1. Частичная утрата контролировать свое поведение преимущественно в период даже минимальных изменений аффекта.
2. Сниженный контроль за своими поступками, носящими характер делинквентности, аддикций для удовлетворения желаний. Лабильность самооценки, непостоянство жизненных установок, планов и действий.
3. Отсутствие способности объективно оценивать свои действия и их последствия.

### Расстройства мышления:

Изменчивость представлений как об окружающей действительности, так и о собственной личности. Односторонность суждений, феномен сплиттинга (англ. splitting – фрагментация, раздробление) - неожиданные повороты в социальном маршруте. Склонность к категоричной оценке окружающей действительности.

## Клиническое наблюдение 2.

Больной К-й А.Л., 1988 года рождения (19 лет). Номер истории болезни: 2794 F-60.30 Житель г. Топки. Поступил в отделение Поступил в отделение Кемеровской областной клинической психиатрической больницы 24 мая 2007 г. по направлению военкомата на обследование, определение категории годности к службе в армии. Дата выписки 17 июня 2007 г.

**Жалобы:** не предъявляет.

**Анамнез:** Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Отец рабочий на цементном заводе. Мать уборщица. Старшая сестра проживает отдельно от родителей своей семьей. Между родителями взаимоотношения в семье всегда были конфликтными. Семья распалась. Отец раздражительный, конфликтный жестоко наказывал сына за малейшую провинность. Мать, напротив мягкая; всегда потворствовала, оправдывала его «детские шалости». Пациент родился от нормально протекавшей беременности. В развитии от сверстников не отставал. В школе с 7 лет учился слабо. На уроках, учителей не слушал, «вертелся». В 7-м классе его успеваемость еще более снизилась. На занятия в школе часто не ходил. Большую часть времени проводил с друзьями на улице. Сошелся с асоциальной компанией. Употреблял спиртные напитки и каннабиоиды. Хулиганил. Состоял на учёте в детской комнате милиции. Закончил 9 классов. Попытка учиться в железнодорожном училище. И как привык, вновь стал пропускать занятия, с программой не справлялся. Часто выпивал спиртное. Был отчислен с 1 го курса. В настоящее время перебивается временными заработками на малоквалифицированных работах. Подолгу нигде не удерживается. Причиной увольнения являются нарушения дисциплины, не выходы на работу, появление на работе в ал-

когольном опьянении. Год назад в компании друзей нанёс поверхностные порезы на левом предплечье. Объясняет: «Все друзья при помощи насечек наносили имена девушек на участках тела». В военкомате заметили следы нанесённых порезов и направили в нашу больницу.

**Психический статус:** Контакт доступен. Во время беседы ёрзает на стуле, вертится, шмыгает носом. Ответы на вопросы носят легковесный и безапелляционный характер. Свое мнение об его годности или негодности к службе в армии и дальнейшей жизни выражает в высказываниях по типу: «Если возьмут - пойду служить, если не возьмут - пойду куда-нибудь работать». В то же время считает, что «без особых сложностей отслужит в армии». Хочет служить в армии «все идут и мне надо». Запас знаний мал. Суждения поверхностные, примитивные. Мышление по уровню обобщений невысок. Продуктивной симптоматики нет. В отделении группировался с другими призывниками, периодически вел себя дурашливо, был подвижен, устраивал шум. Тем не менее поддавался коррекции. Вернувшись из домашнего отпуска, пытался пронести алкоголь в отделение. Изначально отрицал свое причастие к этому. Затем в качестве оправдания заявил: «Здесь скучно, надо же как то расслабиться».

#### **Результаты специальных исследований:**

Окулист: На глазном дне патологии не выявлено.

Невролог: Патологии нет.

Нейровизор: Наблюдается лёгкая дезорганизация альфа-ритма по частоте, небольшие изменения его модуляции и зональных различий, появление некоторого количества медленных волн малой амплитуды. Имеют место самые начальные, регуляторные, дистантно обусловленные сдвиги в деятельности нейронов коры.

Психолог заключение: В момент исследования отмечаются незрелость эмоционально-волевой сферы с явлениями спонтанности, иррациональности, у личности эмоционально-неустойчивого склада, невысокого образовательного уровня, примитивной, фрагментарно не критичной.

**Диагноз:** Эмоционально неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип умеренно выраженное с декомпенсацией по аффективному типу, аффективно-неустойчивый вариант. F-60.30

**Анализ случая:** Больной воспитывался в условиях противоречивой дисгармоничной семьи. Что при эмоционально-неустойчивом преморбиде, на фоне легких экзогенно-органических вредностей способствовало развитию эмоционально-неустойчивого расстройства личности. Состояние на момент инициальной оценки исчерпывается нарушениями поведения. В возрасте 14 лет на этапе структурирования происходит срыв компенсаторных механизмов с раскрытием черт аномальной личностной структуры. В клинической картине декомпенсации доминируют аффективные нарушения в виде эмоциональной неустойчивости, зависимость поведения от эмоционального состояния со снижением критических способностей.

### **3. Субдепрессивный вариант**

#### Нарушения эмоций:

Реактивная лабильность аффекта с трансформацией в феномены негативной аффективности (тревога, дисфория), с обсессивно - импульсивными расстройствами продолжительностью более 6 недель.

#### Волевые (поведенческие) расстройства:

Психогенно обусловленные, неоднократные суицидальные попытки, (конфликты дома и на работе). Утрата контроля за своим поведением в период аффективных вспышек.

Расстройства мышления:

Недостаточное прогнозирование последствий своих действий. Некритичность к своим поступкам.

**Клиническое наблюдение 3.**

Больной Г-в И.С., 1988 года рождения (19 лет). Номер истории болезни: 6001 F-60.30 Житель г. Таштагола. Поступил в отделение КОКПБ 2 ноября 2007 г. по направлению военкомата на обследование, определение категории годности к службе в армии. Дата выписки: 24 ноября 2007 г.

**Жалобы:** на сниженный фон настроения, нарушение сна.

**Анамнез:** Наследственность отягощена алкоголизмом родителей. В связи с социопатическим образом жизни родителей, воспитывался в основном бабушкой. Дошкольные учреждения не посещал. Тяжёлых заболеваний в детстве не было. В 3-х летнем возрасте прооперирован по поводу травмы мошонки. В школу пошел вовремя. В школе учился удовлетворительно. В начальных классах находился под покровительством бабушки, которая провожала и встречала его из школы. По характеру рос малообщительным, тихим. В подростковом возрасте над ним издевались сверстники. Его «гнобили», вымогали деньги. Из-за этого стал заниматься самбо, достиг юношеского разряда. После окончания 9 классов массовой школы учился в училище на автомеханика, училище не окончил, так как, «якобы не понравилась специальность». В дальнейшем пытался учиться на программиста, однако проучившись несколько месяцев, немотивированно забрал документы из училища. В последующем трудоустраивался на малоквалифицированные работы. Сменил несколько мест работы, «хотел найти «хорошую» работу». Устроился на завод слесарем ремонтником. Характеризуется положительно. В возрасте 19 лет женился. Детей нет. Мать

умерла год назад от пьянки, отец не работает, пьянствует. Наш пациент живёт с отцом и бабушкой. После смерти матери на него «навалилось много проблем»: «Его заставляют выплачивать долги родителей за самогон». Это около 5000 руб. У самого денег не хватает, едва сводит концы с концами. Когда узнал о долгах, пытался покончить жизнь самоубийством «делал петлю, но верёвка оборвалась». Периодически его посещают мысли покончить с собой, обычно это происходит, когда количество проблем увеличивается, либо после конфликтов. Неоднократно приходили мысли покончить с собой каким-нибудь другим способом, например, «бросится под машину». С трудом сдерживается. Отмечает, что спокойно себя чувствует только на работе. Придя домой, он по любому поводу может вспылить, накричать на жену или на отца. Сразу же разгорается скандал. Во время одного из таких скандалов вскрыл себе вены на предплечье. В бане нанёс несколько самопорезов, затем забинтовал руку и ушёл из дома. Три дня не появлялся. Пациент за это время случайно вступил в половую связь; заразился сифилисом, вынужден был лечиться в стационаре. После чего жена ушла от него. Сам он с работы уволился.

**Психический статус:** Контакт доступен. На вопросы отвечает по существу. Фон настроения заметно снижен. В беседе грустный. Высказывания носят пессимистичный характер. Себя считает неудачником. О службе в армии говорит, что хочет служить в ВС: «Там я сам за себя, а здесь куча родственников, а помощи от них никакой...когда я нужен, то все бегут, просят помочь, сами ничем мне не помогают». Говорит об отношениях с родными с раздражением. Равнодушно отнёсся к пребыванию в остром отделении блока, пожимает плечами: «Мне везде нормально, куда положили, там и буду лежать». Не просит перевести его в спокойное отделение. Уровень знаний соответствует

полученному образованию. У него достаточно развито абстрактное мышление, расстройств памяти не выявляет.

За время нахождения в отделении режима не нарушал. Послушно проходил обследование. Постепенно повеселел, стал активнее, общался со сверстниками из числа призывников, предлагал свои услуги в помощь мед.персоналу. Был переведён в спокойное отделение блока. После свидания с бабушкой фон настроения вновь снизился. Выглядел удрученным. Сообщил, что отец пьянствует, требует у бабушки деньги, пропивает вещи. Кроме того, помириться с женой ему не удалось. Письмо, отправленное к ней, вернулось обратно. Хотел бы отслужить в армии и продолжать работать. Поведение спокойное.

#### **Результаты обследования по другим специальностям:**

Окулист: На глазном дне патологии не выявлено.

Терапевт: вегетососудистая дистония по гипертоническому типу? Алиментарная дистрофия гипербилирубинемия, хронический гастрит, обострение?

Невролог: Патологии не выявлено.

Психолог заключение: В момент исследования отмечаются эмоционально-волевые нарушения с явлениями психической неустойчивости, агрессивности, ригидности, застреваний на обстоятельства и ситуацию у личности социально -инфантильно- фрагментарно-некритичной.

**Диагноз:** Эмоционально неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип, умеренно выраженное с декомпенсацией по аффективному типу, субдепрессивный вариант. F-60.30

**Анализ случая:** В начальном периоде формирования расстройства личности социально сравнительно адаптирован. Однако по окончании школы появляются неустойчивость мотивов и намерений. Отчислен из

двух училищ. Сменил несколько мест работы. На фоне психогений у него происходит смена настроений от подавленного до злобного, с суицидальными попытками, снижением критических способностей. К моменту обследования социально дезадаптирован (жена ушла, с работы уволился). Клинические проявления соответствуют картине эмоционально-неустойчивого расстройства личности, декомпенсации по аффективному типу, субдепрессивному варианту.

## ГЛАВА ПЯТАЯ

### **Клиника и динамика эмоционально неустойчивого расстройства личности у военнослужащих по призыву**

Динамика эмоционально-неустойчивого расстройства личности в период военной службы во многом определяется процессом становления психопатии до призыва в армию. При изучении нами динамики эмоционально-неустойчивых расстройств личности у военнослужащих до призыва в армию, с учетом кризовых периодов выявлено следующее. В возрасте до 7 лет обследованные военнослужащие отличались от других детей повышенной возбудимостью, крикливостью, капризностью. Запреты со стороны взрослых вызвали у них реакции активного протеста с сопротивлением, недовольством. В школьном периоде неустойчивость эмоций проявлялась в антидисциплинарных поступках (был связан с некоторыми трудностями в адаптации в школе с теми же реакциями неподчинения в начальных классах. Свойственное данной группе поведенческие расстройства - неустойчивость эмоций проявлялась в нарушении дисциплины, и антисоциальных поступках (уходы с уроков, отказ от учебы, драки, грубость и не повиновения старшим, стремление к легкой жизни «ничего неделания» с поиском «новых ощущений», бродяжничество) - 59 чел. (54,6%). Аддиктивное поведение в данный возрастной период времени не носило в большинстве случаев характера зависимости и в большей части было обусловлено субмиссивной мотивацией, подражанием более старшим. 39 чел. (36,1%) из обследованных эпизодически употребляли алкоголь, в асоциальных компаниях, курили табак, анашу. Вдыхание паров клея, бензина, бытовой химии было в ряде случаев более систематичным с выраженными формами опьянения. Суицидальное поведение было сравнительно редким в данном возрастном периоде, без

сложных суицидальных актов. В результате конфликтных ситуаций шантажное или демонстративное суицидальное поведение проявлялось, главным образом, протестом, активной оппозицией, с явным противодействием к замечаниям со стороны взрослых. Протест против «несправедливости» часто заключался в проведении «голодовки», с упоминанием о том, что они «приняли таблетки», то есть суицидальные попытки носили явно демонстративно-шантажный характер. Такое расстройство поведения было выявлено у 10 чел. (9,3%) обследованных. При этом имеет значение возраст, в котором появились первые ухудшения состояния, что свидетельствует о переходе в стадию структурирования (В.А. Гурьева, В.Я. Семке, В.Я. Гиндикин, 1994).

Таблица 18

**Характеристика ухудшений состояния, нарушения адаптации  
в кризовых возрастах у военнослужащих по призыву**

| <b>Возраст</b> | <b>Абс.</b> | <b>%</b>     |
|----------------|-------------|--------------|
| До 11          | 1           | 0,9          |
| 12             | 4           | 3,7          |
| 13             | 9           | 8,3          |
| 14             | 12          | 11,1         |
| 15             | 15          | 13,9         |
| 16             | 19          | 17,6         |
| 17             | 8           | 7,4          |
| 18             | 7           | 6,5          |
| 19             | 12          | 11,1         |
| 20             | 15          | 13,9         |
| 21             | 6           | 5,6          |
| <b>Итого:</b>  | <b>108</b>  | <b>100,0</b> |

Анамнестически выявленные состояния декомпенсации эмоционально-неустойчивого расстройства личности у военнослужащих до призыва в армию в основном приходятся на возраст 14, 15, 16 лет и в 19, 20 лет. При сравнении с «критическими периодами» для наступления декомпенсации расстройств личности по В.Я. Гиндикину (1973) отмечается сдвиг в сторону более старшего возраста.

Из таблицы 18 видно, что наибольшее количество нарушений адаптации в кризовом возрасте приходится на возрастные периоды 14, 15, 16 лет. 12 (11,1%), 15 (13,9%), 19 (17,6%), соответственно и в возрасте 19,20 лет – 12 (11,1%), 15 (13,9%).

У 39 (36,1%) обследованных военнослужащих с эмоционально-неустойчивым расстройством личности в анамнезе, перед призывом в армию, не было очерченных признаков поведенческих отклонений в психическом состоянии. Они были социально адаптированными. Благоприятные условия микросоциума сглаживали ряд проявлений психопатических реакций. Данный контингент обследованных не попадал в ситуации повышенных требований к адаптационным возможностям личности. Срыв компенсаторных механизмов происходил только в условиях военной службы при индивидуально непереносимых ситуациях.

Ухудшение психического состояния у военнослужащих до призыва в армию проявлялось изменениями в социальном профиле обследованных. В частности это были систематические учебного процесса, отрицательное отношение к порядку и режиму в учреждениях, несерьезный подход и к трудовым и профессиональным обязанностям.

Таблица 19

**Нарушения социальной адаптации в учебных заведениях у воен-  
нослужащих с эмоционально неустойчивым расстройством  
личности до призыва в армию**

| <b>Последствия социальной дезадаптации</b> | <b>Абс.</b> | <b>%</b>     |
|--------------------------------------------|-------------|--------------|
| Относительно адаптированы                  | 53          | 49,1         |
| Отчислены из школы                         | 7           | 6,5          |
| Отчислены из училища                       | 25          | 23,1         |
| Отчислены из колледжа (техникума)          | 19          | 17,6         |
| Отчислены из ВУЗа                          | 4           | 3,7          |
| <b>Итого:</b>                              | <b>108</b>  | <b>100,0</b> |

Как видно из данных таблицы 19, у 7 (6,5%) обследованных воен-  
нослужащих эмоционально неустойчивые личностные расстройства  
проявлялись в школьные годы и были довольно выраженными. Как  
правило, из-за неподобающего поведения в школе, дезорганизующего  
других учеников, они были отчислены в 6-7 классе, к моменту наступ-  
ления пубертата, в «кризовом возрасте». До отчисления из школы  
данные обсуждаемые обследованные уже сменили несколько школ, и  
все из-за неприемлемого поведения.

25 (23,1%) обследованных окончили основные 9 классов общеоб-  
разовательной школы и поступили в профессиональное училище. Од-  
нако, без контроля родственников, предоставленные сами себе, с  
первых месяцев обучения привычно нарушали дисциплину, беспри-  
чинно пропускали занятия, участвовали в конфликтах, драках, совер-  
шали мелкие правонарушения. В связи с чем их отчисляли уже с пер-  
вых курсов.

Отчислены также из колледжа (техникума) 19 чел. (17,6%) обсле-  
дованных военнослужащих. Их новые попытки обучаться в других  
учебных заведениях в очередной раз оканчивались провалом из-за

невозможности себя перестроить с привычного стереотипа сложившегося поведения. Наступал срыв хрупких компенсаторных возможностей. В поведении преобладали аномально сложившиеся личностные формы реагирования. Нарушения поведения служили поводом для очередного отчисления.

Небольшая часть в группе обследуемых военнослужащих из 4 чел. (3,7%) обучались в высших учебных заведениях. Двое обучались – в техническом ВУЗе, один в университете – на физическом факультете и один являлся студентом медицинской академии. Их объединяло то, что они приехали учиться из других городов. Оказалось, что они были не подготовлены условиям повышенного требования в учебе, не смогли приспособиться к учебному процессу и новому коллективу, жизни в общежитии. Эти четверо в условиях «свободной» жизни в общежитии устраивали конфликтные ситуации, у них возоблюдала склонность к алкоголизации совершению правонарушений. В последующем они были отчислены за грубое нарушение дисциплины в ВУЗе, академическую неуспеваемость. При этом ни один из обследованных не закончил и одного семестра.

Практически половина 53 (49,1%) обследованных военнослужащих с эмоционально-неустойчивым расстройством личности отнесены к группе «относительно адаптированы». Несмотря на некоторое проблемное поведение у них были и определенные адаптационные личностные ресурсы, которые позволили закончить учебное учреждение (школу, училище, техникум) и в большинстве случаев они приобрели специальности, по которой работали до призыва в армию.

Анализ профессиональной и трудовой деятельности обследуемых показал:

Таблица 20

**Трудовая и профессиональная адаптация у военнослужащих с эмоционально неустойчивым расстройством личности до призыва в армию**

| <b>Содержание трудовой деятельности</b> | <b>Абс.</b> | <b>%</b>     |
|-----------------------------------------|-------------|--------------|
| Не работали                             | 26          | 24,1         |
| Выполняли неквалифицированный труд      | 39          | 36,1         |
| Выполняли квалифицированный труд        | 43          | 39,8         |
| <b>Итого:</b>                           | <b>108</b>  | <b>100,0</b> |

Из приведенных данных таблицы 20 видно, что в период глубокого экономического кризиса многим молодым людям без профессии, квалификации было трудно устроиться на работу, так как в стране появилась армия безработных. Некоторые молодые люди были призваны на военную службу сразу же после окончания учебного заведения. Этим обстоятельством можно объяснить, что 26 чел. (24,1%) не работали.

Неквалифицированный труд выполняли даже получившие, какую то специальность, и то трудоустраивались на временные работы 39 (36,1%).

У тех, кто до призыва в армию были трудоустроены на квалифицированных работах - 43 чел. (39,8%) обследованных, в коллективах не складывались доверительные отношения вследствие их конфликтности и нарушения трудовой дисциплины.

Также как в группе обследованных призывников, в группе обследованных военнослужащих с эмоционально - неустойчивым расстройством личности декомпенсации психического состояния и поведения проявлялись рядом обстоятельств.

До призыва в армию асоциальное поведение у военнослужащих с декомпенсацией эмоционально неустойчивого расстройства личности

наблюдалось у 44 чел. (40,7%). По содержанию это были с точки зрения морали и уголовного кодекса незначительные правонарушения и проступки, не достигающие степени преступления, наказуемого в судебном порядке – мелкое хулиганство, воровство. У части обследованных призыв в армию являлся выходом из сложившейся правовой ситуации - «или армия или статья УК РФ».

Систематическое пьянство и употребление психоактивных веществ, как вариант аддиктивного поведения выявлен у 47 чел. (43,5%) военнослужащих. В единичных случаях выяснено эпизодическое употребление опиатов и каннабиоидов. Однако, никто за наркологической помощью не обращался и не состоял на учете в наркодиспансере.

Суицидальные намерения перед призывом в армию у военнослужащих с эмоционально неустойчивым расстройством личности при декомпенсированных состояниях возникали у 17 чел. (15,8%) обследованных. Сами попытки суицида совершались в алкогольном опьянении, и как правило были, демонстративно-шантажными на высоте аффекта в конфликтной ситуации. По содержанию это были поверхностные порезы кожи поперек вен. Ни в одном случае не было обращений за медицинской помощью и, в частности, за психиатрической помощью. При призыве в армию они скрывали суицидальные попытки и, несмотря на следы от самоповреждений, были признаны годными к службе в армии, призваны на военную службу.

А.В. Фадеев, В.В. Куликов, О.Э.Чернов (2001), проведя исследование среди военнослужащих, проходящих военную службу по призыву, обозначили четыре основных периода «пика» при прохождении службы в армии, как наиболее психологически уязвимые. 1).Период после призыва в армию – 6 месяцев. Это период адаптации, характе-

ризующийся отсутствием ясной перспективы и очерченной линии поведения. Переживание утраты прежних ценностей и «разрушение своих стереотипов», стремление понять и оценить все окружение, сопровождающее постоянной напряженностью. Как правило, первые полгода службы в армии проходят в группе сверстников в учебной роте. Поэтому процесс адаптации, даже при расстройствах личности, был несколько облегчен. 2). Второй период от 6 месяцев до 1 года. Характеризуется переводом в другую часть. Психогении здесь связаны с адаптацией в другой группе, с военнослужащими раннего призыва и «вышестоящих» по военной неформальной иерархии. 3). Третий период - стабилизация адаптации в течении года-1,5 лет. Формирование и стабилизация основных стереотипов взаимоотношений в армии и появление референтной группы общения, становление относительно устойчивого социального статуса. 4). Четвертый период – от 1,5 лет до демобилизации. Подготовка к демобилизации, планирование последующей гражданской жизни.

Каждый период службы предъявляет определенные требования к личностным ресурсам и качествам субъекта. Адаптация зависит от сбалансированности и осознания настоящего, прогнозирование будущего на основании прошлого опыта (Куликов В.В. с соавт., 2007).

Социально-психологическая адаптация военнослужащих в условиях срочной службы в армии протекает неравномерно во времени. Её уровень меняется в зависимости от периода службы. Соответствует разным по типу и выраженности психогениям (Нурмагамбетова С.А., 2003).

Исходя из этого, обследованные военнослужащие с декомпенсацией эмоционально-неустойчивого расстройства личности, были разделены на четыре подгруппы по продолжительности службы в армии к

моменту наступления декомпенсации: I. (от призыва до 6 месяцев); II. (от 7 до 12 месяцев); III (от 12 до 18 месяцев); IV (от 19 месяцев до демобилизации).

У обследованных нами военнослужащих были выявлены «специфичные» типы психической травматизации вызывающих декомпенсацию для каждого периода службы. В отдельных случаях причиной декомпенсации эмоционально-неустойчивого расстройства личности у военнослужащих было сочетание нескольких психогений, но определенный тип психогений был наиболее значимым для развития декомпенсации. В частности, на фоне хронических психогений, остро возникающая психотравмирующая ситуация вызывала декомпенсацию.

При выделении отдельных групп психогений мы базировались на систематике, предложенной В.Я. Семке (2003), производя интерпретацию в соответствии со службой в армии.

В общем виде получено следующее распределение наиболее значимых психогений по периодам службы.

Таблица 21

**Значимые психогении, декомпенсирующие эмоционально неустойчивое расстройство личности у военнослужащих**

| Содержание психогенных факторов                                   | I период<br>0 – 6 мес. |       | II период<br>7 – 12 мес. |       | III период<br>13 – 18<br>мес. |      | IV период<br>19-24<br>мес. |     |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------|-------|--------------------------|-------|-------------------------------|------|----------------------------|-----|
|                                                                   | Абс.                   | %     | Абс.                     | %     | Абс.                          | %    | Абс.                       | %   |
| Призыв в армию и (или) коренная ломка жизненного стереотипа.      | 17                     | 15,7* | 0                        | 0     | 0                             | 0    | 0                          | 0   |
| Перевод в другую войсковую часть                                  | 6                      | 5,6   | 20                       | 18,5* | 6                             | 5,6  | 0                          | 0   |
| Перевод в войсковую часть с преобладанием других этнических групп | 5                      | 4,6   | 3                        | 2,8   | 1                             | 0,9  | 0                          | 0   |
| Унижение со стороны сослуживцев                                   | 3                      | 2,8   | 9                        | 8,3*  | 5                             | 4,6  | 0                          | 0   |
| Избиение сослуживцами                                             | 2                      | 1,9   | 10                       | 9,3*  | 4                             | 3,7  | 5                          | 4,6 |
| Избиение командирами                                              | 0                      | 0     | 3                        | 2,8   | 2                             | 1,9  | 4                          | 3,7 |
| Известие из дома неприятного содержания                           | 0                      | 0     | 2                        | 1,9   | 1                             | 0,9  | 0                          | 0   |
| <b>Всего:</b>                                                     | 33                     | 30,6  | 47                       | 43,5  | 19                            | 17,6 | 9                          | 8,3 |

Примечание - \*  $p < 0,01$

Из приведенных в таблице 21 данных видно, что в первый период службы декомпенсации психического состояния выявлено у 33 лиц (30,6%) с эмоционально-неустойчивым расстройством личности. Они были вызваны самим фактором призыва в армию и связанным с этим обстоятельством коренной ломкой привычного микросоциального стереотипа их жизни – 17 военнослужащих. Перевод из части, где военнослужащий служил изначально, в другую часть – 6 человек. Как при

призыве в армию, так и при переводе в другую часть, солдаты проходили различные варианты «посвящений»: проверку на выносливость, на невосприимчивость к боли - «пробивать лося», «пробивать грудь», «держат табуретку», «сушить крокодила», «соревнование черепах», «летучая мышь», «паучок». Разумеется, для эмоционально неустойчивых личностей с низкой фрустрационной толерантностью и аффективной несдержанностью, данные обстоятельства являлись приложением к «точке наименьшего сопротивления» и приводили к описанным выше поведенческим реакциям в рамках декомпенсации расстройства личности. Избиение и унижение со стороны сослуживцев в рамках «посвящений» и вызванное этим декомпенсации поведения выявлены у 3 и 2 человек соответственно.

В период современной истории, когда в «обычных» условиях происходят постоянные межэтнические конфликты как в глобальном, так и на бытовом уровне, в жестких условиях армии эти конфликты еще более обостряются. Данный вид психической травматизации приобретает в настоящее время особую актуальность. Военнослужащие этнической группы, находящиеся в меньшинстве, постоянно подвергались унижениям, избиениям, их заставляли выполнять самую грязную работу. Для пяти военнослужащих с эмоционально-неустойчивым расстройством личности первого периода службы причиной декомпенсации был перевод в войсковую часть с преобладанием других этнических групп.

Больше всего декомпенсаций приходится на II период службы – 47 случаев (43,6%). Перевод из учебной роты, где служба проходила в коллективе сверстников, в часть с доминированием «старослужащих» являлась психогенией, вызвавшей декомпенсацию у 20 обследован-

ных. Особенно это было значимо для военнослужащих достигших, определенных позиций среди иерархии сверстников в учебной роте.

В трех случаях значимой психотравмирующей ситуацией было не только перевод в другую войсковую часть, но и перевод в часть с преобладанием других этнических групп. В основном характерно «противостояние» двух этнических групп. Трое обследованных не входили не в одну из этнических групп и соответственно получали притеснение с двух сторон и это декомпенсировало их состояние. Унижение и избиение со стороны сослуживцев и вызванные этим обстоятельством декомпенсации психического состояния выявлены в 9 и 10 случаях соответственно. Во втором периоде службы для эмоционально-неустойчивых личностей приобретает особое значение унижение и избиение со стороны командиров. Когда добившись благодаря своим сильным качествам определенного положения среди иерархии окружения, как не по не официальной градации, так и получение сержантского звания солдата с эмоционально-неустойчивыми чертами характера при своих «подчиненных» унижали командиры, это оказывало психотравмирующее влияние приводившее к декомпенсации эмоционально-волевого психического состояния и госпитализации в психиатрический стационар троих военнослужащих. В трех других случаях психотравмой вызвавшей декомпенсацию состояния психического здоровья было, неблагоприятное известие из дома, несмотря на благополучную службу. В двух случаях военнослужащих «вывели из состояния уравновешенности» отказ девушки от дальнейшего общения, а в одном случае - смерть отца.

При непосредственном, определяющем, значении острых психогений, декомпенсирующих поведение у военнослужащих с эмоционально-неустойчивым расстройством личности в III и IV периоды

службы, хронические психогении так же имели значение. Они обуславливаются условиями службы. Это, прежде всего, изначально включающиеся к функционированию индивидуума повышенные требования (длительное нахождение в режимных условиях с невозможностью выхода из ситуации, ограничения в удовлетворении актуальных для личности потребностей). В результате происходит срыв неустойчивых компенсаторных возможностей с дезорганизацией личности, поведенческих и диссоциальных расстройств. Таким образом наслаивающиеся хронические на острые психогении вызывают декомпенсацию личности у военнослужащего.

Для III периода службы психогениями были перевод в другую войсковую часть в шести случаях. Перевод в часть с преобладанием других этнических групп, как психотравмирующий фактор, вызвавший декомпенсацию, выявлен в одном случае. Несмотря на достаточно продолжительный период службы и получение определенного статуса в иерархии сослуживцев, старослужащие третьего периода службы уже сами осуществляли дедовщину. У старослужащих, при сниженных критических возможностях, это доходило до антисоциальных и преступных форм поведения. Унижение и избиение сослуживцев было у пяти военнослужащих, проходивших военно-психиатрическую экспертизу, а за совершение самовольного оставления части были привлечены к уголовной ответственности четверо обследованных военнослужащих. За несоблюдение дисциплины и не подчинение двое военнослужащих подвергались избиению командирами. В одном случае декомпенсацию психического состояния военнослужащего, вызвало известие из дома неприятного содержания.

IV период службы характеризуется наименьшим количеством декомпенсаций поведения у эмоционально неустойчивых личностей.

Однако ощущение «служба заканчивается» приводило к более свободному поведению для некоторых военнослужащих и к несоблюдению воинской дисциплины, к конфликтным ситуациям с сослуживцами и дракам. На этой почве декомпенсационные поведенческие нарушения были у 3 и 2 обследованных военнослужащих IV периода службы.

### **I период службы (0-6 мес.)**

Таким образом, у обследованных указанный период, характеризовался общей напряженностью, незащищенностью и неопределенностью пребывания у начинающего службу в армии в рамках поиска интeрсональных отношений и коммуникации в новых, непривычных условиях и, соответственно, выработке иных, чем в гражданских условиях форм реагирования. Тревожность вела к искаженным, аномально-личностным реакциям. Кроме того военнослужащие I периода службы сталкиваются с комплексом переживаний в виде «синдрома лишенного свободы» (Обросов И.Ф., 2004).

По типу декомпенсации для I периода службы выявлено следующее распределение эмоциональных реакций, приводивших к расстройству поведения.

Таблица 22

#### **Варианты декомпенсации у военнослужащих с эмоционально неустойчивым расстройством личности I го периода службы**

| <b>Синдромальный вариант декомпенсации</b> | <b>Абс.</b> | <b>%</b>     |
|--------------------------------------------|-------------|--------------|
| Эксплозивно - дисфорический                | 7           | 21,2         |
| Аффективно - неустойчивый                  | 16          | 48,5         |
| Субдепрессивный                            | 10          | 30,3         |
| <b>Итого:</b>                              | <b>33</b>   | <b>100,0</b> |

Как видно из данных таблицы 22, декомпенсация поведения по причине эксплозивно-дисфорических реакций выявлена у 7 (21,2%) военнослужащих с эмоционально-неустойчивым расстройством личности. С первых же дней службы они вели себя конфликтно и агрессивно в ответ на приказы командиров. Обнаруживали аутоагрессивное поведение. Наиболее частым вариантом декомпенсации поведения для военнослужащих I го периода службы был вариант по аффективно-неустойчивому типу. Под влиянием психогений происходило протестное поведение с нежеланием критического подхода к своим поступкам, подчиняясь собственным эмоциям. Совершение самовольных оставлений территорий части, алкоголизация, наркотизация без учета последствий. Для первого периода службы у солдат наблюдалось и развитие субдепрессивного состояния у 10 обследованных. По клинической картине субдепрессии были реактивного характера с чувством ангедонии и «безысходности» с мыслями о невозможности изменить окружающую обстановку, с ностальгией об «окончании» привычных стереотипов жизни в гражданских условиях.

#### **Клиническое наблюдение 4.**

Больной С-в Д.С., 1985 года рождения (20 лет). Номер истории болезни №3759 F-60.30 Житель г.Анжеро-Судженска. Поступил в отделение КОКПБ 12 июля 2005 г. по направлению командира Университета связи (КВВКУС) №9/494 на обследование, медицинское освидетельствование, определение категории годности к службе в армии. Дата выписки: 12 сентября 2005 г.

**Жалобы:** не предъявляет.

**Анамнез:** Поступает впервые. Наследственность неблагополучная, отец отличался антисоциальным поведением, был жестоким, властным, в алкогольном опьянении избивал мать на глазах ребенка, ушел

из семьи, когда ему было 7 лет. Беременность у матери протекала с токсикозом второй половины. Родился в срок. В раннем развитии от сверстников не отставал. Часто болел простудными заболеваниями. По характеру с детства был капризным, упрямым вспыльчивым. Он в школу пошел своевременно. Учился до 7 класса удовлетворительно. В подростковом возрасте у него снизилась успеваемость. Ухудшились отношения в семье, конфликтовал с матерью и отчимом, пытался драться, уходил из дома. Пропускал занятия в школе. Свободное время проводил в компании сверстников с асоциальным поведением, алкоголизировался употреблял каннабиоиды. Состоял на учете в инспекции по делам несовершеннолетних. В связи с пропусками занятий был оставлен на повторное обучение в 8 классе. Не захотелось быть второгодником в классе, перешел учиться в вечернюю школу, а затем в училище. Нарушал дисциплину, пропускал занятия, приходил на занятия в алкогольном опьянении. Был исключен из училища. Временно работал экспедитором. С группой подростков совершил угон автомобиля и имел судимость. В алкогольном опьянении высказывал угрозы матери, что он покончит с собой, если она не разведется с отчимом. Мать к тому времени была замужем во второй раз. Предпринимал демонстративно-шантажные попытки суицида, вставал на табуретку с веревкой на шее, говорил, что напьется таблеток, свешивался с балкона, говоря что выкинется. Он и его мать скрыли от призывной комиссии попытки суицида. Мать посчитала, что в армии его «воспитают и он будет человеком». При осмотре психиатром в комиссии РВК проявлений личностной аномалии не было выявлено. Его признали годным к службе в армии и таким образом был призван в вооруженные силы РФ. Сам об армии и военной службе не имел четкого представления: «возьмут - пойду, не возьмут - не пойду». Якобы изначально

адаптировался «нормально». В последующем в течение 2 х месяцев у него «нарастало ухудшение состояния». Он всего отслужил 3 месяца. Не подчинялся приказам командиров, старался «уйти» от выполнения обязанностей. Неоднократно обращался в лазарет с различными жалобами со стороны внутренних органов. Авторитетом в коллективе не пользовался. Подговаривал сослуживцев к самовольному оставлению части. Узнал от старослужащих способы «откосить» от армии. Завернул в газету лезвия бритвы и проглотил их. Заявил об этом в медицинский пункт. Был госпитализирован в хирургическое отделение с диагнозом: «инородные тела Ж.К.Т.». Инородные тела вышли естественным путем, выписан в удовлетворительном состоянии. Направлен для проведения военно-врачебной психиатрической экспертизы в Кемеровскую областную клиническую психиатрическую больницу.

**Психический статус:** Ходит свободной походкой. В беседе держится надменно, стараясь вести беседу по своему усмотрению, выбирая вопросы, на которые он будет отвечать или не будет. Считает, что его «обязательно освободят от военной службы». Без стеснения говорит об этом врачу. Предъявляет претензии, что его «долго обследуют». Суждения незрелые, примитивные - считает, что «одного осмотра врача достаточно, что бы его отпустили домой». Беспечен в отношении сложившейся ситуации. Недооценивает ограничения в трудовой и профессиональной деятельности после установления ему психиатрического диагноза. Себя считает «психически здоровым, однако неспособным нести службу». Не может объективно оценивать свои поступки и их последствия. Находясь в отделение группировался с больными с психопатоподобным поведением. Подговаривал больных к побегу. Постоянно пререкался с персоналом, нарушал режим отделения. На за-

мечания безапелляционно заявлял, что ему «все равно ничего не будет».

### **Результаты специальных исследований:**

Окулист: На глазном дне патологии не выявлено.

Невролог: Патологии не выявлено.

Нейровизор: Умеренные изменения ЭЭГ регуляторного характера за счёт дисфункции диэнцефальных структур.

Психолог заключение: При исследовании установлена личность с выраженными эмоционально-неустойчивыми чертами характера (вариант превышения акцентуации), с выраженными трудностями в социальной адаптации и в межличностных отношениях, склонная к эксплозивно-агрессивным реакциям, без существенных нарушений интеллектуально - мнестических процессов.

**Диагноз:** Эмоционально неустойчивое расстройство личности импульсивный тип, умеренно выраженное с декомпенсацией по аффективному типу, аффективно-неустойчивый вариант. F-60.30

**Клинический анализ случая:** У пациента имеется генетическая предрасположенность для развития эмоционально-неустойчивых черт характера, об этом свидетельствует грубое антисоциальное поведение отца обследованного. В виду эмоционально-неустойчивых, аномально-личностных особенностей пациент имеет низкий адаптационный потенциал, не позволивший ему закончить обучение в общеобразовательной школе и училище. Формирование расстройства личности сопровождалось расстройствами поведения в виде антисоциальных, аддиктивных поступков и суицидального шантажа. Характерная для расстройств личности незрелость суждений выражается в легкомысленном отношении к призыву на военную службу. В режимных армейских условиях, с изменением привычного стереотипа поведения дома,

психическое состояние ухудшается и оно складывается из психопатических реакций, а в последующем происходят декомпенсации с демонстративно-шантажной суицидальной попыткой (проглотил лезвие бритвы). Свой поступок оценивает не критично. Недооценивает сложившуюся ситуацию. Его не волнуют социальные последствия установления психиатрического диагноза. Не желает и не хочет оценить свое поведение критически. Данные анамнеза и объективная психопатологическая симптоматика квалифицируется нами в рамках декомпенсации эмоционально-неустойчивого расстройства личности.

## **II период службы (7 – 12 мес.)**

Как уже указывалось выше, больше всего проявлений эмоционально неустойчивого расстройств личности приходится на второй период службы - 47(43,6%) обследованных. Это касается актуальных для личности переживаний, в связи с переводом из учебной роты в воинскую часть, с солдатами разных периодов службы и с различным неуставным статусом и положением в иерархии. В такой ситуации у эмоционально неустойчивых личностей появляются трудности в адаптации с последующей декомпенсацией психического состояния и поведения. От личности требуется не только высокий уровень адаптационных возможностей, но и копинг-стратегия по решению возникших трудных задач, с увеличением количества возможных и ожидаемых психогений. При этом личность не видит возможности ухода из создавшейся сложной ситуации, усугубляющейся перспективой продления дальнейшей службы в этих же условиях.

Таблица 23

**Варианты декомпенсации у военнослужащих с эмоционально неустойчивым расстройством личности II го периода службы**

| <b>Синдромальный вариант декомпенсации</b> | <b>Абс.</b> | <b>%</b>     |
|--------------------------------------------|-------------|--------------|
| Эксплозивно-дисфорический                  | 17          | 36,2         |
| Аффективно-неустойчивый                    | 24          | 51,1         |
| Субдепрессивный                            | 6           | 12,7         |
| <b>Итого:</b>                              | <b>47</b>   | <b>100,0</b> |

В 17 (36,2%) случаях клиническая картина декомпенсации соответствовала эксплозивно - дисфорическому синдрому. В ответ на психогении у обследованных солдат возникали агрессивные реакции, направленные против личности сослуживцев и командиров, без учета последствий. В таких случаях у них не срабатывает механизм психологической защиты предвидения последствий своих поступков. Эмоционально-неустойчивые солдаты срывали злость на более слабых военнослужащих. В итоге после конфликтной ситуации и спада аффекта гнева они совершали аутоагрессивные действия или самовольно оставляли часть. При этом у самовольно покинувших пределы части отставленные эмоции сохраняли энергию, поэтому, многие совершали хулиганские действия и иные преступления, мотивируя это тем, что им уже «терять нечего».

У половины 24 (51,1%) обследованных военнослужащих II периода службы вариант декомпенсации носил аффективно-неустойчивый тип. Состояние характеризовалось силой и неустойчивостью эмоций, что определяло импульсивный характер их поведения. Они самовольно оставляли часть совершали противоправные действия.

К субдепрессивному типу декомпенсации отнесено ухудшение состояния у 6 (12,7%) обследованных военнослужащих второго периода службы и характеризовалось тревожно-подавленным настроением, отчасти и попытками суицида.

#### **Клиническое наблюдение 5.**

Больной К-й В.С., 1985 года рождения (21 год). Номер истории болезни №2809. F-60.30 Житель г. Кемерово. Поступил в отделение КОКПБ 21 мая 2006 г. по направлению командира войсковой части 93337 на обследование, медицинское освидетельствование, определение категории годности к службе в армии. Дата выписки: 18 июня 2006 г.

**Жалобы:** не предъявляет.

**Анамнез:** Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Беременность у матери протекала нормально. Родился в срок. Воспитывался в неполной семье матерью и бабушкой, отец погиб, когда ему было 13 лет. Мать преподаватель института культуры с особым покровительством относится к сыну «ребенок остался без отца». В раннем развитии от сверстников не отставал. В школу пошел своевременно. Успевал по всем предметам на «хорошо» и «отлично». В 14 лет успеваемость снизилась. Изменился по характеру. Начал пропускать занятия, мотивируя тем, что ему «надоело учиться». Время проводил в компьютерных игровых салонах. Стал группироваться с подростками с асоциальным поведением, начал курить, употреблять алкоголь. В 11 классе не стал сдавать выпускные экзамены. Мать договаривалась, чтобы оценки ему выставили по годовичному итогу. Родственники, учитывая его поведение, решили «определить на военное учебное заведение, чтобы его дисциплинировали». По протекции родственников он поступил в военное училище связи. Через два месяца К-й В.С. бросил обучение: «не нравится обстановка». Устроился рабо-

тать грузчиком, проработал месяц и был уволен из-за конфликта с бригадиром. При призыве в армию, по данным анамнеза и объективным сведениям, отклонений в психическом состоянии не выявлял. Призывной комиссией был признан годным к службе в армии и призван. Попал в войсковую часть дислоцирующуюся в Подмосковье. В учебной роте отношения с сослуживцами складывались. Из учебной роты через 6 месяцев был переведен в войсковую часть, дислоцирующуюся в г. Хабаровске. Но там его поведение переменилось - не выполнял приказы командиров. Говорил, что он «не намерен служить в войсковой части, где к нему «неправильное» отношение». Требовал к себе «особого уважительного» отношения. Через месяц службы оставил расположение части. Самостоятельно обратился в военную комендатуру, рассказал, что он не будет служить в этой части, «хотел бы чтобы его перевели в часть, где бы его все устраивало». Был переведен в роту самовольно оставивших часть, из которой убежал через трое суток. В последующем свой поступок объяснял тем, что ему «просто захотелось домой». Приехав домой пьянствовал. В алкогольном опьянении нанес себе порез в область левого предплечья. Мать вызвала скорую помощь. Изначально был доставлен в травмпункт, а затем в отделение военной экспертизы КОКПБ.

**Психический статус:** Сидел в непринужденной позе. Не удручен сложившейся ситуацией. Самостоятельно вступал в беседу. Охотно рассказывал о себе. О службе в армии говорил, что служил бы дальше, если бы ему предоставили «нормальные условия». Говорил, что он достоин другого отношения. Самовольное оставление части, объяснял тем, что в части, в которую его перевели, ему «не понравилось». Не видел в своем поступке ничего противоправного и серьезного. Реальных планов на будущее, как таковых у него не было: «где ни будь,

буду работать». В отделении держался обособлено, с пренебрежением относился к больным и персоналу. От выполнения поручений отказывался: «пусть дураки это делают». Предъявлял претензии к лечащему врачу в том, что «его до сих пор его не комиссовали». Однако психически больным себя не считает. Критические способности резко снижены.

### **Результаты специальных исследований:**

Окулист: На глазном дне патологии не выявлено.

Невролог: Патологии не выявлено.

ЭЭГ: Очаговых проявлений в ЭЭГ нет. Общемозговые изменения негрубые.

Психолог заключение: на момент исследования сохранные функции памяти, внимание устойчивое без признаков утомляемости у интеллектуально-сохранной личности эмоционально-неустойчивого типа.

**Диагноз:** Эмоционально неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип умеренно выраженное. Декомпенсация по аффективному типу, аффективно-неустойчивый вариант. F-60.30

**Клинический анализ случая:** Пациент воспитывался в условиях гиперопеки с формированием эгоцентризма, эгоизма, завышенной самооценки и потребительским отношением к окружающим. С подросткового возраста он становится недисциплинированным, конфликтным. Совершал поступки без учета последствий: не стал сдавать экзамены в школе, бросил обучение в училище, не удерживался на работе вследствие конфликтного поведения. В армии при переводе в действующую часть он дезертировал выехал домой. Требовал от коменданта, чтобы его отправили в войсковую часть, «где к нему бы относились нормально». Совершал аутоагрессию. В общении он высокомерен, не тактичен, не соблюдал правила приличия, недооценивал свои поступ-

ки, был не критичен к своему поведению. Не допускал мысли о том, что он может сделать что-то неправильно. Способности рефлексировать отсутствуют. В целом психопатологическая симптоматика соответствует эмоционально-неустойчивому расстройству личности.

### **III период службы (13 – 18 мес.)**

Третий период службы – 19 (17,59%) определялся большим значением хронических психогений, на фоне которых происходил срыв адаптации при острых психотравмирующих ситуациях. Приобретая определенный статус и опыт службы в армии, военнослужащие с эмоционально-неустойчивым расстройством личности, при снижении контроля командиров становились менее дисциплинированными, склонными к конфликтному, агрессивному поведению.

Таблица 24

#### **Варианты декомпенсации у военнослужащих с эмоционально неустойчивым расстройством личности III го периода службы**

| <b>Синдромальный вариант декомпенсации</b> | <b>Абс.</b> | <b>%</b>     |
|--------------------------------------------|-------------|--------------|
| Эксплозивно-дисфорический                  | 11          | 57,9         |
| Аффективно-неустойчивый                    | 5           | 26,3         |
| Субдепрессивный                            | 3           | 15,7         |
| <b>Итого:</b>                              | <b>19</b>   | <b>100,0</b> |

Как видно из данных таблицы 24, у военнослужащих третьего периода службы декомпенсация синдромально определялась эксплозивно-дисфорической симптоматикой. Аффективно-неустойчивый тип декомпенсации поведения и поступков наблюдался реже. Субдепрессивные состояния еще реже.

### Клиническое наблюдение 6.

Больной Ч-в А.Г., 1985 года рождения (20 лет). Номер истории болезни №5926 F-60.30 Житель г. Ленинск - Кузнецка. Поступил в отделение КОКПБ 21 октября 2005 г. по направлению военного коменданта Кемеровского гарнизона на обследование, медицинское освидетельствование, определение категории годности к службе в армии. Дата выписки: 12 декабря 2005 г.

**Жалобы:** не предъявляет.

**Анамнез:** Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. У матери беременность протекала с токсикозом второй половины. Ч-в А.Г. родился в срок, без осложнений. Воспитывался матерью единственным ребёнком. Снохождение, сноговорение, энурез, травмы, ЧМТ, эпилептики отрицает. В развитии от сверстников не отставал. Посещал детский сад. В школу пошел в 7 лет, учился хорошо. В 5 классе, когда ему было 12 лет, Ч-в А.Г. стал нарушать школьную дисциплину, конфликтовать с учителями. Он мог встать и уйти с урока, когда урок еще не закончился. После школы время проводил на улице, группировался с асоциальными подростками, начал курить, употреблять алкоголь. Дублировал 5 й класс. С постоянными учебными проблемами закончил 9 классов, получил аттестат. По характеру стал конфликтным, агрессивным, участвовал в драках. В призывном возрасте был обследован в стационаре психиатрической больницы по месту жительства, признан годным к службе в армии. Призван в армию. Изначально служба складывалась, получил звание сержанта. Злоупотреблял своим положением, избивал некоторых солдат. В беседах охотно, одобрял «неформальные воровские законы». На замечания командиров давал бурные эксплозивные реакции, лез в драку. После очередного конфликта самовольно оставил расположение час-

ти, убыл по месту жительства. Совершил противоправное действие – избил и ограбил человека. В последующем добровольно заявил о себе в военную прокуратуру. При доставке его в роту самовольно оставивших часть, бежал и через неделю вновь обратился в военную прокуратуру. Возникли сомнения в его психической полноценности и он был направлен на военно-врачебную психиатрическую экспертизу.

**Психический статус:** В отделении КОКПБ держался уверенно с чувством превосходства. Однако беседовал неохотно, на вопросы отвечал короткими фразами. Себя характеризовал вспыльчивым, раздражительным, не терпящим замечаний в свой адрес. Говорил, что он долго помнит обиды и старается отомстить. Подчеркивал, что в армии старался сильнее унижить и избить, так как «в начале службы над ним так же издевались». Свои поступки считал вполне обоснованным аргументом. Причину самовольного оставления части объяснял, повторяя одну и ту же фразу «были неуставные отношения». В чем они конкретно выражались, не объяснял, уходил от ответа. Категорически не соглашается с характеристикой данной ему по месту службы. С первых же дней нахождения в отделении конфликтовал, проявлял, агрессивные действия к более слабым подэкспертным. В беседе всегда был напряженным. Не отрицал своего неправильного поведения в отделении, мотивируя это тем, что ему теперь уже «все равно».

#### **Результаты специальных исследований:**

Окулист: На глазном дне патологии не выявлено.

Невролог: Микроочаговая резидуальная симптоматика.

Нейровизор: Значительные изменения ЭЭГ, в основном, регуляторного характера за счёт выраженной дисфункции регулирующих неспецифических структур мозга и частично микроструктурные на нейрональном уровне.

Психолог заключение: негрубые изменения динамических процессов в виде фрагментов инертности с явлениями утомляемости, нарушение концентрации внимания; снижение уровня обобщения и отвлечения у личности с выраженными чертами характера по истеро - неустойчивому типу (вариант превышения акцентуации).

**Диагноз:** Эмоционально неустойчивое расстройство личности. импульсивный тип, умеренно выраженное с декомпенсацией по аффективному типу, эксплозивно-дисфорический вариант. F-60.30

**Клинический анализ случая:** Воспитывался в условиях гиперопеки матери. С 12 лет у него стали проявляться признаки неустойчивых черт личности. Однако, был сравнительно социально адаптирован. В армейских условиях свои личностные качества – конфликтное, агрессивное поведение использовал, как меры адаптации. Жестоким отношением к другим военнослужащим, применяя физическое превосходство стремился к лидерству в иерархии сослуживцев. Созданные в своем узком кругу конфронтационные отношения явились причиной дезадаптации, приведшие к дезертирству и правонарушению. Таким образом психопатологическая симптоматика в представленном случае квалифицируется нами, в рамках эмоционально-неустойчивого расстройства личности. В пользу такого диагноза говорит динамика психического состояния военнослужащего, связь с психогениями, соответствие триаде П.Б. Ганнушкина.

#### **IV период службы (19-24 мес.)**

Четвертый период службы характеризуется подготовкой к демобилизации, планированием последующей гражданской жизни. Этот период жизни солдата является временем ожидания перехода в другие социальные условия. Однако, для некоторых обследованных сол-

дат с эмоционально неустойчивым расстройством личности недовало терпения. Это приводило к некритическим поступкам на почве нарушения поведения.

По типу декомпенсации для IV периода службы выявлено следующее распределение:

Таблица 25

**Варианты декомпенсации у военнослужащих с эмоционально неустойчивым расстройством личности IV го периода службы**

| <b>Синдромальный вариант декомпенсации</b> | <b>Абс.</b> | <b>%</b>     |
|--------------------------------------------|-------------|--------------|
| Эксплозивно-дисфорический                  | 5           | 55,6         |
| Аффективно-неустойчивый                    | 1           | 11,1         |
| Субдепрессивный                            | 3           | 33,3         |
| <b>Итого:</b>                              | <b>9</b>    | <b>100,0</b> |

Эксплозивно-дисфорические состояния в клинике расстройства личности вытекали непосредственно из условий службы. В их основе лежали некие неразрешимые длительные психогении. Это в основном с трудом переносимые режимные условия. В результате чего под влиянием незначительных острых психогений происходит срыв компенсаторных возможностей с дезорганизацией личности (поведенческие и диссоциальные расстройства).

**Клиническое наблюдение 7.**

Больной Л-н М.А., 1982 года рождения (21 год). Номер истории болезни №1544 F-60.30 Житель г. Кемерово. Поступил в отделение КОКПБ 18 марта 2005 г. по направлению военного коменданта Кемеровского гарнизона №450 на обследование, медицинское освидетельствование, определение категории годности к службе в армии. Дата

выписки: 14 мая 2005 г.

**Жалобы:** не предъявляет.

**Анамнез:** Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Воспитывался в полной семье единственным ребёнком. Беременность у матери протекала с токсикозом. Родился в срок в легкой асфиксии. Снохождение, сноговорение, энурез, травмы, ЧМТ, эпилептики отрицает. Отношения в семье были ровными. Родители покровительствовали сыну, вступали в его защиту даже при совершении им каких-то неправильных поступков. В школе Л-н М.А. учился удовлетворительно. Он отличался конфликтным, неуравновешенным поведением. Вследствие нарушений дисциплины в 8 классе, был отчислен из школы. 9 й класс заканчивал в другой школе. В возрасте 15 лет в компании сверстников совершил преступление, предусмотренное ст.158 УК РФ (воровство), осужден условно. По протекции родственников поступил в училище. Во время обучения неоднократно вставал вопрос об его отчислении из училища, как систематического нарушителя дисциплины. Родители имея высокий социальный статус, помогли сыну получить диплом об окончании училища. Перед призывом в армию Л-н М.А. был осмотрен врачебной комиссией и признан годным к службе в армии. Как следует из служебной характеристики, первый год службы он вел себя положительно, был активным. Ему было присвоено звание сержанта. В последующем стал злоупотреблять своим служебным положением. В последние полгода службы перед демобилизацией перестал подчиняться командирам. Неоднократно самовольно оставлял часть. Уходил в город, возвращался в тяжелом алкогольном опьянении. За месяц до демобилизации после конфликта с офицером, самовольно оставил расположение части. Обратился в военную прокуратуру, прикомандирован к роте самовольно оставивших

часть. Однако через два дня устроил драку и вновь самовольно оставил часть. Был задержан сотрудниками военной прокуратуры. Направлен на обследование в военно-экспертное отделение КОКПБ.

**Психический статус:** В беседе держался уверенно, без чувства дистанции. Говорил громким голосом. Высказывал недовольство помещением его в психиатрический стационар. На вопросы отвечает с готовностью с чувством уверенности в своей правоте. Свои поступки в армии и поведение считал «вполне нормальным». В сложившейся ситуации обвиняет других. Способности к рефлексии отсутствуют. Объективно не оценивает свои поступки и их последствия. У него не было заинтересованности в результатах решения комиссии и дальнейшей судьбы. Суждения узконаправленные, прямолинейные. В отделении нарушал режим, скандалил с персоналом, с трудом поддавался коррекции.

**Результаты специальных исследований:**

Окулист: На глазном дне патологии не выявлено.

Невролог: Патологии нет.

Нейровизор: Значительные изменения ЭЭГ, в основном, регуляторного характера за счёт выраженной дисфункции регулирующих неспецифических структур мозга и частично микроструктурные на нейрональном уровне.

Психолог заключение: негрубые изменения динамических процессов в виде фрагментов инертности с явлениями утомляемости, нарушение концентрации внимания; снижение уровня обобщения и отвлечения у личности с выраженными чертами по истеро-неустойчивому типу (вариант превышения акцентуации).

**Диагноз:** Эмоционально неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип умеренно выраженное с декомпенсацией по аффективному типу, explosивно-дисфорический вариант. F-60.30

**Клинический анализ случая:** Обследуемый воспитывался в условиях гиперопеки. Его характер оформился как истеро-неустойчивый. В подростковом возрасте отчетливо обнаружились проявления неустойчивых черт характера. В армии вследствие своих истерических черт первоначально производит впечатление положительное, занимая позицию лидера. В конце службы происходит декомпенсация характера, становится неуправляемым, злобным, агрессивным. Совершает поступки, не учитывая последствия. Не может пользоваться ранее полученным опытом. Таким образом, психопатологическая симптоматика в представленном случае квалифицируется нами, в рамках эмоционально-неустойчивого расстройства личности, с развитием декомпенсации по explosивно - дисфорическому типу.

## **ГЛАВА ШЕСТАЯ**

### **Лечебно – реабилитационные мероприятия военнослужащим срочной службы, комиссованных из армии в связи с эмоционально неустойчивым расстройством личности**

Большое количество публикаций посвящено изучению различных аспектов комплексного восстановительного лечения и реабилитации военнослужащих, участвовавших в военных действиях (Смирнова, Л. В., 2003; Adler, A.B., et all., 2008). Работы, посвященные лечению и реабилитации военнослужащих с психическими расстройствами, недослуживших службу в мирное время представлены малым количеством. И.М. Чиж с соавт. (2000) считают, что концепция лечения и реабилитации военнослужащих с психическими расстройствами в мирное время не имеет четких и общепризнанных положений.

Реабилитационные мероприятия должны быть направлены на достижение максимально возможной психической и социальной полноценности. Для этого необходим интегративный подход с использованием медицинских, социально - экономических, профессиональных, физических, психологических мероприятий (Лемешкин, Р.Н., 2006).

#### **6.1. Лечебно–профилактические мероприятия в призывном и до-призывном периоде.**

Основой для превентивных и реабилитационных мероприятий на этапе призыва в армию является комплексный подход и совершенствование диагностики пре-психопатических состояний и психопатий. В большинстве случаев призыв на военную службу лиц с формирующимся расстройством личности происходит вследствие недостатка информации и интегративного подхода к решению вопроса о катего-

рии годности к службе в армии, учитывающий не только клинику на момент обследования, но и социальные и психологические данные на протяжении всех этапов формирования расстройства личности и проводимые психокоррекционные мероприятия. При этом предварительный диагноз при таком подходе может быть выставлен еще в допризывном периоде и соответственно осуществляться превенция дальнейших негативных последствий (Черняк, Н.Б., 2006).

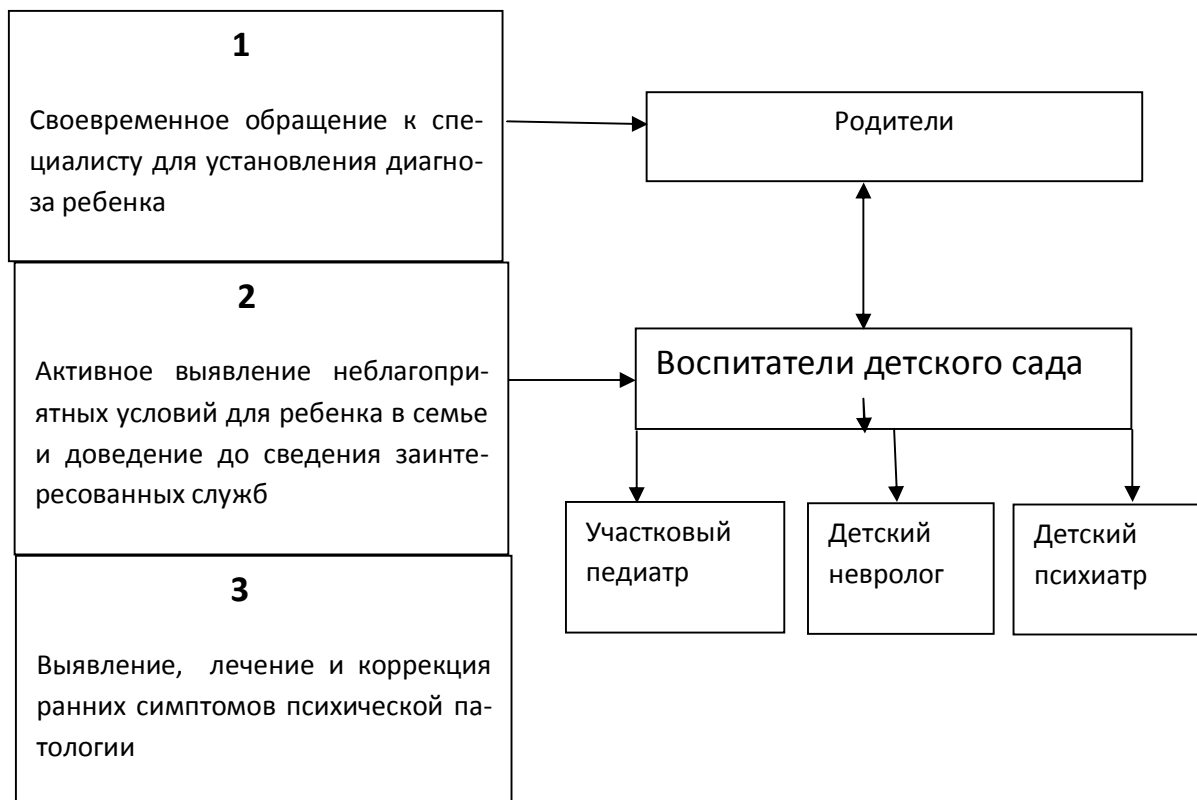
Реализация поставленных задач должна происходить для призывного контингента на ранних этапах формирования расстройства личности. В частности, службой социально-психологической помощи при детских поликлиниках, психологической службой дошкольных и образовательных учреждений (педагог-психолог). Возникает необходимость ведения карт психологического обследования и коррекции психологической службы образовательных учреждений, где отражаются состояние познавательной и эмоционально-волевой сфер, а также тех психокоррекционных мероприятий, которые проводятся в случае необходимости.

Социальные данные о призывнике предоставляются образовательными учреждениями, службой социальной помощи. Эти сведения должны отражать истинный характер динамического социального развития, возрастные особенности социального функционирования, особенности адаптации и поведение в микросоциуме с раннего возраста. Кроме этого социально-психологическая помощь при детских поликлиниках заключается в реализации психокоррекционных и психодиагностических мероприятий. При необходимости психологи дошкольных, общеобразовательных учреждений и служб социально-психологической помощи должны направлять ребенка (с согласия родителей) за консультативной и лечебной помощью к детскому или

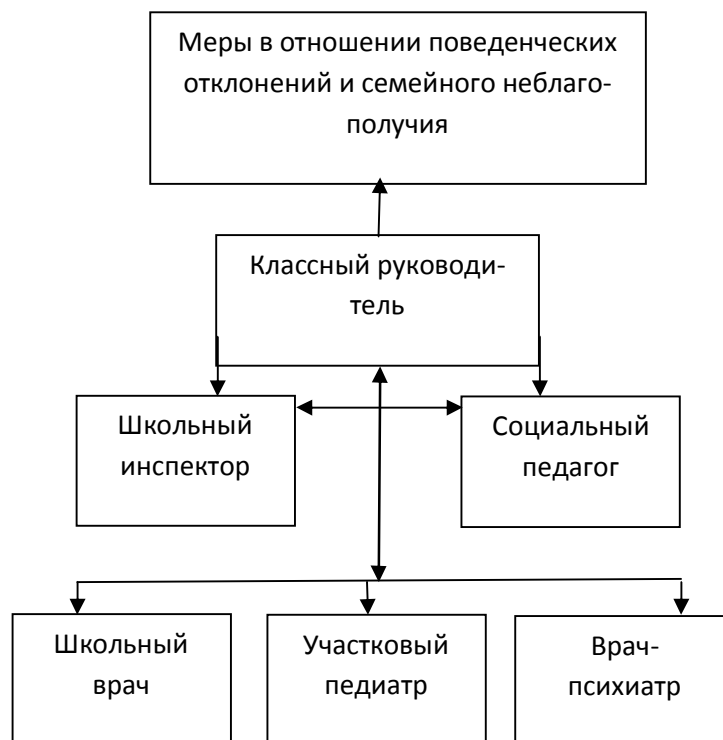
подростковому психиатру или психотерапевту для решения вопроса о состоянии его психического здоровья и необходимой коррекции.

Программа превентивно – профилактических мероприятий проводится еще с детского возраста, своевременным выявлением и сглаживанием эмоционально-неустойчивых симптомов.

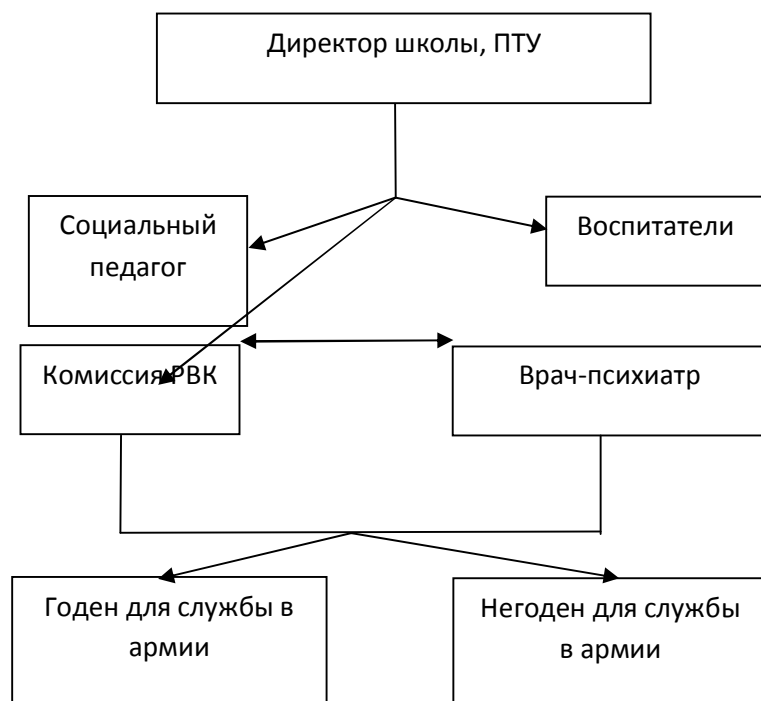
Первая программа «превентивно-профилактических мероприятий эмоционально-неустойчивых симптомов с раннего детского возраста».



В школьном возрасте превентивно-профилактические меры в отношении поведенческих отклонений реализуются следующим образом:



В призывном и допризывном возрасте комплексный подход в реализации поставленных задач по профилактике, превенции осуществляется в тесном взаимодействии школ, училищ и призывных комиссий. Наглядно это представлено в следующей схеме.



В результате работы представленной системы осуществляется усиления мер первичной профилактики, направленных на предупреждение действия неблагоприятных социальных факторов, способствующих развитию психических заболеваний, а также могут служить основой для формирования групп риска и проведения профилактических мероприятий в этих группах, т.е. осуществления мер вторичной профилактики.

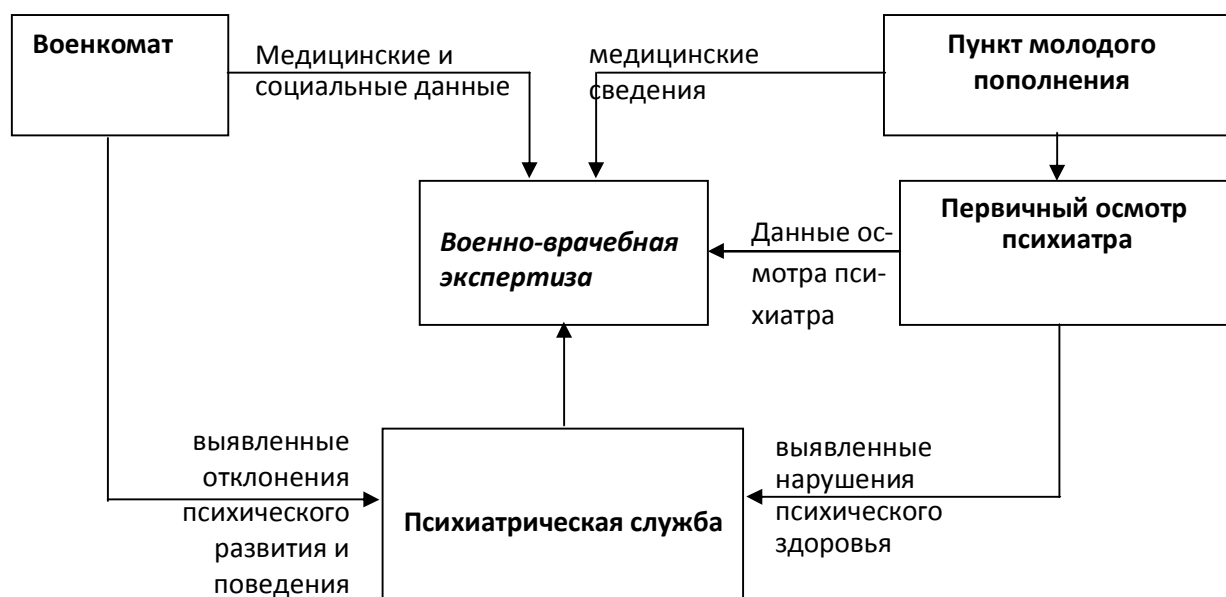
## **6.2. Лечебно-профилактические мероприятия в период первичной адаптации к условиям военной службы**

Адаптированность организма к новым условиям, зависит от резервов организма и личности. Адаптация военнослужащих срочной службы носит не только психологический, биологический, но и социальный характер. Военная служба по своим характеристикам выходит за пределы обыденного и рассматривается как разновидность деятельности в особых условиях. Ее специфика обусловлена профессиональной деятельностью военнослужащих (отказ от привычных стереотипов поведения, т.е. изменение привычного образа жизни, ограничение степени личной свободы, выполнение приказов и регламентированного распорядка дня, повышенные физические нагрузки). Поэтому период первичной адаптации к условиям службы нельзя оставлять без внимания, в плане разработки лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий (Фисун, А.Я., Шамрей, В.К., Костюк, Г.П., 2005).

По полученным данным большее количество декомпенсаций эмоционально-неустойчивого расстройства личности приходится именно на период от призыва до 6 месяцев (период первичной адаптации к

условиям военной службы) (Нурмагамбетова, С. А., 2003). Решение задач по психопрофилактике в этот период требует дифференцированного подхода с использованием психиатрического обследования сразу после прибытия на военную службу, и предполагает: изучение документации с результатами психиатрического обследования в пункте молодого пополнения; изучение данных о состоянии психического здоровья в допризывной период; динамический осмотр психиатром лиц с низкой нервно-психической устойчивостью, неблагоприятным анамнезом, признаками адаптационных психических расстройств; динамическое наблюдение за лицами, уже перенесшими легкие нервно-психические расстройства.

Методологически это осуществляется следующим образом:



Динамическое наблюдение лиц с донозологическими формами, выделение групп риска.

В данной схеме представлен не только психопрофилактический, но и превентивный подход, с целью оказания помощи уже в донозологическом периоде, а также своевременное направление на военно-врачебную психиатрическую экспертизу. Таким образом осуществля-

ется мониторинг психического здоровья военнослужащих в ходе их адаптации к службе, который предполагает повторные психопрофилактические обследования с частотой, позволяющей своевременно реагировать на преднозологические, начальные отклонения психического состояния военнослужащего.

### **6.3. Лечебно-профилактические мероприятия в период непосредственного несения военной службы**

Период деятельности военнослужащих при адаптации к военной службе характеризуется наличием значительных психоэмоциональных нагрузок, но он не является столь психотравмирующим, как период непосредственного несения военной службы и выполнения функциональных обязанностей в этих условиях (Чиж, И.М., Иванов, В.Н., Голов, Ю.С., Щегольков, А.М., 2000; Казенных, В.В., Куприянова, И.Е., Жаткин О.А., Ткач А.Ф., 2004).

Для изучения психического состояния больших контингентов военнослужащих с целью психопрофилактики, превенции, своевременного оказания лечебных мероприятий и направление на ВВК используется массовое психопрофилактическое обследование. С учетом профессиональной деятельности выявляются лица с высокой и низкой нервно психической устойчивостью. Это позволяет распределить весь контингент по уровню психического здоровья и выделить «группы риска». Однако такой подход при многолетнем наблюдении при психопрофилактических обследованиях в войсковых частях показал, что для этого требуется достаточно большая организационно-техническая база, работа, с которой затруднительна и не ведет к существенному снижению заболеваемости (Шелепов, А.М., Шамрей, В.К., Русанов, С. Н. 2005). Предлагается скрининговая многомерная система оценки состояния психического здоровья. Сущность предлагаемой методики со-

стоит в совмещении данных медицинской, военно-профессиональной и психосоциальной оценок. Для этого возможна разработка анкетно-тестовых методик упрощающий проведение психопрофилактических мероприятий у военнослужащих. Основным и главным преимуществом скрининговых тестовых методик, является высокая информативность наряду с простотой заполнения анкет.

#### **6.4. Лечебно-профилактические и реабилитационные мероприятия для проведения ВВК.**

Для проведения лечебно-реабилитационных мероприятий с военнослужащими, поступившими в отделение для проведения военно-врачебной экспертизы, мы исходили из схемы медико-психологической реабилитации в системе медицинского обеспечения Вооруженных сил РФ (Белинский А.В., 2000) и разработанной академиком В.Я. Семке (2005) стратегии преодоления кризисных ситуаций:

1. Диагностика (оценка состояния психического здоровья).
2. Организационное (экспертное) решение.
3. Кризисный, базисный и регрессионный режимы при проведении психофармакотерапии, психотерапии, реабилитации.

##### **Организация диагностики**

Диагностика эмоционально-неустойчивого расстройства личности и установление типа декомпенсации.

На психический статус военнослужащих, поступивших в военно-экспертное отделение дополнительно влияют еще несколько психогенных факторов:

- 1). Ожидание направления в психиатрический стационар (в случае совершения самовольного оставления части - «бега» и ожидания задержания сотрудниками военной прокуратуры или милиции). Более

того, 47 военнослужащих совершивших самовольное оставление части, в течение 6 мес. - 1,5 лет неоднократно обращались в военные комиссариаты с просьбой арестовать их, находились в постоянном ожидании для конкретизации возникшей ситуации, хотели определить свой дальнейший социальный статус. И для данного контингента военнослужащих госпитализация в психиатрический стационар носила не психогенный, а, напротив, саногенный характер. Клинически это проявлялось смягчением эмоционального напряжения, выработкой компенсаторного поведения. В случае, когда военнослужащие были направлены непосредственно из войсковой части с клиникой декомпенсации психического состояния, психогенное утяжеление состояния было связано с выработкой нового копинг-поведения, требующего от личности, «других условий - другого поведения». И в первом и во втором случае помимо, медикаментозного лечения, проводилась рациональная психотерапия, направленная на стабилизацию состояния, перенос мотивов поведения в более позитивное направление.

2). Установление контактов с другими подэкспертными военнослужащими. Как и в армейских условиях, при госпитализации в стационар, на военнослужащих с декомпенсацией эмоционально-неустойчивого расстройства личности на психический статус влиял и занятие определенной позиции среди других подэкспертных. При этом иногда возникали конфликтное поведение, реакции агрессии, необдуманные действия, исходящие из доминирующего настроения. Эти данные давали дополнительные сведения для правильной установки предварительного диагноза, реабилитационного потенциала для отдельно взятого индивидуума.

3). Ожидание проведения военно-врачебной комиссии, ощущение неопределенности: «или домой, или обратно в армию».

Пребывание в психиатрическом стационаре особенно влияло на психическое состояние военнослужащих, находящихся под следствием. В случае заключения: «здоров, годен» предстояло привлечение к судебной ответственности и направление в дисциплинарный батальон на неопределенный срок.

4). Проведение экспертизы и вынесение экспертного решения.

5). Выписка из стационара и выработка нового стиля поведения в гражданских условиях, ограничения в профессиональном и трудовом статусе в связи с установленным диагнозом (статья в военном билете).

Диагностика у обследованных военнослужащих проводилась и прослеживалась с учетом всех перечисленных факторов. Экспертное решение выносилось на основании расписания болезней и ТДТ (приложение к Положению о военно-врачебной экспертизе, утвержденном Постановлением Правительства Российской Федерации от 25.02.2003 г. №123) – статьи 18 «Расстройства личности».

Как уже указано выше: Для осуществления лечебно-реабилитационных мероприятий мы использовали схему предложенную В.Я. Семке (2005) по режимам наблюдения и реабилитации в пограничной психиатрии (кризисный, базисный, регредиентный) в соответствии с вариантом декомпенсации.

В кризисном режиме (периоде) значение имело назначение психофармакологических препаратов. Однако это не стандарт. У 17 чел. (15,7%) после оценки их состояния не потребовалось назначения психотропных препаратов. Проведена рациональная психотерапия с разъяснением сложившейся ситуации и было достигнуто устойчивое понимание установки на адаптивное, положительное поведение на

будущее. В остальных случаях (91 чел. (84,3%)) назначалась комплексная терапия, включающая в себя медикаментозные средства.

**Фармакотерапия в «кризисный период» у военнослужащих с декомпенсацией эмоционально неустойчивого расстройства личности.**

| <b>Ведущий синдром</b>             | <b>фармакотерапия</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Эксплозивно - дисфорический</b> | <p><b>Неулептил –до 30 мг. в сутки</b><br/> <b>Клопиксол - Акуфаз – 50 мг. в/м при купировании состояний дисфорического негодования.</b><br/> <b>Клопиксол - депо 200 мг. в/м 1 раз в 2 недели, в случае отказа пациента от перорального приема нейролептиков</b><br/> <b>Витаминотерапия</b><br/> <b>От сопутствующей патологии назначалась терапия с другими врачами-специалистами.</b></p> |
| <b>Аффективно - неустойчивый</b>   | <p><b>Неулептил –до 30 мг. в сутки</b><br/> <b>Сонапакс - до 75 мг. в сутки</b><br/> <b>Клопиксол - депо 200 мг. в/м 1 раз в 2 недели</b><br/> <b>Карбомазепин - 300 мг. 2 р.д., как нормотимик.</b><br/> <b>Витаминотерапия</b><br/> <b>В зависимости от сопутствующей патологии назначалась терапия с другими врачами-специалистами.</b></p>                                                |
| <b>Субдепрессивный</b>             | <p><b>Феварин – 100 мг. в сутки</b><br/> <b>Ноотропил-10 мл в/в с последующем переходом на пероральный прием.</b><br/> <b>Витаминотерапия</b><br/> <b>6. В зависимости от сопутствующей патологии назначалась терапия с другими врачами-специалистами.</b></p>                                                                                                                                |

В последующем, в «базисный период», при стабилизации состояния, адаптации к условиям стационара дозы препаратов снижались

или отменялись. В этом случае происходило «корректное сочетание психофармакотерапии и психотерапии» (Аксенов, М.М., 1999).

После проведения экспертизы и вынесения экспертного решения, состояние некоторых обследованных на короткое время ухудшалось и требовало коррекционных мероприятий. Оно было связано с тем, что снимались подавляемые длительное время эмоции и запреты, связанные с армией и это вновь сопровождалось грубым нарушением поведения «так как возвращения в армию не будет». Оценивая психический статус больных в этот период можно приблизительно представить его поведение за пределами стационара, где нет режимных условий, и выстраивать дальнейший ход превентивных мероприятий с целью предотвращения повторных декомпенсаций.

В «регрессионный» период кроме работы с больным осуществлялась работа с семьей. Психологическая и социальная поддержка семьи проводилась разъяснением и рекомендациями по поводу дальнейшего лечения и наблюдения больного. Совместно с родителями обсуждались возможные варианты трудоустройства, исходя из ограничений, предусмотренных установлением диагноза «расстройство личности». Работа с семьей создает предпосылки для включения механизмов адаптирующего социального поведения личности. Близкие люди – родители, ближайшее окружение – составляют основную социальную среду психологической реабилитации военнослужащих комиссованных из армии с психической патологией (Нечипоренко, В.В., 1990; Baronet, A.M., Gerber, G.R., 1998; McQuiston, H.L., Goisman, R., Tennison, C., 2000.).

Оценка эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий:

а) эксплозивно - дисфорического вариант декомпенсации: 42,5% - «С»  
– неустойчивая компенсация с частичным восстановлением социаль-

ной адаптации. «D» – 27,5% – незначительное ослабления эмоционально-волевых нарушений. «B» – компенсация с необходимостью поддержания социального гомеостаза – 20 %; б) аффективно - неустойчивый вариант декомпенсации 39,1% - «D», «C» – в 34,9% «O» – 4 чел. (8,7%); в) субдепрессивный вариант декомпенсации: «B» компенсация - 40,9%. «C» – 59,1%. - неустойчивая компенсация.

Отсутствие целевой программы комплексной реабилитации лиц уволенных из армии в связи с психическими расстройствами осложняет организацию системы реабилитации данной категории граждан на местах (Гзирян В.С, Куликов В.В., Красников В.Н., 2005). В настоящее время существует необходимость создания программ по психологической адаптации и реабилитации уволенных военнослужащих с эмоционально-неустойчивым расстройством личности.

После выписки из больницы эмоционально - неустойчивые аномальные личности сталкиваются с конкретным спектром психогений:

- отсутствием социальных связей;
- восприятие ими того, что время проведенное в армии было «напрасно»;
- в семейном окружении - отсутствие поддержки со стороны семьи;
- негативное отношение к себе – «не смог отслужить и стало быть психически не здоров».

Социально-реабилитационная программа с бывшими военнослужащими должна начинаться, как можно раньше и учитывать следующие обстоятельства:

- Отношение к комиссованному из армии как к человеку нуждающемуся, в социальной реабилитации.

-Психологическое консультирование родителей для создания благоприятной микросоциальной атмосферы, куда возвращается военнослужащий.

- Организация и контроль за воспитанием социальной активности и адаптации в системе ценностей социума.

Таким образом, для бывших военнослужащих условия гражданской жизни могут содержать психогенные моменты, которые являются декомпенсирующими факторами при неустойчивости эмоционально-волевых установок.

Программа для бывших военнослужащих включала психотерапевтическую адаптацию пациента на уровне микросоциума - работа с родительской семьей – разъяснение случившегося, рекомендации возможной поддержки для укрепления уверенности, самовоспитания, личной дисциплины, помощь в трудоустройстве.

Оценка эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий:  
 а) эксплозивно - дисфорического вариант декомпенсации: 42,5% - «С» – неустойчивая компенсация с частичным восстановлением социальной адаптации. «D» – 27,5% – незначительное ослабления эмоционально-волевых нарушений. «В» – компенсация с необходимостью поддержания социального гомеостаза –20 %; б) аффективно - неустойчивый вариант декомпенсации 39,1% - «D», «С» – в 34,9% «О» – 4 чел. (8,7%); в) субдепрессивный вариант декомпенсации: «В» компенсация - 40,9%. «С» – 59,1%. - неустойчивая компенсация.

Для оптимизации деятельности и эффективности работы психиатров военкоматов, военных психиатров (для более раннего направления на военно-врачебную экспертизу), психиатров проводящих военно-врачебную психиатрическую экспертизу разработан алгоритм по раннему выявлению лиц с эмоционально неустойчивым личностным

расстройством. Основными составляющими, которого являются: углубленного изучения индивидуально-психологических особенностей, микросоциального окружения, условий воспитания, характера эмоционального реагирования, наличие до призыва элементов отклоняющегося поведения, оценка способности к адаптации и установлению адекватных межличностных отношений, выявление недостаточности саногенетических механизмов до призыва в армию. Наряду с клинико-психопатологическим и клинико-динамическим методами предложены анкетно-тестовые методики, основанные на интеграции данных медицинской, военно-профессиональной и психосоциальной оценок. В каждом конкретном случае решение вопроса о вынесении категории годности к военной службе будет носить строго дифференцированный, индивидуальный подход, исключая расширенное толкование эмоционально неустойчивого расстройства личности.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Учение о личностной патологии является одним из наиболее ответственных разделов малой психиатрии (Гиндикин В.Я., 1997). Разнообразие клинических проявлений и течения расстройств личности, отсутствие четких, общепринятых критериев и дефиниций, промежуточное их положение, создают существенные трудности для изучения данного вида пограничных психических расстройств (Диденко А.В., Аксенов М.М., 2010; Timothy W. et al., 2012).

Данный аспект в психиатрической литературе разработан недостаточно, несмотря на большое число исследований, выполненных в области аномалий личности в «обычных», «естественных» социальных условиях (Семке А.В., Шадрин В.Н., 2012; Малеванец Е.В., с соавт., 2013; Stephanie Booth-Kewley et al., 2013). Количество исследований, посвященных изучению динамики расстройств личности в «отличающихся», «искусственных» обстоятельствах, какими являются мирные условия срочной службы, весьма ограничены и в большей степени относятся к советскому периоду, чем к настоящему времени (Ушаков И.Б., 2013; Harriet J Forbes et al., 2012)

Данные о частоте расстройств личности по разным источникам существенно расходятся. Это обстоятельство, с одной стороны, объясняется некоторыми методологическими трудностями, прежде всего отсутствием единства взглядов на сущность и критерии отграничения рассматриваемой психической патологии. На неоднозначность клинико-диагностических оценок влияют различия в подходах и выборе инструмента исследований (Benjamin M. Rottman et al., 2011; Павличенко, А.В., Денисенко, М.М., Читлова, В.В., 2013). Доля расстройств личности в населении, в зависимости от критериев диагностики, оценивается от 5% до 15% (Александровский Ю.А., 2010; Michael J. Zvolensky

et al., 2011). При рассмотрении частоты отдельных вариантов расстройств личности, эмоционально неустойчивое расстройство личности имеет самые высокие показатели (Аведисова А.С., Филашихин В.В., 2010; Pratap Sharan, 2010; Jenessa Sprague et al., 2012; Кудрявцев И.А., 2013; Макушкин Е.В., Демчева Н.К., Творогова Н.А., 2014). В своем исследовании И.Ф. Обросов (2004) показал, что среди расстройств личности преобладают эмоционально неустойчивые личности с чертами импульсивности, возбудимости, диссоциальности. Выявляется наибольшая частота эмоционально-неустойчивых расстройств личности как среди подросткового, так и среди взрослого населения. При изучении подросткового контингента приводятся данные, что из всех расстройств личности у взрослого населения - 38,3% составляют эмоционально неустойчивое расстройство личности (Обросов И.Ф., 2012).

Расстройства личности по-прежнему являются основной причиной увольнения из армии, а эмоционально неустойчивое расстройство личности является преобладающим. Для обоснованного описания современного состояния данного вопроса у военнослужащих срочной службы уместно процитировать исследователей, занимающихся вопросами военной психиатрии в настоящее время: «Особый интерес в научном и практическом плане представляют данные о том, что до призыва на военную службу подавляющее большинство уволенных лиц своим поведением не давали повода для обращения за психиатрической помощью» (Шамрей, В.К., с соавт., 2010).

Ухудшение общественного психического здоровья, влияет на ухудшение состояния контингентов проходящих военную службу по призыву. Среди причин обуславливающих негодность к военной службе доминируют психические расстройства и у военнослужащих и у

призывников (Лыткин, В.М., Нечипоренко, В.В., 2014). Первичное выявление этой патологии зачастую происходит при проведении военно-психиатрической экспертизы. Отмечается увеличение распространенности расстройств личности в общей популяции: 74,4 -127,7 случая на 100 тыс. Имеются сведения, что расстройства личности диагностированы более чем у 50% призывников, признанных ограниченно годными к военной службе в связи с психическими расстройствами. Так, при проведении военно-психиатрической экспертизы лиц, имеющих в анамнезе аутоагрессивное поведение, выяснилось, что расстройства личности составляют 75%, большинство которых составляют эмоционально – неустойчивые личностные аномалии (Бухаров, В.Г., Семин, И.Р., 2012)

Среди причин, обусловивших комиссацию военнослужащих из рядов ВС РФ, доминируют психические расстройства – 22,4 %; Число лиц комиссованных из армии в связи с психическими расстройствами за последние годы увеличилось на 14,2 % (Русанов, С.Н., 2009). Расстройства личности и они составляют 50,2 %. За последнее время доля расстройств личности в структуре психических расстройств у военнослужащих срочной службы увеличилась с 36,6% до 45,5%, и за последние годы неуклонно растет, при этом в структуре личностной патологии ведущее место занимает эмоционально неустойчивое расстройство личности (Куликов В.В., 2009).

Постановка этого вопроса в России в мирное настоящее время, в армейских условиях является острой медицинской, экономической, социальной и политической проблемой (элемент национальной безопасности). Факторы срочной службы и специфические условия в армии современной России в некоторых моментах могут иметь экстремальный характер, несмотря на продолжающуюся реформу в Воору-

женных силах РФ (Семухин А.Н. с соавт., 2014). Положение в ВС США по достоверным статистическим данным Национального Военно-морского Медицинского Центра США о состоянии психического здоровья в армии, свидетельствуют о необходимости исследований в этой области (Timothy, W. et al., 2012). В условиях «развитой демократии» выявление лиц с расстройством личности вызывает сложности и определенное количество лиц с данной патологией продолжают служить (Nagy, A., et al. 2013). Как подчеркивают ряд американских исследователей, данная проблема является не только медицинской, но и экономической т.к. психиатрическое обслуживание данного контингента лиц весьма дорогостоящее (Andrew E. Skodolet et al., 2011). Ранняя диагностика и соответственно своевременные превентивные мероприятия в этих вопросах выгодны для общества и уменьшают затраты здравоохранения (Белоусов Ю.Б, Александровский Ю.А., Белоусов Д.Ю., 2009; Sally C Johnson, Eric, B. Elbogen, 2013).

Частая встречаемость эмоционально-неустойчивого расстройства личности у военнослужащих срочной службы обуславливает актуальность исследования в этой области, как одну из задач совершенствования психопрофилактических мероприятий, т.к. последствия полученных в армии расстройств отражаются на всем функционировании индивидуума и в целом определяют его дальнейшую жизнь (Рупперт Ф., 2012).

Работа проводилась на протяжении 2005-2013 гг. в ГКУЗ КО Кемеровской областной клинической психиатрической больницы (главный врач, к.м.н. В.А. Сорокина), в отделении где проводится военно-врачебная психиатрическая экспертиза военнослужащим по призыву и призывникам, за период с 2005 по 2013 г.г.

Исследование проводилось нами в два этапа: первый - обследование всех поступивших призывников 1754 чел. и военнослужащих – 373 чел., с целью определения нозологической структуры и выявления распространенности эмоционально неустойчивого расстройства личности.

На втором этапе проведено сравнительное исследование двух контингентов лиц с эмоционально неустойчивым личностным расстройством, импульсивный тип: военнослужащие по призыву (основная группа) и призывники (группа сравнения).

Основная группа: 108 военнослужащих по призыву, направленных из войсковых частей с предварительным диагнозом «Расстройство личности эмоционально неустойчивое», на военно-врачебной психиатрической экспертизе был установлен диагноз: «Расстройство личности эмоционально неустойчивое, импульсивный тип» - F-60.30. Свидетельство о болезни данных военнослужащих были направлены в центральную военно-врачебную комиссию РФ при МО РФ, где диагноз «Расстройство личности эмоционально неустойчивое, импульсивный тип» F-60.30 был утвержден.

Группа сравнения: 144 призывника поступившие в отделение по направлению военкомата, где коллегиально на военно-врачебной психиатрической экспертизе установлен диагноз «Расстройство личности эмоционально неустойчивое импульсивный тип». F-60.30 Диагноз подтвержден областным военкоматом.

Средний возраст 108 военнослужащих  $19,3 \pm 1,3$  лет. Средний возраст 144 призывников  $18,8 \pm 1,5$  лет. Катамнез  $2,5 \pm 3,5$  года.

Критериями включения военнослужащих и призывников в исследование были: соответствие у них анамнестических данных, клинических, клинико-динамических проявлений картине эмоционально-

неустойчивого расстройства личности, импульсивный тип согласно клинико-диагностическим критериям F-60.30 по МКБ - 10 Наличие информированного согласия на исследование.

Критериями исключения: F 0 - органические психические расстройства, F1 зависимость о психоактивных веществ, F2 шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства, F3 аффективные расстройства, F4 невротические и соматоформные расстройства F 60.1; F 60.2; F 60.31; F 60.4; F 60.5; F 60.6; F 60.7; F 60.8; F 60.9 - расстройства личности с другой клинической картиной, F-7 умственная отсталость лица, не страдающие психическими заболеваниями.

В соответствии с целями и задачами исследования использовались следующие методологические основы: клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-катамнестический, экспериментально-психологический, статистический.

Для выделения отдельных групп психогений мы базировались на систематику предложенную В.Я. Семке, 2003 г., производя интерпретацию в соответствии с условиями службы в армии, которая уже сама по себе является для некоторых личностей психогенией. При сравнении по «критическим периодам» для наступления декомпенсации расстройств личности использовались исследования В.Я. Гиндикина (1999; 2000; 2001). При анализе декомпенсаций у военнослужащих использована типологию декомпенсаций предложенная А.С. Брюховетским (1990). Исходя из специфики срочной службы в армии выделяют три основных клинических типа декомпенсаций: 1. Аффективный тип: а) эксплозивно-дисфорический б) аффективно-неустойчивый в) субдепрессивный. 2. Невротический тип: а) астенический б) обсессивно-фобический в) ипохондрический г) истеро-невротический. 3. Ано-

мально-личностный тип (Куликов В.В., Шостакович Б.В., Литвинцев С.В., 1999). По продолжительности службы в армии ко времени наступления декомпенсации состояния все обследуемые основной группы были разделены на четыре подгруппы (по периодам службы): 1) период (от призыва до 6 месяцев); 2) период (от 7 до 12 месяцев); 3) период (от 12 до 18 месяцев); 4) период (от 19 месяцев до демобилизации). Такое распределение в соответствии с временными периодами выбрано не случайно, т.к. по периодам уровень психической травматизации не одинаков и не однозначен (Нурмагамбетова С.А., 2003, Sampson B., 2006.) Для оценки эффективности терапии и проводимых реабилитационных мероприятий использовалась «Шкала оценки эффективности терапии больных с пограничными состояниями» (Семке В.Я., 1988). Для работы, была использована «Базисная карта» (приложение), созданная на основе «Базисной карты стандартизированного описания пробанда и родственника», разработанной научными сотрудниками отделения пограничных состояний ФГБУ "НИИПЗ" СО РАМН. Форма информированного согласия и форма информационного листка испытуемого. Кроме того использовалась военная медицинская документация; сведения полученные от родителей; характеристики с места учебы, работы, военной службы.

Наибольшее количество военнослужащих по призыву (44,8%), в свое время призванных в армию, а затем признанных не годными или ограниченно годными к военной службе, относится к категории лиц, признанных страдающими «Расстройством зрелой личности и поведения у взрослых» (F6), с статистически значимым преобладанием над другими нозологиями ( $p < 0,001$ ). Полученные данные в целом соответствуют общероссийским показателям. 64,8% лиц страдали эмо-

ционально неустойчивым расстройством личности, импульсивный тип ( $p < 0,001$ )

Из 1754 призывников, освидетельствованных отделенческой военно-врачебной комиссией, расстройства зрелой личности и поведения у взрослых установлены у 267 призывников (15,2%) из них 54,0 % эмоционально неустойчивое расстройство личности ( $p < 0,001$ ).

Образовательный уровень в основной группе оказался несколько выше – 9, 11 классов и ПТУ окончили 84,3% военнослужащих. В группе сравнения этот процент ниже и равняется 70,1%. И в качественном отношении образование военнослужащих выше - 60 чел. (55,6%) окончили 11 классов и ПТУ. У призывников этот процент равен 24,3%. Кроме того, 25,0% призывников (36 чел.) имеют крайне низкое образование.

Обследованные основной группы были более адаптированными к трудовой деятельности: до призыва в армию 69 чел. (63,9%) работали, из них 21 чел. (19,5%) выполняли квалифицированную работу по приобретенной специальности. Количество работающих призывников, равнялось 65 чел. (45,1%), из которых работали на квалифицированных работах – 16 (11,1%). До призыва в армию нигде не работали и находились на иждивении родственников - 39 (36,1%) военнослужащих из основной группы и 79 призывников (54,86%) из группы сравнения.

Нами изучались конституционально-генетические, микросоциальные, экзогенно-органические факторы формирования эмоционально-неустойчивого расстройства личности.

По полученным результатам более высокая наследственная отягощенность отмечена в группе призывников, чем в группе военнослужащих. Не имели отягощенности психическими заболеваниями 55 (50,93%) и 51 (35,42%) обследуемых основной и группы сравнения со-

ответственно, и по этому показателю статистических различаются ( $p < 0,01$ ). 6 чел. (5,6%) родителей военнослужащих и 16 чел. (11,1%) призывников страдали психическими расстройствами, по поводу которых лечились в психиатрическом стационаре (шизофренией). Психические расстройства среди родителей и ближайших родственников выше. Однако при статистической обработке достоверно не отличаются ( $p < 0,05$ ). Процент отягощенности алкоголизмом у призывников (25,0%) достоверно выше, чем у военнослужащих (15,7%) – ( $p < 0,01$ ). Около трети обследованных 30 чел. (27,8%) военнослужащих и 41 чел. (28,5%) призывников воспитывались в среде родственников с явными антисоциальными тенденциями с совершением правонарушений, привлечением к уголовной и административной ответственности, конфликтным и агрессивным поведением.

Изучение нами преморбидной структуры личности у обследованных с эмоционально - неустойчивым расстройством личности показало наличие двух складов характера: акцентуированного и препсихопатического.

У 69 чел. (63,9%) военнослужащих и 65 чел. (45,1%) призывников преморбидный склад личности расценен как акцентуированный или «нормально – дискордантный», как своеобразный вариант нормы. Препсихопатия, как начальная стадия развития расстройства личности, при которой еще отсутствует тотальность патологических черт, но уже есть явные признаки социальной дезадаптации, отмечена у 39 чел. (36,1%) военнослужащих и 79 чел. (54,9%) призывников. Таким образом, у обследованных основной группы доминировал акцентуированный психологический преморбид, а у группы сравнения препсихопатический преморбид, как этап в развитии расстройства личности.

Это подтверждается статистически, показатели достоверно различаются ( $p < 0,01$ ).

Как у пациентов основной группы, так и среди призывников преобладающими чертами в их характерах являются неустойчивый тип (50,0% и 47,9% соответственно), возбудимый тип (20,4% и 26,4%), а так же эпилептоидный тип (15,7% и 16,6%) и истерический тип 8,3% и 4,9%). Сравнение доминирующих черт характера не выявило статистических различий в группах ( $p < 0,05$ ).

При изучении влияния микросоциальных факторов выявлено, что около половины 51 чел. (47,2%) обследованных основной группы воспитывались в полных семьях, что способствовало выработке определенных вторичных механизмов адаптации в обычных социальных условиях, в отличие от призывников, у которых характер семьи был гармоничным только у 45 чел. (31,2%), показатели в группах статистически различаются ( $p < 0,01$ ). Воспитывались в искаженной или деформированной семье с наличием отчима 11 чел. (10,2%) военнослужащих и 13 чел. (9,0%) призывников. Воспитывались в неполных семьях одним родителем (матерью) 22 чел. (20,4%) и 43 чел. (29,9%) военнослужащих и призывников. Из полученных данных видно, что 15 чел. (13,9%) и 9 чел. (8,3) обследованных военнослужащих воспитывались вне семьи, у родственников и государственных учреждениях 24 призывника (16,7%) воспитывались у родственников и 19 чел. в государственных учреждениях (13,2%). При исследовании условий воспитания обследуемых выявлено, что 12 чел. (11,1%) военнослужащих с эмоционально-неустойчивым расстройством личности воспитывались в нормальных условиях, что способствовало выработке вторичных компенсаторных механизмов по сравнению с призывниками - 2 чел. (1,4%), показатели статистически различаются ( $p < 0,01$ ). Соответственно 96 во-

еннослужащих (88,9%) и 142 призывника (98,6%) воспитывались в условиях неправильного воспитания: 30 военнослужащих (27,8%) и 49 призывников (34,0%) воспитывались в условиях жестких взаимоотношений между членами семьи.

Полученные нами данные о 30 военнослужащих (27,8%) и 41 призывников (28,5%), свидетельствуют об определенном биологическом фоне у этих пациентов. При исследовании органической недостаточности показатели в обеих группах статистически не отличаются ( $p < 0,05$ ).

51 чел. (47,22%) обследованных основной группы воспитывались в полных семьях. У этих молодых людей не полностью сформировавшиеся патологические черты (препсихопатические) приходились на время, до призыва в армию и компенсировались в условиях «благополучной» полной семьи. В армейских условиях на этапе структурирования их поведение приобретало все более дисгармоничный характер, распространяясь на многие режимные ситуации. Социальный статус семьи был гармоничным только у 45 чел. (31,2%). В искаженной или деформированной семье с наличием отчима воспитывались 9 чел. (8,3%) военнослужащих и 13 чел. (9,0%) призывников. Воспитание отчимом в большинстве случаев носило неправильный характер, достигающее до крайних степеней жестокого обращения или, напротив, до чрезмерной опеки и покровительства. В неполных семьях одним родителем воспитывались (матерью) 22 чел. (20,4%) и 43 чел. (29,9%) военнослужащих и призывников. 15 чел. (13,9%) и 9 чел. (8,3) обследованных военнослужащих воспитывались вне семьи, у родственников и государственных учреждениях 24 призывника (16,7%) воспитывались у родственников и 19 чел. в государственных учреждениях (13,2%). При исследовании условий воспитания обследуемых выявлено, что 12

чел. (11,1%) военнослужащих с эмоционально неустойчивым расстройством личности воспитывались в нормальных условиях, что способствовало выработке вторичных компенсаторных механизмов по сравнению с призывниками - 2 чел. (1,4%), показатели статистически различаются ( $p < 0,01$ ). Соответственно 96 военнослужащих (88,9%) и 142 призывника (98,6%) воспитывались в условиях неправильного воспитания: 30 военнослужащих (27,8%) и 49 призывников (34,0%) воспитывались в условиях жестких взаимоотношений между членами семьи.

Полученные нами данные о 30 военнослужащих (27,8%) и 41 призывников (28,5%), свидетельствуют об определенном биологическом фоне у этих пациентов. При исследовании органической недостаточности показатели в обеих группах статистически не отличаются ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, эмоционально неустойчивое расстройство личности формируется под влиянием внешних воздействий в их взаимоотношении. Поэтому «разделение расстройств личности по одному из этиопатогенетических воздействий было бы по меньшей мере умозрительно» (Гиндикин В.Я., 1997).

При исследовании клинической динамики эмоционально неустойчивого расстройства личности с учетом этапности и периодов возрастных кризов выявлено следующее:

Полученные нами данные не отличаются от литературных и совпадают с данными В.Я. Гиндикина (1973) при изучении сравнительно-возрастного аспекта синдромальной динамики психопатии, и приходятся на «критические периоды» (3-4; 7-8; 13-14; 18-20).

Как видно из данных таблицы 14 при обследовании призывников с эмоционально-неустойчивым расстройством личности возникнове-

ние нарушения адаптации в кризовом возрасте в возрасте до 11 лет выявлено в 3 (2,1%) случаев. В возрасте 12 лет впервые проявления формирующегося расстройства личности обнаружены у 14 чел. (9,7%) призывников с эмоционально-неустойчивым расстройством личности. В 13 и 14 лет количество лиц с проявлениями формирующейся психопатии составило – 39 (27,1%) и 24 (16,7%) соответственно.

Возрастной период на который выпало наибольшее количество декомпенсаций – 13-14 лет, приходится на один из «критических периодов» по В.Я. Гиндикину. Возраст 18-20 лет является вторым по частоте обострения эмоционально-волевых нарушений у призывников, выявленных впервые – 31 чел. (21,5%).

Показателями социальной дезадаптации у призывников с эмоционально-неустойчивым расстройством личности являются поведенческие аномалии подростков в учебных учреждениях, трудовой и профессиональной деятельности.

что 76 чел. (52,8%) обследованных были относительно адаптированными - закончили учебное заведение. Однако полученное ими образование часто не соответствовало необходимым требованиям.

Нарушение адаптации уже в школьном коллективе было у 36 чел. (25,0%) призывников. Поступление после школы в другое образовательное учреждение с изменением требований и жизненного стереотипа является копинг – стратегией и одной из ситуационных фасадных психогений, вполне могущие обусловить декомпенсацию (Семке В.Я., 2003). Были отчислены из училища 23 чел. (16,0%), из колледжа 9 чел. (6,2%). 76 чел. (52,7%) обследованных группы сравнения были относительно адаптированными - закончили учебное заведение. Однако полученное ими образование часто не соответствовало необходимым требованиям. Нарушение адаптации уже в школьном коллективе бы-

ло у 36 чел. (25%) призывников, которые были отчислены из школы. Были отчислены из училища 23 чел. (16,0%), из колледжа 9 чел. (6,3%). В большинстве случаев призывники с эмоционально-неустойчивыми нарушениями были отчислены с первых курсов, что подчеркивает низкий адаптационный потенциал, низкий потолок приспособления к новым условиям.

При анализе профессиональной и трудовой деятельности обследованных группы сравнения установлено, что 49 чел. (34,0%) были заняты неквалифицированным трудом; ограничивались случайными заработками. Квалифицированно по приобретенной специальности работали только 16 чел. (11,1%). Среди призывников отмечается тенденция к откровенно иждивенческому образу жизни за счет средств родственников - 79 чел. (54,9%) обследованных ни где не работали, не учились. Клинически в зависимости от ведущего, стержневого симптомокомплекса у призывников нами выделен аффективный тип декомпенсаций: Клинически в зависимости от ведущего, стержневого симптомокомплекса, при исследовании, нами выделен аффективный вариант декомпенсаций: эксплозивно-дисфорический, аффективно-неустойчивый, субдепрессивный типы. Эксплозивно-дисфорический тип - характеризуется раздражительностью, повышенной возбудимостью, злобностью, несдержанностью аффекта конфликтностью - 79 чел. (54,86%) обследуемых; Аффективно-неустойчивый тип - характеризуется непостоянством и изменчивостью эмоций - 61 чел. (42,36%), в ситуациях, требующих постоянства аффекта и поведения. Субдепрессивный тип - это преобладание сниженного фона настроения, недовольство, расстройства сна - 4 чел. (2,78%) обследованных. Отмечено, что данный тип декомпенсаций не характерен для эмоционально-неустойчивого нарушения личности и может быть отнесен к

гетерономным декомпенсациям. При анализе психопатологических проявлений клиники каждого из вариантов декомпенсации рассматривались нарушения в трех сферах: нарушения эмоций, нарушения воли, нарушения мышления.

При изучении нами динамики эмоционально-неустойчивого расстройства личности, импульсивного типа в основной группе у военнослужащих по призыву, до призыва в армию, с учетом «кризовых» периодов по В.Я. Гиндикину выявлено следующее.

Анамнестически выявленные состояния декомпенсации эмоционально-неустойчивого расстройства личности у военнослужащих до призыва в армию в основном приходятся на возраст 14, 15, 16 лет и в 19, 20 лет. При сравнении с «критическими периодами» для наступления декомпенсации расстройств личности по В.Я. Гиндикину (1973) отмечается сдвиг в сторону более старшего возраста.

Наибольшее количество нарушений адаптации в кризовом возрасте приходится на возрастные периоды 14, 15, 16 лет. 12 (11,1%), 15 (13,9%), 19 (17,6%), соответственно и в возрасте 19,20 лет – 12 (11,1%), 15 (13,9%).

Ухудшение психического состояния у военнослужащих до призыва в армию проявлялось изменениями в социальном профиле обследованных. В частности это были систематические учебного процесса, отрицательное отношение к порядку и режиму в учреждениях, несерьезный подход и к трудовым и профессиональным обязанностям.

Как и у обследованных группы сравнения, в группе военнослужащих в период первых психопатических проявлений характеризовался нарушением социальной адаптации, однако по полученным данным было менее выражено.

У 7 (6,5%) обследованных военнослужащих эмоционально неустойчивые личностные расстройства проявлялись в школьные годы и были довольно выраженными. Как правило, из-за неподобающего поведения в школе, дезорганизующего других учеников, они были отчислены в 6-7 классе, к моменту наступления пубертата, в «кризовом возрасте». До отчисления из школы данные обсуждаемые обследованные уже сменили несколько школ, и все из-за неприемлемого поведения. 25 (23,1%) обследованных окончили основные 9 классов общеобразовательной школы и поступили в профессиональное училище. Однако, без контроля родственников, предоставленные сами себе, с первых месяцев обучения привычно нарушали дисциплину, беспричинно пропускали занятия, участвовали в конфликтах, драках, совершали мелкие правонарушения. В связи с чем их отчисляли уже с первых курсов. Отчислены также из колледжа (техникума) 19 чел. (17,6%) обследованных военнослужащих. Небольшая в группе обследуемых военнослужащих из 4 чел. (3,7%) обучались в высших учебных заведениях. Двое - в техническом ВУЗе, один в университете - на физическом факультете, один обследуемый являлся студентом медицинской академии. Их объединяет то, что они приехали учиться из других городов. Оказалось, что они были не подготовлены условиям повышенного требования в учебе, не смогли приспособиться к учебному процессу и новому коллективу, жизни в общежитии. Эти четверо в условиях «свободной» жизни в общежитии устраивали конфликтные ситуации, у них возоблодала склонность к алкоголизации совершению правонарушений. В последующем они были отчислены за грубое нарушение дисциплины в ВУЗе, академическую неуспеваемость. При этом ни один из обследованных не закончил и одного семестра.

Практически половина 53 (49,1%) обследованных военнослужащих с эмоционально неустойчивым расстройством личности отнесены к группе «относительно адаптированы».

Некоторые молодые люди были призваны на военную службу сразу же после окончания учебного заведения. Этим обстоятельством можно объяснить, что 26 чел. (24,1%) не работали. Неквалифицированный труд выполняли даже получившие, какую то специальность, и то трудоустраивались на временные работы 39 (36,1%). У тех, кто до призыва в армию были трудоустроены на квалифицированных работах - 43 чел. (39,8%) обследованных, в коллективах не складывались доверительные отношения вследствие их конфликтности и нарушения трудовой дисциплины.

Также как в группе обследованных призывников, в группе обследованных военнослужащих с эмоционально неустойчивым расстройством личности декомпенсации психического состояния и поведения проявлялись рядом обстоятельств.

До призыва в армию асоциальное поведение у военнослужащих с декомпенсацией эмоционально-неустойчивого расстройства личности наблюдалось у 44 чел. (40,7%). По содержанию это были с точки зрения морали и уголовного кодекса незначительные правонарушения и проступки, не достигающие степени преступления, наказуемого в судебном порядке – мелкое хулиганство, воровство. У части обследованных призыв в армию являлся выходом из сложившейся правовой ситуации - «или армия или статья УК РФ».

Социально-психологическая адаптация военнослужащих в условиях срочной службы в армии протекает неравномерно во времени. Её уровень меняется в зависимости от периода службы. Соответству-

ет разным по типу и выраженности психогениям (Нурмагамбетова С.А., 2003).

Исходя из этого, обследованные военнослужащие с декомпенсацией эмоционально-неустойчивого расстройства личности, были разделены на четыре подгруппы по продолжительности службы в армии к моменту наступления декомпенсации: I. (от призыва до 6 месяцев); II. (от 7 до 12 месяцев); III (от 12 до 18 месяцев); IV (от 19 месяцев до демобилизации).

У обследованных нами военнослужащих были выявлены «специфичные» типы психической травматизации вызывающих декомпенсацию для каждого периода службы.

Из приведенных в таблице 21 данных видно, что в первый период службы декомпенсации психического состояния выявлено у 33 лиц (30,6%) с эмоционально-неустойчивым расстройством личности. Они были вызваны самим фактором призыва в армию и связанным с этим обстоятельством коренной ломкой привычного микросоциального стереотипа их жизни – 17 военнослужащих. Перевод из части, где военнослужащий служил изначально, в другую часть – 6 человек. Как при призыве в армию, так и при переводе в другую часть, солдаты проходили различные варианты «посвящений»: проверку на выносливость, на невосприимчивость к боли - «пробивать лося», «пробивать грудь», «держат табуретку», «сушить крокодила», «соревнование черепах», «летучая мышь», «паучок». Разумеется, для эмоционально неустойчивых личностей с низкой фрустрационной толерантностью и аффективной несдержанностью, данные обстоятельства являлись приложением к «точке наименьшего сопротивления» и приводили к описанным выше поведенческим реакциям в рамках декомпенсации расстройства личности. Избиение и унижение со стороны сослуживцев в рамках

«посвящений» и вызванное этим декомпенсации поведения выявлены у 3 и 2 человек соответственно.

В период современной истории, когда в «обычных» условиях происходят постоянные межэтнические конфликты как в глобальном, так и на бытовом уровне, в жестких условиях армии эти конфликты еще более обостряются. Данный вид психической травматизации приобретает в настоящее время особую актуальность. Военнослужащие этнической группы, находящиеся в меньшинстве, постоянно подвергались унижениям, избиениям, их заставляли выполнять самую грязную работу. Для пяти военнослужащих с эмоционально-неустойчивым расстройством личности первого периода службы причиной декомпенсации был перевод в войсковую часть с преобладанием других этнических групп.

Больше всего декомпенсаций приходится на II период службы – 47 случаев (43,6%). Перевод из учебной роты, где служба проходила в коллективе сверстников, в часть с доминированием «старослужащих» являлась психогенией, вызвавшей декомпенсацию у 20 обследованных. Особенно это было значимо для военнослужащих достигших, определенных позиций среди иерархии сверстников в учебной роте.

В трех случаях значимой психотравмирующей ситуацией было не только перевод в другую войсковую часть, но и перевод в часть с преобладанием других этнических групп. В основном характерно «противостояние» двух этнических групп. Трое обследованных не входили не в одну из этнических групп и соответственно получали притеснение с двух сторон и это декомпенсировало их состояние. Унижение и избиение со стороны сослуживцев и вызванные этим обстоятельством декомпенсации психического состояния выявлены в 9 и 10 случаях соответственно. Во втором периоде службы для эмоционально-

неустойчивых личностей приобретает особое значение унижение и избиение со стороны командиров. Когда добившись благодаря своим сильным качествам определенного положения среди иерархии окружения, как не по не официальной градации, так и получение сержантского звания солдата с эмоционально-неустойчивыми чертами характера при своих «подчиненных» унижали командиры, это оказывало психотравмирующее влияние приводившее к декомпенсации эмоционально-волевого психического состояния и госпитализации в психиатрический стационар троих военнослужащих. В трех других случаях психотравмой, вызвавшей декомпенсацию состояния психического здоровья было, неблагоприятное известие из дома, несмотря на благополучную службу. В двух случаях военнослужащих «вывели из состояния уравновешенности» отказ девушки от дальнейшего общения, а в одном случае - смерть отца.

При непосредственном, определяющем, значении острых психогений, декомпенсирующих поведение у военнослужащих с эмоционально-неустойчивым расстройством личности в III и IV периоды службы, хронические психогении так же имели значение. Они обуславливаются условиями службы. Это прежде всего изначально включающиеся к функционированию индивидуума повышенные требования (длительное нахождение в режимных условиях с невозможностью выхода из ситуации, ограничения в удовлетворении актуальных для личности потребностей). В результате происходит срыв неустойчивых компенсаторных возможностей с дезорганизацией личности, поведенческих и диссоциальных расстройств. Таким образом наслаивающиеся хронические на острые психогении вызывают декомпенсацию личности у военнослужащего.

Для III периода службы психогениями были перевод в другую войсковую часть в шести случаях. Перевод в часть с преобладанием других этнических групп, как психотравмирующий фактор, вызвавший декомпенсацию выявлен в одном случае. Несмотря на достаточно продолжительный период службы и получение определенного статуса в иерархии сослуживцев, старослужащие третьего периода службы уже сами осуществляли дедовщину. У старослужащих, при сниженных критических возможностях, это доходило до антисоциальных и преступных форм поведения. Унижение и избиение сослуживцев было у пяти военнослужащих, проходивших военно-психиатрическую экспертизу, а за совершение самовольного оставления части были привлечены к уголовной ответственности четверо обследованных военнослужащих. За несоблюдение дисциплины и не подчинение двое военнослужащих подвергались избиению командирами. В одном случае декомпенсацию психического состояния военнослужащего, вызвало известие из дома неприятного содержания.

IV период службы характеризуется наименьшим количеством декомпенсаций поведения у эмоционально-неустойчивых личностей. Однако ощущение «служба заканчивается» приводило к более свободному поведению для некоторых военнослужащих и к несоблюдению воинской дисциплины, к конфликтным ситуациям с сослуживцами и дракам. На этой почве декомпенсационные поведенческие нарушения были у 3 и 2 обследованных военнослужащих IV периода службы.

Наиболее частым вариантом декомпенсации расстройства личности для военнослужащих I го периода службы был вариант по аффективно-неустойчивому типу 16 (48,5%). Под влиянием психогений происходило протестное поведение с нежеланием критического подхода к своим поступкам, подчиняясь собственным эмоциям. Совершение са-

мовольных оставлений территорий части, алкоголизация, наркотизация без учета последствий. По клинической картине субдепрессии у 10 чел. (30,3%) были реактивного характера с чувством ангедонии и «безысходности» с мыслями о невозможности изменить окружающую обстановку, с ностальгией об «окончании» привычных стереотипов жизни в гражданских условиях. У 7 чел. (21,2%) клиническая картина соответствовала эксплозивно - дисфорическому варианту декомпенсации эмоционально-неустойчивого расстройства личности. Во втором периоде службы соотношение аффективно-неустойчивого и эксплозивно - дисфорического варианта декомпенсации меняется. В 17 (36,2%) случаях клиническая картина декомпенсации соответствовала эксплозивно - дисфорическому синдрому. В ответ на психогении у обследованных солдат возникали агрессивные реакции, направленные против личности сослуживцев и командиров, без учета последствий. В таких случаях у них не срабатывает механизм психологической защиты предвидения последствий своих поступков. У половины 24 (51,1%) обследованных военнослужащих II периода службы вариант декомпенсации носил аффективно-неустойчивый тип. Состояние характеризовалось силой и неустойчивостью эмоций, что определяло импульсивный характер их поведения. К субдепрессивному типу декомпенсации отнесено ухудшение состояния у 6 (12,7%) обследованных военнослужащих второго периода службы и характеризовалось тревожно-подавленным настроением, аутоагрессивным поведением.

Третий период службы – 19 (17,59%) определялся большим значением хронических психогений, на фоне которых происходил срыв адаптации при острых психотравмирующих ситуациях. Приобретая определенный статус и опыт службы в армии, военнослужащие с эмоционально-неустойчивым расстройством личности, при снижении

контроля командиров становились менее дисциплинированными склонными к конфликтному, агрессивному поведению. По вариантам декомпенсации в большей степени эксплозивно – дисфорический – 11 чел. (57,9%); аффективно–неустойчивый – 5 (26,3%); субдепрессивный – 3 (15,7%). На IV период службы приходится всего 9 человек. Варианты декомпенсации - эксплозивно – дисфорический – 5 чел. (55,6%); аффективно–неустойчивый – 1 (11,1%); субдепрессивный – 3 (33,3%).

В главе шестой изложены реабилитационные и лечебно-профилактические мероприятия. Реабилитационные мероприятия должны быть направлены на достижение максимально возможной психической и социальной полноценности. Для этого необходим интегративный подход с использованием медицинских, социально - экономических, профессиональных, физических, психологических мероприятий. При этом предварительный диагноз при таком подходе может быть выставлен еще в допризывном периоде и соответственно осуществляться превенция дальнейших негативных последствий (Черняк, Н.Б., 2006).

Реализация поставленных задач должна происходить для призывного контингента на ранних этапах формирования расстройства личности. В частности, службой социально-психологической помощи при детских поликлиниках, психологической службой дошкольных и образовательных учреждений (педагог-психолог). Возникает необходимость ведения карт психологического обследования и коррекции психологической службы образовательных учреждений, где отражаются состояние познавательной и эмоционально-волевой сфер, а также тех психокоррекционных мероприятий, которые проводятся в случае необходимости.

Социально-психологическая помощь при детских поликлиниках для реализации психокоррекционных и психодиагностических мероприятий осуществляется, с направлением за консультативной и лечебной помощью к детскому или подростковому психиатру или психотерапевту для решения вопроса о состоянии его психического здоровья и необходимой превентивно-профилактической помощи, своевременным выявлением и сглаживанием эмоционально-неустойчивых симптомов. Разработано пять программ лечебно-реабилитационных мероприятий.

1. Первая программа реализуется в призывном и в допризывном возрасте. Основой для превентивных и реабилитационных мероприятий на этапе призыва в армию является комплексный подход и совершенствование диагностики преппсихопатических состояний и психопатий. В большинстве случаев призыв на военную службу лиц с формирующимся расстройством личности происходит вследствие недостатка информации и интегративного подхода к решению вопроса о категории годности к службе в армии, учитывающий не только клинику на момент обследования, но и социальные и психологические данные на протяжении всех этапов формирования расстройства личности и проводимые психокоррекционные мероприятия. При этом предварительный диагноз при таком подходе может быть выставлен еще в допризывном периоде и соответственно осуществляться превенция дальнейших негативных последствий (Черняк, Н.Б., 2006).

Реализация поставленных задач должна происходить для призывного контингента на ранних этапах формирования расстройства личности. В частности, службой социально-психологической помощи при детских поликлиниках, психологической службой дошкольных и образовательных учреждений (педагог-психолог). Возникает необхо-

димось ведения карт психологического обследования и коррекции психологической службы образовательных учреждений, где отражаются состояние познавательной и эмоционально-волевой сфер, а также тех психокоррекционных мероприятий, которые проводятся в случае необходимости.

Социальные данные о призывнике предоставляются образовательными учреждениями, службой социальной помощи. Эти сведения должны отражать истинный характер динамического социального развития, возрастные особенности социального функционирования, особенности адаптации и поведение в микросоциуме с раннего возраста. Кроме этого социально-психологическая помощь при детских поликлиниках заключается в реализации психокоррекционных и психодиагностических мероприятий. При необходимости психологи дошкольных, общеобразовательных учреждений и служб социально-психологической помощи должны направлять ребенка (с согласия родителей) за консультативной и лечебной помощью к детскому или подростковому психиатру или психотерапевту для решения вопроса о состоянии его психического здоровья и необходимой коррекции.

2. Наибольшее количество декомпенсаций эмоционально неустойчивого расстройства личности приходится именно при первичной адаптации к военной службе (период от призыва до 6 месяцев). Решение задач по психопрофилактике в этот период требует дифференцированного подхода с использованием психиатрического обследования сразу после прибытия на военную службу, и предполагает: изучение документации с результатами психиатрического обследования в пункте молодого пополнения; изучение данных о состоянии психического здоровья в допризывной период; динамический осмотр психиатром лиц с низкой нервно-психической устойчивостью, неблагоприятным

анамнезом, признаками адаптационных психических расстройств; динамическое наблюдение за лицами, уже перенесшими легкие нервно-психические расстройства.

Осуществляется психопрофилактический и превентивный подходы, с целью оказания помощи уже в донозологическом периоде, а также своевременное направление на военно-врачебную психиатрическую экспертизу. Таким образом, осуществляется мониторинг психического здоровья военнослужащих в ходе их адаптации к службе, который предполагает повторные психопрофилактические обследования с частотой, позволяющей своевременно реагировать на преднозологические, начальные отклонения психического состояния военнослужащего.

Период деятельности военнослужащих при адаптации к военной службе характеризуется наличием значительных психоэмоциональных нагрузок, но он не является столь психотравмирующим, как период непосредственного несения военной службы и выполнения функциональных обязанностей в этих условиях (Чиж, И.М., Иванов, В.Н., Голов, Ю.С., Щегольков, А.М., 2000; Казенных, В.В., Куприянова, И.Е., Жаткин О.А., Ткач А.Ф., 2004).

Для изучения психического состояния больших контингентов военнослужащих с целью психопрофилактики, превенции, своевременного оказания лечебных мероприятий и направление на ВВК используется массовое психопрофилактическое обследование. С учетом профессиональной деятельности выявляются лица с высокой и низкой нервно психической устойчивостью. Это позволяет распределить весь контингент по уровню психического здоровья и выделить «группы риска». Однако такой подход при многолетнем наблюдении при психопрофилактических обследованиях в войсковых частях показал, что

для этого требуется достаточно большая организационно-техническая база, работа, с которой затруднительна и не ведет к существенному снижению заболеваемости (Шелепов, А.М., Шамрей, В.К., Русанов, С. Н. 2005). Предлагается скрининговая многомерная система оценки состояния психического здоровья. Сущность предлагаемой методики состоит в совмещении данных медицинской, военно-профессиональной и психосоциальной оценок. Для этого возможна разработка анкетно-тестовых методик упрощающих проведение психопрофилактических мероприятий у военнослужащих. Основным и главным преимуществом скрининговых тестовых методик, является высокая информативность наряду с простотой заполнения анкет.

3. Для проведения лечебно-реабилитационных мероприятий с военнослужащими, поступившими в отделение для проведения военно-врачебной экспертизы, мы исходили из схемы медико-психологической реабилитации в системе медицинского обеспечения Вооруженных сил РФ (Белинский А.В., 2000) и разработанной академиком В.Я. Семке (2005) стратегии преодоления кризисных ситуаций: Диагностика (оценка состояния психического здоровья), организационное (экспертное) решение, кризисный, базисный и регрессионный режимы при проведении психофармакотерапии, психотерапии, реабилитации. Диагностика эмоционально неустойчивого расстройства личности и установление типа декомпенсации.

На психический статус военнослужащих поступивших в военно-экспертное отделение дополнительно влияют еще несколько психогенных факторов:

1. Ожидание направления в психиатрический стационар (в случае совершения самовольного оставления части - «бега» и ожидания задержания сотрудниками военной прокуратуры или милиции). Для дан-

ного контингента военнослужащих госпитализация в психиатрический стационар носила не психогенный, а, напротив, саногенный характер.

В случае, когда военнослужащие были направлены непосредственно из войсковой части с клиникой декомпенсации психического состояния, психогенное утяжеление состояния было связано с выработкой нового копинг-поведения, требующего от личности, «других условий - другого поведения». И в первом и во втором случае помимо, медикаментозного лечения, проводилась рациональная психотерапия, направленная на стабилизацию состояния, перенос мотивов поведения в более позитивное направление.

2. Установление контактов с другими подэкспертными военнослужащими. Как и в армейских условиях, при госпитализации в стационар, на военнослужащих с декомпенсацией эмоционально-неустойчивого расстройства личности на психический статус влиял и занятие определенной позиции среди других подэкспертных. При этом иногда возникали конфликтное поведение, реакции агрессии, необдуманные действия, исходящие из доминирующего настроения. Эти данные давали дополнительные сведения для правильной установки предварительного диагноза, реабилитационного потенциала для отдельно взятого индивидуума.

3). Ожидание проведения военно-врачебной комиссии, ощущение неопределенности: «или домой, или обратно в армию».

Пребывание в психиатрическом стационаре особенно влияло на психическое состояние военнослужащих, находящихся под следствием. В случае заключения: «здоров, годен» предстояло привлечение к судебной ответственности и направление в дисциплинарный батальон на неопределенный срок.

4). Проведение экспертизы и вынесение экспертного решения.

5). Выписка из стационара и выработка нового стиля поведения в гражданских условиях, ограничения в профессиональном и трудовом статусе в связи с установленным диагнозом (статья в военном билете).

Диагностика у обследованных военнослужащих проводилась и прослеживалась с учетом всех перечисленных факторов.

Для осуществления лечебно-реабилитационных мероприятий мы использовали схему предложенную В.Я. Семке (2005) по режимам наблюдения и реабилитации в пограничной психиатрии (кризисный, базисный, регрессиентный) в соответствии с вариантом декомпенсации.

В кризисном режиме (периоде) значение имело назначение психофармакологических препаратов. Однако это не стандарт. У 17 чел. (15,7%) после оценки их состояния не потребовалось назначения психотропных препаратов. Проведена рациональная психотерапия с разъяснением сложившейся ситуации и было достигнуто устойчивое понимание установки на адаптивное, положительное поведение на будущее. В остальных случаях (91 чел. (84,3%)) назначалась комплексная терапия, включающая в себя медикаментозные средства, в зависимости от преобладающей симптоматики.

В последующем, в «базисный период», при стабилизации состояния, адаптации к условиям стационара дозы препаратов снижались или отменялись. В этом случае происходило «корректное сочетание психофармакотерапии и психотерапии» (Аксенов, М.М., 1999).

После проведения экспертизы и вынесения экспертного решения, состояние некоторых обследованных на короткое время ухудшалось и требовало коррекционных мероприятий. Оно было связано с тем, что снимались подавляемые длительное время эмоции и запреты, связанные с армией и это вновь сопровождалось грубым нарушением по-

ведения «так как возвращения в армию не будет». Оценивая психический статус больных в этот период можно приблизительно представить его поведение за пределами стационара, где нет режимных условий, и выстраивать дальнейший ход превентивных мероприятий с целью предотвращения повторных декомпенсаций.

В «регрессионный» период кроме работы с больным осуществлялась работа с семьей. Психологическая и социальная поддержка семьи проводилась разъяснением и рекомендациями по поводу дальнейшего лечения и наблюдения больного. Совместно с родителями обсуждались возможные варианты трудоустройства, исходя из ограничений, предусмотренных установлением диагноза «расстройство личности». Работа с семьей создает предпосылки для включения механизмов адаптирующего социального поведения личности. Близкие люди – родители, ближайшее окружение – составляют основную социальную среду психологической реабилитации военнослужащих комиссованных из армии с психической патологией (Нечипоренко, В.В., 1990; Baronet, A.M., Gerber, G.R., 1998; McQuiston, H.L., Goisman, R., Tennison, C., 2000.).

Отсутствие целевой программы комплексной реабилитации лиц уволенных из армии в связи с психическими расстройствами осложняет организацию системы реабилитации данной категории граждан на местах (Гзирян В.С, Куликов В.В., Красников В.Н., 2005). В настоящее время существует необходимость создания программ по психологической адаптации и реабилитации уволенных военнослужащих с эмоционально-неустойчивым расстройством личности.

После выписки из больницы эмоционально - неустойчивые аномальные личности сталкиваются с конкретным спектром психогений:

- отсутствием социальных связей;

- восприятие ими того, что время проведенное в армии было «напрасно»;
- в семейном окружении - отсутствие поддержки со стороны семьи;
- негативное отношение к себе – «не смог отслужить и стало быть психически не здоров».

Социально-реабилитационная программа с бывшими военными должна начинаться, как можно раньше и учитывать следующие обстоятельства:

- Отношение к комиссованному из армии как к человеку нуждающемуся, в социальной реабилитации.
- Психологическое консультирование родителей для создания благоприятной микросоциальной атмосферы, куда возвращается военнослужащий.
- Организация и контроль за воспитанием социальной активности и адаптации в системе ценностей социума.

Таким образом, для бывших военнослужащих условия гражданской жизни могут содержать психогенные моменты, которые являются декомпенсирующими факторами при неустойчивости эмоционально-волевых установок.

Программа для бывших военнослужащих включала психотерапевтическую адаптацию пациента на уровне микросоциума - работа с родительской семьей – разъяснение случившегося, рекомендации возможной поддержки для укрепления уверенности, самовоспитания, личной дисциплины, помощь в трудоустройстве.

Для оптимизации деятельности и эффективности работы психиатров военкоматов, военных психиатров (для более раннего направления на военно-врачебную экспертизу), психиатров проводящих военно-врачебную психиатрическую экспертизу разработан алгоритм по

раннему выявлению лиц с эмоционально неустойчивым личностным расстройством. Основными составляющими которого являются: углубленного изучения индивидуально-психологических особенностей, микросоциального окружения, условий воспитания, характера эмоционального реагирования, наличие до призыва элементов отклоняющегося поведения, оценка способности к адаптации и установлению адекватных межличностных отношений, выявление недостаточности саногенетических механизмов до призыва в армию. Наряду с клинико-психопатологическим и клинико-динамическим методами предложены анкетно-тестовые методики, основанные на интеграции данных медицинской, военно-профессиональной и психосоциальной оценок. В каждом конкретном случае решение вопроса о вынесении категории годности к военной службе будет носить строго дифференцированный, индивидуальный подход, исключая расширенное толкование эмоционально неустойчивого расстройства личности.

## **ВЫВОДЫ**

1. Из 373 военнослужащих по призыву у 167 установлен диагноз расстройство личности. Клинически из всех расстройств личности доминировало эмоционально неустойчивое расстройство личности - 108 человек (64,8%). Из 1754 призывников - 267 (15,2%) с расстройствами личности – эмоционально неустойчивое расстройство личности - 144 призывника (8,2%). Что свидетельствует о высокой распространенности и несвоевременной выявляемости лиц с эмоционально-неустойчивым расстройством личности импульсивного типа.
2. При изучении формирования эмоционально-неустойчивого расстройства личности (импульсивный тип) имеют отягощенность психическими заболеваниями 53 чел. (49,07%) – основная группа (военно-

служащие) и 93 чел. (64,58%) – группа сравнения (призывники) статистически различаются ( $p < 0,01$ ). При изучение преморбидной личности выявлено, что для основной группы (военнослужащие) превалировал акцентуированный преморбид 69 чел. (63,9%) и 65 чел. (45,1%), а у призывников препсихопатический 39 чел. (36,1%) военнослужащих и 79 чел. (54,9%) призывников, и статистически достоверно различаются ( $p < 0,01$ ). Сравнение доминирующих черт характера не выявило статистических различий в группах ( $p < 0,05$ ). В полных семьях воспитывались 47,2 % обследованных военнослужащих, и только 31,2% призывник. 96 военнослужащих (88,9%) и 142 призывника (98,6%) воспитывались в условиях неправильного воспитания. Показатели статистически различаются ( $p < 0,01$ ). Влияние церебрально-органической патологии, как для военнослужащих, так и для призывников имеет определенное значение одинаково как для военнослужащих 30 (27,8%), так и для призывников 41 (28,5%). В обеих группах показатели статистически не отличаются ( $p < 0,05$ ). Следует указать, что все вышеперечисленные факторы имели тесное взаимодействие в формирование эмоционально-неустойчивого расстройства личности (импульсивный тип).

3. Расстройство личности у военнослужащих по призыву в отличие от группы сравнения - призывники при призыве в армию еще не было сформировано и находилось на стадии структурирования на момент призыва и своевременно не выявлялось. Показатели статистически различаются ( $p < 0,01$ ).

4. В условиях психогений армии происходит декомпенсация у изученного контингента с определенными психогенно обусловленными особенностями, специфичными для каждого периода службы. У военнослужащих с эмоционально неустойчивым расстройством личности, характеризуется определенным спектром психогений (по содержанию,

остроте и степени выраженности). В частности призыв в армию и (или) коренная ломка жизненного стереотипа способствовала развитию декомпенсации в I период службы 17 чел. (15,7%). Перевод в другую войсковую часть являлась психогенией для развития декомпенсации в I период службы – 6 чел. (5,6%), во II период – 20 чел. (18,5%); в III период – 6 чел. (2,2%); IV период не наблюдалось. Перевод в войсковую часть с преобладанием других этнических групп - I период службы – 5 чел. (4,6%), II период – 3 чел. (2,8%); III период – 1 чел. (0,9%); IV период не наблюдалось. Так же имели место унижение со стороны сослуживцев, избиение сослуживцами, извешение из дома неприятного содержания.

5. Доминирующим типом декомпенсаций у военнослужащих срочной службы с эмоционально неустойчивым расстройством личности является аффективный с преобладанием эксплозивно - дисфорический тип – 49 (45,4%), вторым по частоте является аффективно-неустойчивый – 37 чел. (34,2%); Субдепрессивный вариант 22 чел. (20,4%) менее свойственен для эмоционально неустойчивого расстройства личности и определяется, как гетерономный симптомокомплекс.

6. Для оптимизации деятельности и эффективности работы психиатров военкоматов, военных психиатров (для более раннего направления на военно-врачебную экспертизу), психиатров проводящих военно-врачебную психиатрическую экспертизу разработан алгоритм по раннему выявлению лиц с эмоционально – неустойчивым личностным расстройством. Основными составляющими которого являются: углубленного изучения индивидуально-психологических особенностей, микросоциального окружения, условий воспитания, характера эмоционального реагирования, наличие до призыва элементов откло-

нящегося поведения, оценка способности к адаптации и установлению адекватных межличностных отношений, выявление недостаточности саногенетических механизмов до призыва в армию. Наряду с клинико-психопатологическим и клинико-динамическим методами предложены анкетно-тестовые методики, основанные на интеграции данных медицинской, военно-профессиональной и психосоциальной оценок. В каждом конкретном случае решение вопроса о вынесении категории годности к военной службе будет носить строго дифференцированный, индивидуальный подход, исключая расширенное толкование эмоционально – неустойчивого расстройства личности.

7. Разработано 5 комплексных реабилитационных, профилактических программ включающих психотерапевтические, психофармакологические, социально-психологические, социально-реабилитационные составляющие. Представлена структура взаимодействия при реализации разработанных программ, что позволило более унифицировать и систематизировать лечебно-реабилитационные и профилактические мероприятия.

8. Оценка эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий: а) эксплозивно - дисфорического вариант декомпенсации: 42,5% - «С» – неустойчивая компенсация с частичным восстановлением социальной адаптации. «D» – 27,5% – незначительное ослабления эмоционально-волевых нарушений. «В» – компенсация с необходимостью поддержания социального гомеостаза –20 %; б) аффективно - неустойчивый вариант декомпенсации 39,1% - «D», «С» – в 34,9% «О» – 4 чел. (8,7%); в) субдепрессивный вариант декомпенсации: «В» компенсация - 40,9%. «С» – 59,1%. - неустойчивая компенсация.

### Список литературы

1. Аведисова, А.С., Филашихин, В.В. Клинико-эпидемиологическая характеристика лиц, обращающихся в негосударственные службы психиатрической помощи / А.С. Аведисова, В.В. Филашихин // Российский психиатрический журнал. - 2010.-N 5.-С.34-40.
2. Агарков, А. П. Сравнительная характеристика результатов медицинского обследования призывников / А. П. Агарков, Л. В. Варанкова, Л. И. Титаренко // Сибирский вестн. психиатрии и наркологии. – 2006. – № 3. – С. 64- 65.
3. Аксенов, М. М. Влияние психогенных факторов на клиническую динамику расстройств личности / М. М. Аксенов, Е. В. Юсан, М. И. Рыбалко // Сибирский вестн. психиатрии и наркологии. – 2004. – № 1. – С. 17-20.
4. Аксенов, М. М. Клинико-динамический анализ пограничных нервно-психических расстройств (региональный аспект) / М. М. Аксенов // Современные проблемы пограничных и аффективных состояний: материалы конф. – Томск, 1996. – С. 30-32.
5. Аксенов, М. М. Клинико-патогенетические взаимосвязи при невротических расстройствах и психопатиях / М. М. Аксенов, В. Я. Семке // Современные аспекты эндогенной и экзогенно-органической патологии. – Томск-Кемерово, 1995. – С. 3-7.
6. Аксенов, М. М. Психофармакотерапия пограничных расстройств / М. М. Аксенов // Сибирский вестн. психиатрии и наркологии. – 1999. – Вып. 2-3. – С. 73-74.
7. Александровский, Ю.А. Общие вопросы современной психофармакотерапии / Ю. А. Александровский // Фарматека - 2010.-N 7.-С.10-12.
8. Александровский, Ю. А. Психиатрия и психофармакология / Ю. А. Александровский. – М., 2003. – С. 49-58; 120-133; 420-427.

9. Александровский, Ю.А. Общее понятие о пограничных формах психических расстройств (пограничных состояниях) / Ю. А. Александровский // Новые медицинские технологии, 2010.-N 5.-С.58-71.
- 10.Александровский, Ю.А. Инновации в современной психиатрии и взаимодействие клинической, биологической и социальной психиатрии при изучении непсихотических психических расстройств / Ю. А. Александровский // Российский психиатрический журнал, 2012.-N 6.-С.28-32.
- 11.Анализ типологической структуры личности и нарушений интеллекта юношей допризывного и призывного возрастов, проходивших военно-врачебную комиссию / А. В. Семке, А. А. Агарков, Т. В. Глушко и др. // Сибирский вестн. психиатрии и наркологии. – 2006. – № 3. – С. 66-68.
- 12.Бартош, Т.П. Выраженность акцентуаций характера у подростков Магадана в зависимости от уровня нервно-психической адаптации / Т.П. Бартош, О.П. Бартош, М.В. Мычко // Репродуктивное здоровье детей и подростков, 2013.-N 6.-С.39-44.
- 13.Баурова, Н.Н. Особенности развития невротических расстройств у курсантов с различными личностнотипологическими особенностями / Н.Н. Баурова, И.С. Рудой, Р.М. Грановская // Вестник психотерапии, 2012.-N 41.-С.117-124.
- 14.Безчасный К.В. Исторические аспекты психогигиены военнослужащих в XX в. / Медицина катастроф, 2012.-N 3.-С.58-61.
- 15.Белинский, А. В. Современные подходы к медицинской реабилитации военнослужащих с пограничными психическими расстройствами / А. В. Белинский // Военно-медицинский журнал 2000.-N 8.-С.25-34
16. Белоусов, Ю.Б, Александровский Ю.А., Белоусов Д.Ю. Клинико-экономические аспекты лечения шизофрении атипичными нейролептиками / Ю.Б Белоусов, Ю.А. Александровский, Д.Ю. Белоусов // Клиническая фармакология и терапия, 2009.-N 1.-С.76-80.

17. Биологические и клиничко-социаль-ные механизмы развития аффек-  
тивных расстройств (итоги комплексной темы нир фгбу «ниипз» со  
рамн, 2009—2012 гг.) / Е. Д. Счастнй, А. В. Семке, Л. Д. Размазова,  
Г.Г.Симуткин, Е. В. Лебедева, Т. И. Невидимова, А. И. Розин, К. Г.  
Чернышева, А. М. Шепенев, Н. И. Шахурова / Сибирский вестник пси-  
хиатрии и наркологии №5 (80), 2013 г.
18. Биологические предикторы, клиничко-патогенетические механизмы  
формирования и профилактика аддиктивных состояний в различных  
социальных группах (итоги комплексной темы нир фгбу «ниипз» со  
рамн, 2009—2012 гг.) / А. И. Мандель, И. А. Артемьев, Т. П. Ветлугина,  
С. А. Иванова, Т. И. Невидимова, В. Д. Прокопьева, А. Ф. Аболонин, Т.  
В. Шушпанова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии" (СВПН  
№4, 2013г.)
19. Богаченко, С. М. Аутоагрессивное суицидальное поведение военно-  
служащих, подлежащих досрочному увольнению / С. М. Богаченко, В.  
Ф. Козаченко, Г. М. Ковалева // Воен.-медицинский журн. – 2003. – №  
11. – С. 68-69.
20. Бохан Н. А. Суицидальное поведение больных в практике врача пси-  
хиатра-нарколога / Н. А. Бохан, Б. Ю. Приленский, П. С. Уман-  
ская //Сибирский вестник психиатрии и наркологии" №1, 2014 г. 10-14
21. Организационная модель профилактика аддиктивных состояний у  
несовершеннолетних в условиях территориально-образовательного  
кластера / Н.А. Бохан [и др.] // Наркология, 2011.-N 6.-С.16-22.
22. Бохан, Н. А. Программа комплексной реабилитации больных наркома-  
ниями / Н. А. Бохан, А. И. Мандель // Новые формы организации пси-  
хиатрической помощи и сервиса: материалы конф. – Томск-Барнаул,  
2001. – С. 27-30.

23. Брюховецкий, А. В. Типы и клинические варианты динамики психопатий в практике военной психиатрии: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. В. Брюховецкий. – Л., 1990. – 24 с.
24. Бухаров, В.Г. Сравнительная клиническая характеристика призывников с расстройствами личности (по материалам стационарной военно-психиатрической экспертизы / В.Г. Бухаров, И.Р. Семин // Бюллетень сибирской медицины, 2012.-N 4.-С.142-145.
25. Вандыш-Бубко, В.В. К систематике психических расстройств подросткового возраста (по данным судебно-психиатрического катамнеза) / В.В. Вандыш-Бубко, П.А. Пивоварова // Российский психиатрический журнал, 2014.-N 1.-С.5-10.
26. Варианты ситуационного невротического реагирования у военнослужащих, проходящих военную службу по призыву / И. В. Доровских, А. С. Закоряшин, Г. Ю. Мальцев и др. // Воен.-медицинский журн. – 2004. – № 6. – С. 45-48.
27. Ворона, А.А. Принципы и методики оценки ресурсов психического здоровья призывного контингента в условиях демографического кризиса / А.А. Ворона, Л.Д. Сыркин // Военно-медицинский журнал, 2011.-N 3.-С.10-14.
28. Волель Б.А., Пушкарев Д.Ф., Нефедьева И.О. Типология гипертимного расстройства личности (аспекты прогноза) / Психиатрия, 2011.-N 1.-С.14-21.
29. Вольнов, Н. М. Аутоагрессивное поведение у военнослужащих срочной службы: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. М. Вольнов. – М., 2003. – 27 с.
30. Ганушкин, П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика / П. Б. Ганушкин. – М.: Медгиз, 1933. – С. 4-12.

31. Гарганеева Н.П., Белокрылова М.Ф. Прогнозирование особенностей течения сахарного диабета 2-го типа у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами / Бюллетень сибирской медицины, 2014.-N 1.-С.31-38.
32. Гатин Ф.Ф., Валеева А.М., Волгина Ф.М. Повторные госпитализации в психиатрический стационар / Казанский медицинский журнал, 2010.-N 3.-С.354-358.
33. Гзирян, В. С. Психологическая реабилитация бывших военнослужащих – участников боевых действий – в Оренбургской области / В. С. Гзирян, В. В. Куликов, В. Н. Красников // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2005. – № 4. – С. 49-51.
34. Гиндикин В. Я. Лексикон малой психиатрии / В. Я. Гиндикин. – М.: КРОН–ПРЕСС, 1997. – С. 362-365.
35. Гиндикин, В. Я. Личностная патология / В. Я. Гиндикин, В. А. Гурьева, – М., 1999. – С. 182-185.
36. Гиндикин, В. Я. Психиатрия / В. Я. Гиндикин. – М.: Медицина, 2001. – С. 4 -12.
37. Гиндикин, В. Я. Психопатии и личностные акцентуации в психоневрологической практике / В. Я. Гиндикин, В. А. Гурьева // Сибирский вестн. психиатрии и наркологии. – 1997. – Вып. 1-2. – С. 37-40.
38. Гиндикин, В. Я. Психопатии и патохарактерологические развития (роль внешних факторов в их формировании и динамике) / В. Я. Гиндикин // Клиническая динамика неврозов и психопатий: тематический сб. – Л.: Медицина, 1967. – С. 152-182.
39. Гиндикин, В. Я. Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства (клиника, дифференциальная диагностика, лечение) / В. Я. Гиндикин. – М.: Триада-Х, 2000. – 256 с.

40. Горшков, И. В. Расстройства личности и агрессия / И. В. Горшков, В. Ф. Горинов // Рос. психиатрический журн. – 1998. – № 5 – С. 68-73.
41. Гурьева, В. А. Некоторые материалы к изучению генеза и динамики становления психопатий в подростковом и юношеском возрасте / В. А. Гурьева // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1971. – Вып. 1. – С. 1533-1537.
42. Гурьева, В. А. Психопатология подросткового возраста / В. А. Гурьева, В. Я. Семке, В. Я. Гиндикин. – Томск, 1994. – 310 с.
43. Дементьева, Л. А. (Москва) Взаимосвязь эмоций и интеллекта у подростков в норме и при психических заболеваниях «сибирский вестник психиатрии и наркологии». 2013. № 1 (76)
44. Диденко, А.В. Клинические особенности истерического расстройства личности у осужденных, отбывающих уголовные наказания в местах лишения свободы / А.В. Диденко, В.Я. Семке, Д.А. Малкин // Российский психиатрический журнал 2010.-N 3.-С.4-11.
45. Диденко, А.В. Сравнительная характеристика клинических проявлений диссоциального и эмоционально-неустойчивого расстройства личности у осужденных, находящихся в местах лишения свободы / А.В. Диденко, М.М. Аксенов // Российский психиатрический журнал 2010.-N 1.-С.4-11.
46. Диагностика и профилактика суицидального поведения военнослужащих. Сообщение 1. / С. В. Литвинцев, В. К. Шамрей, В. В. Нечипоренко и др. // Воен.-медицинский журн. – 2001. – № 8. – С. 18-22.
47. Диагностика наркозависимости у юношей призывного возраста и вопросы военно-медицинской экспертизы / В. Н. Грошев, О. А. Габрильянц, Ю. А. Заварзин и др. // Рос. психиатрический журн. – 2001. – № 6 – С. 39-41.

48. Диденко, А.В. Клинико-динамическая характеристика и особенности адаптации осужденных с пограничным расстройством личности / А.В. Диденко, Д.А. Малкин // Российский психиатрический журнал, 2011.-№ 1.-С.9-14.
49. Дмитриева, Т. Б. Руководство по социальной психиатрии / Т. Б. Дмитриева. – М.: Медицина, 2001. – С. 93-103.
50. Дроздовский, Ю.В. Роль семейного воспитания при формирующихся расстройствах личности у подростков с нарушением поведения / Ю.В. Дроздовский // Сибирский вестн. психиатрии и наркологии. – 2002. – № 4. – С. 69.
51. Дозорцева, Е. Г. Аномальное развитие личности у подростков с противоправным поведением: методология психологического исследования и практики / Е. Г. Дозорцева // Рос. психиатрический журн. – 2000. – № 2 – С. 19-31.
52. Епанчинцева, Е. М. Посттравматические расстройства у комбатантов (клинико-динамический и реабилитационный аспекты): автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е. М. Епанчинцева. – Томск, 2001. – 26 с.
53. Ермаков, А. А. Гештальттерапия личностных расстройств / А. А. Ермаков // Сибирский вестн. психиатрии и наркологии. – 2005. – № 1. – С. 65-68.
54. Жариков, Н. В. Распространенность пограничных психических расстройств среди лиц, не находящихся под наблюдением психиатрических учреждений / Н. В. Жариков, В. Я. Гиндикин // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2002. – Вып. 7. – С. 45-49.
55. Жариков, Н. М. Факторы влияющие на состояние и динамику психического здоровья населения. / Н. М. Жариков, А. Е. Иванова, А. С. Юриков // Рос. психиатрический журн. – 1996. – № 3. – С. 79-85.

56. Жовнерчук, Е.В. Анализ влияния профессионально вредных факторов на психическое здоровье военнослужащих, несущих боевое дежурство / Е.В. Жовнерчук Издание: Медицина катастроф 2011.-N 1.-С.33-36.
57. Загоруйко, Е.Н., Шубина О.С. Нейрофизиологические аспекты биоповеденческой терапии при расстройствах личности / Е.Н. Загоруйко, О.С. Шубина // Бюллетень сибирской медицины, 2013.-N 2.-С.93-96.
58. Зуйкова, Н.Л. Психотерапевтическая психосоматика. Опыт и алгоритм работы с психосоматическими пациентами / Н.Л. Зуйкова // Психотерапия, 2012.-N 11.-С.24-25.
59. Ипохондрия *sine materia* как психосоматическая проблема (на модели ипохондрических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова) / А.Б. Смулевич, И.Ю. Д.В. Дороженок, А.Н. Романов, Львов Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2012.-N 1.-С.14-25.
60. Инструкторско-методические указания по медицинскому освидетельствованию военнослужащих, страдающих психическими расстройствами / под ред. В. В. Поручаева. – Новосибирск, 1987. – 75 с.
61. Ичитовкина, Е.Г. Эффективность медико-психологической реабилитации комбатантов / Е.Г. Ичитовкина, М.В. Злоказова, А.Г. Соловьев // Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова, 2013.-N 5.-С.42-47.
62. К вопросу о некоторых предикторах дизадаптации у военнослужащих / О. С. Зайцев, И. В. Доровских, С. В. Ураков и др. // Воен.-медицинский журн. – 2000. – № 9. – С. 38-41. Ковальский, О.Н. Этапы развития отечественной военно-врачебной экспертизы (К 90 летию создания штатных военно-врачебных комиссий) / О.Н. Ковальский, Н.Н. Каменсков // Военно-медицинский журнал, 2011.-N 4.-С.80-86.

63. Казенных, В. В. Качество жизни курсантов Томского военно-медицинского института / В. В. Казенных, И. Е. Куприянова // Сибирский вестн. психиатрии и наркологии. – 2004. – № 2. – С. 93-94.
64. Казенных, В. В. Методы психологической диагностики расстройств психического здоровья военнослужащих / В. В. Казенных, И. Е. Куприянова // Клинические и реабилитационные аспекты экзогенно-органической патологии головного мозга. – Кемерово, 2006. – С. 132-136.
65. Клинико – патобиологические закономерности развития, реабилитации, профилактики психических расстройств у детей в регионе Сибири / И.Е. Куприянова, Л.Д. Рахмазова, И.Я. Стоянова, А.В. Солонский, Е.В. Гуткевич, А.А. Агарков, Т.Ф. Скороходова, Р.Ф. Насырова, Б.А. Дашиева, И.С. Карауш, Т.В. Рудникович, Н.Ю. Семенова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2011. № 4. С. 33-35.
66. Кербиков, О. В. Избранные труды / О. В. Кербиков. – М.: Медицина, 1971. – 311 с.
67. Кербиков, О. В. Психопатии / О. В. Кербиков // БМЭ. – М., 1963. – Т. 27. – С. 357-371.
68. Кербиков, О. В. Психопатии как клиническая проблема / О. В. Кербиков, В. Я. Гиндикин // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1960. – Вып. 1. – С. 61-76.
69. Клиническая динамика нервно-психических расстройств / М. М. Аксенов, В. Я. Семке, Т. П. Ветлугина и др. // Сибирский вестн. психиатрии и наркологии. – 2006. – № 3. – С. 13-16.
70. Клиническая и судебная подростковая психиатрия / В. А. Гурьева, Т. Б. Дмитриева, В. Я. Гиндикин и др. – М.: Генезис, 2001. – 480 с.

71. Особенности высших психических функций у лиц призывного возраста с пагубным потреблением алкоголя и героина или зависимостью к ним / Т.В. Клименко, А.А. Козлов, В.В. Истомина, Л.Ю. Беспалова // Наркология 2013.-N 8.-С.46-50.
72. Ковалев, В. В. Психиатрия детского возраста / В. В. Ковалев. – М., 1979. – С. 389-416.
73. Кокорина, Н. П. Декомпенсации психопатических личностей после перенесенных чрезвычайных ситуаций / Н. П. Кокорина, А. А. Лопатин, М. А. Шевцова // Медицина в Кузбассе. – 2004. – № 10. – С. 34-35.
74. Колов, С.А. Влияние особенностей отдельных когнитивных процессов на клиническую картину и эффекты лечения постбоевых стрессовых расстройств / С.А. Колов, Е.И. Чехлатый, В.К. Шамрей // Вестник психотерапии, 2012.-N 42.-С.101-109.
75. Кони́на, И. В. Клинико-социальная характеристика больных со специфическими расстройствами личности / И. В. Кони́на // Медицина в Кузбассе. – 2003. – № 3. – С. 86-87.
76. Корнилов, А. А. Избранные лекции по психиатрии / А. А. Корнилов. – Томск: Изд-во ГУ НИИ ПЗ СО РАМН, 2006. – С. 18-55.
77. Короленко, Ц. П. Личностные и диссоциативные расстройства / Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева. – Новосибирск: Изд-во НГПУ, 2006. – С. 370-380.
78. Королёв С.А., Нечипоренко В.В. Вопросы патоморфоза пограничных психических расстройств в клинической и военной психиатрии (обзор литературы) Российский психиатрический журнал - архив № 2 2009 год 40-47
79. Короленко, Ц. П. Личностные расстройства и их современная терапия / Ц. П. Короленко // Обозрение психиатрии и мед. психологии. – 2004. – № 3. – С. 4-8.

80. Короленко, Ц. П. Психоанализ и психиатрия / Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева. – Новосибирск: Изд-во НГПУ, 2003. – С. 341-346.
81. Короленко, Ц. П. Социодинамическая психиатрия / Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева. – М.: Академический проект, 2000. – С. 150-200.
82. Короленко, Ц.П. Смешанная форма погранично-нарциссического личностного расстройства у женщин / Ц.П. Короленко, Т.А. Шпикс // Сибирское медицинское обозрение, 2011.-N 5.-С.84-86.
83. Короленко, Ц.П. DSM-5: предварительный анализ новой американской классификации психических нарушений / Ц.П., Короленко // Неврологический вестник, 2013.-N 4.-С.19-23.
84. Краснов, В. Н. Охрана психического здоровья – общая ответственность / В. Н. Краснов // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2001. – № 3. – С. 5-7.
85. Кривулина, О.Е. Особенности формирования, клиника и динамика зависимости от синтетических каннабиноидов у подростков / О.Е. Кривулина // Неврологический вестник, 2013.-N 4.-С.87-89.
86. Кузенкова, Н. Н. Пограничные психические расстройства у подростков допризывного возраста (комплексный реабилитационный аспект) / Н. Н. Кузенкова // Сибирский вестн. психиатрии и наркологии. – 2002. – № 3. – С. 25-27.
87. Кузенкова, Н. Н. Условия формирования пограничных нервно-психических расстройств у подростков допризывного возраста / Н. Н. Кузенкова // Сибирский вестн. психиатрии и наркологии. – 2002. – № 4. – С. 29-31.
88. Кудрявцев И.А. Судебно-психологическая экспертиза направленности личности и особенностей нарушения саморегуляции социального поведения при пограничной психической патологии / И.А. Кудрявцев // Российский психиатрический журнал, 2013.-N 4.-С.9-19.

89. Кудрявцев И.А. Профилактика суицидального поведения у военнослужащих РФ // Российский психиатрический журнал № 4, 2010 95
90. Кудрявцев И.А., Иванникова Н.М. Психодиагностика постсуицида 11-16 // Российский психиатрический журнал № 6, 2010
91. Куприянова, И. Е. Социально-психологические аспекты психогений / И. Е. Куприянова // Новые формы организации психиатрической помощи и сервиса. – Томск-Барнаул, 2001. – С. 97.
92. Лакосина, Н. Д. Об особенностях формирования личности / Н. Д. Лакосина // Проблемы личности. – М., 1970. – Т. 2. – С. 98-103.
93. Лемешкин, Р. Н. Организация оказания медицинской помощи военнослужащим с психическими расстройствами в зоне вооруженного конфликта: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Р. Н. Лемешкин. – М., 2006. – 22 с.
94. Литвинцев, С. В. Актуальные проблемы сохранения и укрепления психического здоровья военнослужащих / С. В. Литвинцев // Рос. психиатрический журн. – 2002. – № 4. – С. 5-11.
95. Литвинцев, С. В. Военная психиатрия / С. В. Литвинцев, В. К. Шамрей. – СПб., 2001. – С. 216 – 225.
96. Литвинцев, С. В. О состоянии психокоррекционной помощи в Вооруженных силах РФ / С. В. Литвинцев // Воен.-медицинский журн. – 2003. – № 3. – С. 13-20.
97. Литвинцев, С. В. Психическое здоровье военнослужащих: учеб. пособие / С. В. Литвинцев; Воен.–мед. академия. – СПб., 1999. – 50 с.
98. Литвинцев, С. В. Психогигиена и психопрофилактика в Вооруженных Силах Российской Федерации: метод. рекомендации / С. В. Литвинцев, А. В. Рустанович, В. В. Нечипоренко. – М., 2000. – 46 с.

99. Литвинцев, С. В. Состояние диагностики и военно-врачебной экспертизы психических расстройств в Вооруженных Силах Российской Федерации / С. В. Литвинцев, А. С. Фадеев // Воен.-медицинский журн. – 2001. – № 3. – С. 23-27.
100. Литвинцев, С. В. Факторы формирования аддиктивного поведения у военнослужащих, проходящих военную службу по призыву / С. В. Литвинцев, А. В. Рустанович, А. А. Лытаев // Воен.-медицинский журн. – 2002. – № 6. – С. 25-27.
101. Личко, А. Е. Подростковая психиатрия / А. Е. Личко. – Л.: Медицина, 1985. – С. 83-84.
102. Лыткин, В.М. Некоторые дискуссионные вопросы клинической диагностики посттравматических стрессовых расстройств / В.М. Лыткин, В.В. Нечипоренко // Российский психиатрический журнал, 2014.-N 1.-С.62-67.
103. Марченко, А.А. Медико-психологическая реабилитация комбатантов с посттравматическими стрессовыми расстройствами и коморбидной аддиктивной патологией / А.А. Марченко // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях, 2009.-N 3.-С.82-84.
104. Мазаева, Н.А. Нервная булимия: проблемы клинической дифференциации / Н.А. Мазаева, В.В. Грачев // Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова. Детская неврология и психиатрия, 2014.-N 3.-С.103-113.
105. Мазаева, Н. А. Возрастные особенности непсихотических форм психогений, вызванных повседневными стрессами / Н. А. Мазаева, Т. М. Сирыченко, О. А. Суетина // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2004. – Вып. 6. – С. 14-20.

106. Матвеев, В. Ф. Депривационные психогении и «краевые» психопатии / В.Ф. Матвеев // Психогении и психопатии. – М., 1983. – С. 24-31.
107. Менделевич, В. Д. Психология девиантного поведения / В. Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс, 2001. – 426 с.
108. Макушкин, Е.В. Психические расстройства в детском и подростковом возрасте у городских и сельских жителей Российской Федерации в 1991—2012 гг. (эпидемиологическое исследование) / Е.В. Макушкин, Н.К. Демчева, Н.А. Творогова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Детская неврология и психиатрия, 2014.-N 1.-С.3-14.
109. Марута, Н. А. Современные аспекты невротогенеза и клинической динамики диссоциативных расстройств / Н. А. Марута, В. Ю. Федченко, О. Э. Перчаткина // Сибирский вестн. психиатрии и наркологии. (№5 и №6, 2013 г.) 33-40
110. Медико-психологические последствия чрезвычайных ситуаций и их взаимосвязь с индивидуальными особенностями личности / А.Н. Семухин, Б.А. Гусова, Э.Ю. Богушев, Е.Н. Купко // Медицина катастроф, 2014.-N 1.-С.20-21.
111. Многомерная оценка психического здоровья военнослужащих при массовых психопрофилактических обследованиях / А. Я. Фисун, В. К. Шамрей, С. Н. Русанов и др. // Воен.-медицинский журн. – 2007. – № 6 – С. 4-9.
112. Нарышкин, А. В. Свойства устойчивости и самодостаточности в спектре типов психопатий и акцентуаций характера / А. В. Нарышкин // Рос. психиатрический журн. – 2001. – № 4. – С. 22-26.

113. Нечипоренко, В. В. О неустойчивых формах личностной патологии и гипердиагностике психопатий / В. В. Нечипоренко, О. Т. Кутушев, А. А. Кузнецов // Актуальные вопросы военной психиатрии. – М., 1998. – С. 66.
114. Нечипоренко, В. В. Профилактика пограничных нервно-психических расстройств у военнослужащих / В. В. Нечипоренко, В. И. Курпатов // Воен.-медицинский журн. – 1995. – № 12. – С. 21-24.
115. Нурмагамбетова, С. А. Клинические формы расстройств адаптации у военнослужащих срочной службы и факторы, влияющие на их возникновение / С. А. Нурмагамбетова // Социальная и клин. психиатрия. – 2003. – № 1. – С. 46-50.
116. О совершенствовании системы сохранения психического здоровья военнослужащих / А.М. Шелепов, В.К. Шамрей, С. Н. Русанов и др. // Воен.-медицинский журн. – 2005. – Т. 326, № 4. – С. 4-8.
117. О состоянии психиатрической помощи в Вооруженных Силах РФ / С. В. Литвинцев, В. К. Шамрей, А. М. Резник и др. // Воен.-медицинский журн. – 2003. – № 3. – С. 13-20.
118. Обросов, И. Ф. Особенности клиники и динамики диссоциальных расстройств личности у осужденных в местах лишения свободы / И. Ф. Обросов // Рос. психиатрический журн. – 2004. – № 4. – С. 34-39.
119. Обросов, И. Ф. Этапность динамики расстройств личности у осужденных в период их пребывания в исправительных колониях / И. Ф. Обросов // Рос. психиатрический журн. – 2004. – № 3. – С. 41-44.
120. Обросов, И.Ф. Биопсихосоциальный механизм возникновения агрессивного поведения у подростков, осуждённых за совершение повторных насильственных преступлений / И.Ф. Обросов, Л.В. Ситникова // Уральский медицинский журнал, 2012.-N 9.-С.54-56.

121. Осколкова, С.Н. Клинико-социальные показатели у совершивших агрессивные деликты комбатантов / С.Н. Осколкова, Г.А. Фастовцов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 2009.-N4.-С.63-67.
122. Основы военно-врачебной экспертизы / под ред. В. В. Куликова. – М., 2001. – 261 с.
123. Пальянова, О. Д. Клиническая динамика расстройств личности и поведения у учащихся системы начального профессионально-технического образования / И. А. Пальянова, В. Я. Семке // Сибирский вестн. психиатрии и наркологии. – 2006. – Приложение (41). – С. 206-207.
124. Процессы адаптации среди военнослужащих срочной / Е.В. Малеванец, С.М. Карпов, А.Д. Калоев, А.Д. Соломонов, О.Г. Киреева // Клиническая неврология, 2013.-N 3.-С.3-6.
125. Психосоциальные и биологические факторы формирования стрессоустойчивости при диссоциативных состояниях / М. М. Аксенов [и др.] // Российский психиатрический журнал. - 2014.-№ 2.-С.38-44.
126. Павличенко, А.В. Проблемы классификации в материалах 21-го Европейского конгресса по психиатрии / А.В. Павличенко, М.М. Денисенко, В.В. Читлова // Психиатрия и психофармакотерапия, 2013.-N 5.-С.58-64.
127. Петрова, Н. В. Состояния психического здоровья юношей допризывного и призывного возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. В. Петрова. – Томск, 2004. – 20 с.
128. Платонов, К. К. Структура и развитие личности / К. К. Платонов. – М., 1986. – 256 с.

129. Психосоматические аспекты в гастроэнтерологии / Е.Ю. Плотникова, А.М. Селедцов, М.А. Шамрай, Е.А. Талицкая, М.В. Борщ, О.А. Краснов // Лечащий врач, 2012.-N 10.-С.96-102.
130. Пляскина, Т. В. Клинические формы пограничных психических нарушений у военнослужащих ВВ МВД РФ в период адаптации к военной службе / Т. В. Пляскина, Б. Д. Цыганков, Ю. Т. Джангильдин // Сибирский вестн. психиатрии и наркологии. – 2006. – Приложение (41).
131. Положий, Б.С. Расстройства личности у пациентов, совершивших суицидальные попытки / Б.С. Положий, Е.А. Панченко // Российский психиатрический журнал № 3, 2011 48-52
132. Положий, Б. С. Социальное состояние общества и психическое здоровье // Руководство по социальной психиатрии / под ред. Т. Б. Дмитриевой. – М.: Медицина, 2001. – С. 36-50.
133. Положий, Б. С. Социокультуральная и клиническая характеристики больных с пограничными психическими расстройствами / Б. С. Положий, А. Д. Посвянская // Сибирский вестн. психиатрии и наркологии. – 2001. – № 3. – С. 57-61.
134. Положий, Б.С. Этнокультуральные особенности клинических факторов риска суицидального поведения у больных шизофренией / Б.С. Положий, Б.С. Смагулов // Российский психиатрический журнал, 2012.-N 4.-С.41-45.
135. Попов, Ю. В. Современная клиническая психиатрия / Ю. В. Попов, В. Д. Вид. – СПб.: ООО Изд-во «Речь», 2002. – С. 231-295.
136. Предболезненные пограничные состояния у подростков / В.В. Куликов, О.С. Работкин, М.А. Лебедев, С.Ю. Палатов, К.Э. Кувшинов // Военно-медицинский журнал, 2009.-N 10.-С.10-13.

137. Принципы организации психопрофилактической помощи военным / В.В. Казенных, И.Е. Куприянова, О.А.Жаткин и др. // Сибирский вестн. психиатрии и наркологии. – 2004. – № 3. – С. 34-37.
138. Приступа, И.В. Факторы социально-психологической адаптации военнослужащих по призыву различных возрастных групп в условиях армии / И.В. Приступа // Психотерапия, 2013.-N 9.-С.53-57.
139. Психиатрия / М. В. Коркина, Н. Д. Лакосина, А. Е. Личко и др. – М.: Медицина, 1995. – 608 с.
140. Потапова, В. А. Комплексная оценка развития подростков с проблемами психического здоровья / В. А. Потапова // Сибирский вестн. психиатрии и наркологии. – 2013. – № 2. – С. 123-125.
141. Пятницкий, Н.Ю. Концепция С.С. Корсакова психопатической конституции и predispositions к психическим расстройствам / Н.Ю. Пятницкий // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2013.-N 11.-С.64-73.
142. Расстройства личности (психопатии) в практике военно-врачебной экспертизы: метод. пособие / В. В. Куликов, Б. В. Шостакович, С. В. Литвинцев и др. – М., 1999. – 31 с.
143. Расстройства личности (психопатии) в практике военно-врачебной экспертизы: метод. пособие. – М., 2003. – 39 с.
144. Резник, А. М. Особенности стресс-провоцированного суицидального поведения военнослужащих / А. М. Резник, Г. А. Фастовцов // Воен.-медицинский журн. – 2004. – № 6. – С. 36-41.
145. Резник, А.М. Психические расстройства у ветеранов локальных войн, проходивших лечение в психиатрическом стационаре / А.М. Резник // Медицина катастроф, 2011.-N 1.-С.36-38.

146. Ремшмидт, Х. Подростковый и юношеский возраст. Проблемы становления личности / Х. Ремшмидт. – М.: Мир, 2000. – 640 с.
147. Рожнова, К. Личностные характеристики и показатели агрессивности подростков с различным уровнем физической активности / К. Рожнова // Вопросы наркологии, 2013.-N 4.-С.64-72.
148. Руководство по социальной психиатрии / под ред. Т. Б. Дмитриевой. – М.: Медицина, 2001. – 560 с.
149. Русина, В.В. Клинико-социальная и судебно-психиатрическая оценка женщин с расстройствами личности, совершивших агрессивные преступления / В.В. Русина // Дальневосточный медицинский журнал 2012.-N 1.-С.96-98.
150. Русанов, С.Н. Динамика структуры психических расстройств у лиц призывного возраста / С.Н. Русанов // Российский психиатрический журнал, 2009.-N 6.-С.29-32.
151. Рупперт, Ф. Психическая травма / Рупперт, Ф. // Психиатрия, 2012.-N 5.-С.60-66.
152. Рыбалко, М. И. О формировании расстройств личности смешанного типа у подростков / М. И. Рыбалко, А. В. Платонова // Сибирский вестн. психиатрии и наркологии. – 2004. – № 3. – С. 123-125.
153. Рыбалко, М. И. Закономерности формирования расстройств личности эмоционально неустойчивого типа / М. И. Рыбалко, В. Я. Семке, С. В. Образцов // Региональные аспекты оказания медико-психологической помощи: материалы регион. науч.-практ. конф. – Томск–Кемерово: Изд-во «РАСКО», 2005. – С. 109-110.
154. Рыбалко, М. И. Клиническая динамика расстройств личности смешанного (мозаичного) типа / М. И. Рыбалко, Г.Ю. Неверова, А.В. Платонова // Охрана психического здоровья работающего населения

- Росии: тезисы докладов конференции (Кемерово-16-17 апреля 2009 г.). – Томск: типография «Иван Федоров», 2009. – С. 227-231.
155. Рыбалко, М. И. О роли наследственных факторов в развитии психопатий и акцентуаций характера у подростков / М. И. Рыбалко // Материалы XIII съезда психиатров России. – М.: Медпрактика, 2000. – С. 139.
  156. Савина, О.Ф., Морозова, М.В. Специфика экспертного психологического исследования пресуицидальных состояний у военнослужащих срочной службы / О.Ф. Савина, М.В. Морозова // Рос. психиатрический журн. – 2007. – № 3. – С. 16-20.
  157. Сафуанов, Ф. С. Криминальная агрессия обвиняемых с расстройствами личности / Ф. С. Сафуанов // Рос. психиатрический журн. – 2005. – № 6. – С. 36-43.
  158. Сафуанов, Ф.С. Роль психических расстройств, не исключающих вменяемости, в формировании разнонаправленной агрессии / Сафуанов Ф.С. Калашникова А.С. // Российский психиатрический журнал 2010.-N 4.-С.16-22.
  159. Семке, А.В. Распространённость психопатологических расстройств у студентов первого курса медицинского университета / А.В. Семке, В.Н. Шадрин // Психическое здоровье, 2012.-N 4.-С.29-32.
  160. Семке, В. Я. Душевные кризисы и их преодоление / В. Я. Семке, Е. М. Епанчинцева. – Томск: Изд-во ТГУ, 2005. – С. 7-14; 36-42.
  161. Семке, В. Я. Здоровье личности и психотерапия / В. Я. Семке, А. В. Семке, М. М. Аксенов. – Томск: Твердыня, 2002. – С. 12- 30.
  162. Семке, В. Я. К проблеме эмоционально-неустойчивых расстройств личности / В. Я. Семке, М. И. Рыбалко, С. В. Образцов // Сибирский вестн. психиатрии и наркологии. – 2005. – № 1. – С. 16-17.

163. Семке, В. Я. Клиническая персонология / В.Я. Семке. – Томск: МГП РАСКО, 2001. – С. 180-186; 235-238.
164. Семке, В. Я. Онтогенетическая и клиническая динамика типологических вариантов астенического расстройства личности / В. Я. Семке, О. Д. Головин // Сибирский вестн. психиатрии и наркологии. – 2003. – № 3. – С. 56-62.
165. Семке, В. Я. Превентивная психиатрия / В. Я. Семке. – Томск: Изд-во ТГУ, 1999. – С. 16-20.
166. Семке, В. Я. Психогении современного общества / В. Я. Семке. – Томск: Изд – во ТГУ, 2003. – С. 16-28; 172-199.
167. Семке, В. Я. Технология диагностики психогений на современном этапе развития общества / В. Я. Семке // Современные технологии психиатрического и наркологического сервиса. – 2001. – Т. 2. – С. 110-112.
168. Семке, В.Я. Адаптация осужденных с расстройствами личности в социальной среде исправительных учреждений / В.Я. Семке, М.М. Аксенов А.В. Диденко // Российский психиатрический журнал - архив № 2 2009 год 13-19
169. Семке, В.Я. Депрессивные расстройства вне психиатрической сети: медико-психологический аспект / В.Я. Семке, В.Н. Краснов, А.Н. Корнетов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2009. № 4. С. 70-75.
170. Сизиков, М. В. клинико-патогенетические закономерности эволютивной динамики аномальных личностей в подростковом возрасте / М. В. Сизиков // Рос. психиатрический журн. – 1999. – № 3. – С. 46-50.
171. Ситникова, Л.В. Адаптационные ресурсы подростков-правонарушителей / Л.В. Ситникова // Уральский медицинский журнал, 2010.-N 4.-С.125-127.

172. Смирнова, Л. В. Посттравматические стрессовые расстройства у военнослужащих (клиника, коморбидные состояния, факторы риска, терапия): автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л.В. Смирнова. – Курский гос. мед. ун-т, 2003. - 27 с.
173. Смулевич, А. Б. Расстройства личности / А. Б. Смулевич – М.: «Медицинское информационное агентство», 2007. – С. 68- 86.
174. Смулевич, А. Б. Расстройства личности: актуальные аспекты систематики, динамики, терапии / А. Б. Смулевич, Э. Б. Дубницкая, Н. А. Ильина // Психиатрия. – 2003. – № 5. – С. 24-28.
175. Смулевич, А. Б. Аффективные фазы в динамике расстройств личности (на модели пограничного расстройства личности) / А. Б. Смулевич, Э. Б. Дубницкая, Е. В. Колюцкая // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2004. – № 8. – С. 18-23.
176. Смулевич, А. Б. Психогении и невротические расстройства, выступающие в рамках динамики психопатий / А. Б. Смулевич // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – Вып. 4. – С. 99-101.
177. Смулевич, А. Б. Психопатологические образования и расстройства личности (к проблеме динамики психопатий) / А. Б. Смулевич // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2000. – Вып. 6. – С. 8-13.
178. Смулевич, А. Б. Старые и новые проблемы расстройств личности / А. Б. Смулевич, Б. В. Шостакович // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2001. – Вып. 4. – С. 4-9.
179. Смулевич, А.Б. К проблеме траектории расстройств личности в пространстве малой психиатрии / А.Б. Смулевич // Российский психиатрический журнал, 2012.-N 6.-С.82-84.

180. Смулевич, А.Б. Расстройства личности и депрессия / А.Б. Смулевич, Э.Б. Дубницкая, В.В. Читлова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2012.-N 9.-С.4-11.
181. Смулевич, А.Б. Психопатология личности и коморбидных расстройств. Учебное пособие, Для специалистов / Смулевич, А.Б. // М., МЕД пресс - информ, 2009. Объем: 208 стр.
182. Смулевич, А. Б. Психопатология личности и коморбидных расстройств : учеб. пособие / А. Б. Смулевич. – М. : Медпресс-информ, 2009. – 208 с.
183. Стероидные и тереоидные гормоны: возможности применения в прогнозировании течения невротических расстройств / С.А. Иванова, Е.В. Гуткевич, Л.А. Левчук, В.Я. Семке // Психиатрия, 2010.-N 3.-С.18-22.
184. Стрессоустойчивость и дезадаптация при непсихотических психических расстройствах (итоги комплексной темы НИР ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, 2009—2012 гг.) / М. М. Аксенов [и др.] // Сибирский вестн. психиатрии и наркологии. – 2013. – № 4. – С. 11- 18.
185. Строганов, А.Е. Особенности психогений, вызвавших невротические расстройства у комбатантов с экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга / Строганов А.Е., Стреминский С.Ю. // Вестник психотерапии, 2012.-N 44.-С.88-91.
186. Состояние психического здоровья военнослужащих и пути совершенствования психиатрической помощи в вооруженных силах России / С. В. Литвинцев, В. К. Шамрей, А. М. Резник и др. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – № 2. – С. 68-72.
187. Становление и перспективы развития медицинской реабилитации в Вооруженных Силах Российской Федерации / И. М. Чиж, В. Н.

- Иванов, Ю. С. Голов и др. // Воен.-медицинский журн. – 2000. – № 1. – С. 4-15.
188. Стаценко, А. Н. Самоактуализация родителей и неврозы у детей / А.Н. Стаценко, Т.Г. Соболева // Сибирский вестн. психиатрии и нар-кологии. – 2006. – Приложение (41). – С. 276-277.
  189. Сухарева, Г. Е. Спорные вопросы в определении понятия психопатии / Г. Е. Сухарева // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1972. – № 0. – С. 1516-1520.
  190. Состояние психического здоровья лиц призывного возраста / В.К. Шамрей, А.Э. Никитин, В.П. Ганапольский, Д.В. Костин, С.Г. Милютин Военно-медицинский журнал, 2010.-N 6.-С.17-20.
  191. Счастный, Е.Д. Применение инновационного антидепрессанта Вальдоксана (агомелатин) при лечении пациента с быстроциклическим течением биполярного аффективного расстройства (клинический случай) / Счастный Е.Д., Зражевская И.А // Психиатрия и психофарма-котерапия, 2009.-N 5.-С.22-25.
  192. Татанова, Д.В. Диагностика проблем в части сохранения здо-ровья юношей допризывного возраста // Д.В. Татанова, М.Ф. Рзянкина Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Восто-ка России, 2012.-N 3.-С.0-0.
  193. Творогова, Н. А. Распространенность психических расстройств среди детей, подростков и молодежи в Российской Федерации в 1991-95 гг. / Н. А. Творогова // Рос. психиатрический журн. – 1997. – № 2. – С. 46-52.
  194. Типологическая структура пограничной психической патологии у военнослужащих / В. В. Казенных, И. Е. Куприянова, М. В. Веснина и др. // Региональные аспекты оказания медико-психологической помо-щи. – Томск– Кемерово, 2005. – С. 49-54.

195. Ушаков И.Б., Орлов О.И., Баевский Р.М., Берсенев Е.Ю., Черникова А.Г. Концепция здоровья: космос – земля / Ушаков И.Б., Орлов О.И., Баевский Р.М., Берсенев Е.Ю., Черникова А.Г. // Физиология человека, 2013.-N 2.-С.5-9.
196. Фадеев, А. С. Невротические расстройства у военнослужащих в мирное время / А. С. Фадеев, В. В. Куликов, О. Э. Чернов // Воен.-медицинский журн. – 2001. – № 3. – С. 39-43.
197. Фелинская, Н. И. Психопатии // Руководство по судебной психиатрии / под ред. Г. В. Морозова. – М.: Медицина, 1977. – С. 290-315.
198. Фелинская, Н. И. Соотношение биологических и социальных факторов в этиопатогенезе психопатий у подростков / Н. И. Фелинская, В. А. Гурьева // Соотношение биологического и социального в человеке. – М., 1975. – С. 619-702.
199. Фисун, А.Я. Основные принципы, этапы и содержание психопрофилактической работы в Военно-Морском Флоте /А.Я. Фисун, В.К. Шамрей, Г.П. Костюк // Воен.-медицинский журн. – 2005. – Т. 326, № 7. – С. 44-48.
200. Фастовцов, Г.А. ПТСР и коморбидные психические расстройства / Фастовцов Г.А., Соколова Е.А. // Российский психиатрический журнал, 2012.-N 3.-С.77-82.
201. Фастовцов, Г.А. Клинические и психологические признаки посттравматического стрессового расстройства, влияющие на криминальное агрессивное поведение комбатантов / Г.А. Фастовцов, Е.А. Соколова // Психическое здоровье, 2012.-N 5.-С.33-39.
202. Фомушкина, М.Г. Особенности аффективно-возбудимого синдрома в структуре расстройств поведения у подростков / Фомушкина М. Г., Раева Т. В. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии №6 (81), 2013 г.

203. Хруленко-Варницкий, И.О. Особенности состояний эмоциональной возбудимости у больных с пограничными психическими расстройствами / И.О. Хруленко-Варницкий // Российский психиатрический журнал, 2012.-N 6.-С.50-56.
204. Холмогорова А.Б. Личностные факторы суицидального поведения у пациентов кризисного стационара, совершивших суицидальные попытки / А.Б. Холмогорова, В.Ф. Войцех, А.М. Каргин // Социальная и клиническая психиатрия, 2009.-N 4.-С.15-20.
205. Шамрей, В.К. Профилактика табачной зависимости в Вооруженных Силах / В.К. Шамрей, А.А. Марченко, С.А. Фомин // Военно-медицинский журнал, 2011.-N 7.-С.4-8.
206. Шмыков, В.С. Личностные расстройства у призывников в удмуртской республике: этнокультуральные особенности / Шмыков, В.С. // Неврологический вестник, 2012.-N 4.-С.55-59.
207. Шостакович, Б. В. Расстройства личности – психопатии в современных психиатрических классификациях / Б. В. Шостакович // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – № 6. – С. 163-165.
208. Шток, В.Н. Некоторые замечания по поводу переработанного варианта Международной классификации головной боли (МКГБ-III, бета-версия, 2013) / В.Н. Шток // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 2014.-N 2.-С.87-90.
209. Черняк, Н. Б. Импульсивность как фактор клинической и социальной динамики расстройств личности с первичной диагностикой в призывном возрасте / Н.Б. Черняк // Сибирский вестн. психиатрии и наркологии. – 2006. – № 2. – С. 50-53.

210. Чутко Л.С. Клинические особенности и подходы к лечению синдрома вегетативной дисфункции у подростков / Л.С. Чутко, С.Ю. Сурушкина // Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова. Детская неврология и психиатрия, 2014.-N 1.-С.52-56.
211. Этнокультуральные различия клинико –психологических взаимосвязей при алкогольной зависимости: возможности пиктографической идентификации / Н.А. Бохан [и др.] // Психотерапия, 2011.-N 9.-С.55-59.
212. Энотерриториальная гетерогенность формирования алкогольной зависимости у коренного населения Сибири / Н.А. Бохан [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии. Алкоголизм, 2013.-N 6.-С.9-13.
213. Amy C Iversen, Lauren van Staden, Jamie Hacker Hughes, Neil Greenberg, Matthew Hotopf, Roberto J Rona, Graham Thornicroft, Simon Wessely, Nicola T Fear The stigma of mental health problems and other barriers to care in the UK Armed Forces BMC Health Serv Res. 2011; 11: 31.
214. Alan C Swann Antisocial personality and bipolar disorder: interactions in impulsivity and course of illness Neuropsychiatry (London) 2011; 1(6): 599–610.
215. Adolescent axis I and personality disorders predict quality of life during young adulthood / H. Chen, P. Cohen, S. Kasen et al. // J Adolesc Health. – 2006. – Vol. 39, N 1. – P. 1-2.
216. A2 diagnostic criterion for combat-related posttraumatic stress disorder / A.B. Adler, K.M. Wright, P.D. Bliese et al. // J Trauma Stress. – 2008. – Vol. 21, N 3. – P. 301-308.
217. A review of initial entry training discharges at Fort Leonard Wood, MO, for accuracy of discharge classification type: fiscal year 2003 / D. W. Niebuhr, T. E. Powers, M. R. Krauss et al. // Mil Med. – 2006. – Vol. 171, N 11. – P. 1142-1146.

218. Analucía A. Alegría, Nancy M. Petry, Deborah S. Hasin, Shang-Min Liu, Bridget F. Grant, Carlos Blanco Disordered gambling among racial and ethnic groups in the US: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *CNS Spectr.* 2009 March; 14(3): 132–142.
219. Association between serotonin transporter gene and borderline personality disorder / X. Ni, K. Chan, N. Bulgin et al. // *J. Psychiatry Res.* – 2006. – Vol. 40, N 5. – P. 448-453.
220. Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq war veterans / C.W. Hoge, A. Terhakopian, C.A. Castro et al. // *Am J Psychiatry.* – 2007. – Vol. 164, N 1. – P. 150-153.
221. Asthma and psychiatric disorders in male army recruits and soldiers / R. Lev-Tzion, T. Friedman, T. Shochat et al. // *Isr Med Assoc J.* – 2007. – Vol. 9, N 5. – P. 361-364.
222. Australian army recruits in training display symptoms of overtraining / C. K. Booth, B. Probert, C. Forbes-Ewan et al. // *Mil. Med.* – 2006. – Vol. 171, N 11. – P. 1059-1064.
223. Barbara Stringer, Berno van Meijel, Bauke Koekkoek, Ad Kerkhof, Aartjan Beekman Collaborative Care for patients with severe borderline and NOS personality disorders: A comparative multiple case study on processes and outcomes *BMC Psychiatry.* 2011; 11: 102.
224. Baronet, A.M. Psychiatric rehabilitation: efficacy of four models / Baronet A.M., Gerber G.R. // *Clinical Psychology Review.* – 1998. – N 18. – P. 189-228.
225. Bradley, R. The psychodynamics of borderline personality disorder: a view from developmental psychopathology / R. Bradley, D. Westen // *Dev Psychopathology.* – 2005. – Vol. 17, N 4. – P. 927-957.

226. Benjamin M. Rottman, Nancy S. Kim, Woo-kyoung Ahn, Charles A. Sanislow Can Personality Disorder Experts Recognize DSM-IV Personality Disorders from Five-Factor Model Descriptions of Patient Cases? The Journal of clinical psychiatry 2011 May; 72 (5):. 630-639 .
227. Brendel, G.R. Defining the neurocircuitry of borderline personality disorder: functional neuroimaging approaches / G.R. Brendel, E. Stern, D.A. Silbersweig.
228. // Dev Psychopathol. – 2005. – Vol. 17, N 4. – P. 1197-1206.
229. Budhani, S. Impaired reversal but intact acquisition: probabilistic response reversal deficits in adult individuals with psychopathy / S. Budhani, R. A. Richell, R. J. Blair // J. Abnormal Psychology. – 2006. – Vol. 115, N 3. – P. 552-558.
230. Clarifying the convergence between obsessive compulsive personality disorder criteria and obsessive compulsive disorder / J. L. Eisen, M. E. Coles, M. T. Shea et al. // J. Personal Disord. – 2006. – Vol. 20, N 3. – P. 294-305.
231. Childhood trauma history and dissociative experiences among Turkish men diagnosed with antisocial personality disorder / U.B. Semiz, C. Basoglu, S. Ebrinc et al. // Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. – 2007. – Vol. 42, N 11. – P. 865-873.
232. Clifton, A. Improving assessment of personality disorder traits through social network analysis / A. Clifton, E. Turkheimer, T.F. Oltmanns // J Pers. – 2007. – Vol. 75, N 5. – P. 1007-1031.
233. Constance Weisner Moving toward SBIRT in the US military Addict Sci Clin Pract. 2013; 8(Suppl 1)
234. Comparing the population health impacts of medical conditions using routinely collected health care utilization data: nature and sources of

- variability / J. F. Brundage, K. E. Johnson, J. L. Lange et al. // *Mil. Med.* – 2006. – Vol. 171, N 10. – P. 937-942.
235. CSF corticotropin-releasing factor in personality disorder: relationship with self-reported parental care / R. J. Lee, J. Gollan, J. Kasckow et al. // *Neuropsychopharmacology*. – 2006. – Vol. 31, N 10. – P. 2289-2295.
236. Descriptive and longitudinal observations on the relationship of borderline personality disorder and bipolar disorder / J.G. Gunderson, I. Weinberg, M.T. Daversa et al. // *Am J Psychiatry*. – 2006. – Vol. 163, N 7. – P. 1126-1128.
237. Deborah Hasin, Miriam C. Fenton, Andrew Skodol, Robert Krueger, Katherine Keyes, Timothy Geier, Eliana Greenstein, Carlos Blanco, Bridget Grant Personality Disorders and the 3-Year Course of Alcohol, Drug, and Nicotine Use Disorders *Arch Gen Psychiatry*. 2011 November; 68(11): 1158–1167.
238. Effects of diagnostic comorbidity and dimensional symptoms of attention-deficit-hyperactivity disorder in men with antisocial personality disorder / U.B. Semiz, C. Basoglu, O. Oner et al. // *Aust N Z J Psychiatry*. – 2008. – Vol. 42, N 5. – P. 405-413.
239. Ehrensaft, M.K. Development of personality disorder symptoms and the risk for partner violence / M.K. Ehrensaft, P. Cohen, J.G. Johnson // *J Abnorm Psychol*. – 2006. – Vol. 115, N 3. – P. 474-483.
240. Evren, C. Antisocial personality disorder in Turkish substance dependent patients and its relationship with anxiety, depression and a history of childhood abuse / C. Evren, S. Kural, M. Erkiran // *Isr J Psychiatry Relat Sci*. – 2006. – Vol. 43, N 1. – P. 40-46.

241. Emily B. Ansell, Anthony Pinto, Ross D. Crosby, Daniel F. Becker, Luis M. Añez, Manuel Paris, Carlos M. Grilo The prevalence and structure of obsessive-compulsive personality disorder in Hispanic psychiatric outpatients J Behav Ther Exp Psychiatry . 2010 September; 41(3): 275–281.
242. Eric B. Elbogen, Sally C. Johnson, H. Ryan Wagner, Virginia M. Newton, Christine Timko, Jennifer J. Vasterling, Jean C. Beckham Protective Factors and Risk Modification of Violence in Iraq and Afghanistan War Veterans J Clin Psychiatry. 2012 June; 73(6): e767–e773.
243. Five-Factor Trait Instability in Borderline Relative to Othr Personality Disorders Christopher J. Hopwood, Mary C. Zanarini Personal Disord. 2010 January; 1(1): 58–66.
244. Fernandez, W. G. Brief interventions to reduce harmful alcohol use among military personnel: lessons learned from the civilian experience / W. G. Fernandez, R. Hartman, J. Olshaker // Mil Med. – 2006. – Vol. 171, N 6. – P. 538-543.
245. First psychiatric hospitalizations in the US military: the National Collaborative Study of Early Psychosis and Suicide (NCSEPS) / R. Herrell, I.D. Henter, R. Mojtabai et al. // Psychol. Med. – 2006. – Vol. 36, N 10. – P. 1405-1415.
246. Frankenburg, F. R. Personality disorders and medical comorbidity / F. R. Frankenburg, M. C. Zanarini // Curr Opin Psychiatry. – 2006. – Vol. 19, N 4. – P. 428-431.
247. Fruzzetti, A. E. Family interaction and the development of borderline personality disorder: a transactional model / A. E. Fruzzetti, C. Shenk, P. D. Hoffman // Dev Psychopathology. – 2005. – Vol. 17, N 4. – P. 1007-1030.
248. Fountoulakis, K.N. Personality disorders: new data versus old concepts / K.N. Fountoulakis, G.S. Kaprinis // Curr Opin Psychiatry. – 2006. – Vol. 19, N 1. – P. 90-94.

249. J. Sundin, N. Jones, N. Greenberg, R. J. Rona, M. Hotopf, S. Wessely, N. T. Mental health among commando, airborne and other UK infantry personnel *Occup Med (Lond)* 2010 October; 60(7): 552–559.
250. Jon E. Grant, Meredith Flynn, Brian L. Odlaug, Liana R.N. Schreiber Personality Disorders in Gay, Lesbian, Bisexual and Transgender Chemically Dependent Patients *The American journal on addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions* 2011 September; 20(5): 405–411.
251. Joan E. Broderick, Evonne Kaplan-Liss, Elizabeth Bass Experimental induction of psychogenic illness in the context of a medical event and media exposure *Am J Disaster Med.* 2011 May-Jun; 6(3): 163–172.
252. Jenessa Sprague, Shabnam Javdani, Naomi Sadeh, Joseph P. Newman, Edelyn Verona Borderline Personality Disorder as a Female Phenotypic Expression of Psychopathy? *Personal Disord.* 2012 April; 3(2): 127–139.
253. Gratz, K. L. Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder / K. L. Gratz, J. G. Gunderson // *Behav Ther.* – 2006. – Vol. 37, N 1. – P. 25-35.
254. Gunderson, J. G. Predictors of 2-year outcome for patients with borderline personality disorder / J. G. Gunderson // *Am. J. Psychiatry.* – 2006. – Vol. 163, N 5. – P. 822-826.
255. Harriet J Forbes, Norman Jones, Charlotte Woodhead, Neil Greenberg, Kate Harrison, Sandra White, Simon Wessely, Nicola T Fear What are the effects of having an illness or injury whilst deployed on post deployment mental health? A population based record linkage study of UK Army personnel who have served in Iraq or Afghanistan / Harriet J Forbes,

- Norman Jones, Charlotte Woodhead, Neil Greenberg, Kate Harrison, Sandra White, Simon Wessely, Nicola T // BMC Psychiatry. 2012; 12: 178.
256. Hilario Blasco-Fontecilla, Enrique Baca-Garcia, Paul Duberstein, Mercedes Perez-Rodriguez, Kanita Dervic, Jeronimo Saiz-Ruiz, Philippe Courtet, Jose de Leon, Maria A. Oquendo An exploratory study of the relationship between diverse life events and personality disorders in a sample of suicide attempters J Pers Disord. 2010 December; 24(6): 773–784.
  257. Han-Wei Chou, Wen-Chii Tzeng, Yu-Ching Chou, Hui-Wen Yeh, Hsin-An Chang, Yu-Cheng Kao, Nian-Sheng Tzeng Psychological morbidity, quality of life, and self-rated health in the military personnel Neuropsychiatr Dis Treat. 2014; 10: 329–338.
  258. Hare, R. D. Psychopathy: a clinical and forensic overview / R. D. Hare // Psychiatr Clin North Am. – 2006. – Vol. 29, N 3. – P. 709-724.
  259. Hayward, M. Personality disorders and unmet needs among psychiatric inpatients / M. Hayward, M. Slade, P.A. Moran // Psychiatric Service. – 2006. – Vol. 57, N 4. – P. 538-543.
  260. Herman Staudenmayer, Kent L. Christopher, Lawrence Repsher, Ronald H. Hill Mass Psychogenic Illness: Psychological Predisposition and Iatrogenic Pseudo-vocal Cord Dysfunction and Pseudo-reactive Airways Disease Syndrome J Med Toxicol. 2011 June; 7(2): 109–117.
  261. Huprich, S. K. Disentangling depressive personality disorder from avoidant, borderline, and obsessive-compulsive personality disorders / S. K. Huprich, M. Zimmerman, I. Chelminski // Compr. Psychiatry. – 2006. – Vol. 47, N 4. – P. 298-306.
  262. Hutchinson, J. W. Evaluating risk-taking behaviors of youth in military families / J. W. Hutchinson // J Adolescent Health. – 2006. – Vol. 39, N 6. – P. 927-928.

263. Howard Waitzkin, Marylou Noble Caring for Active Duty Military Personnel in the Civilian Sector Soc Med (Soc Med Publ Group). 2009 March 1; 4(1): 56–69.
264. Howard B. Moss, Chiung M. Chen, Hsiao-Ye Yi Measures of Substance Consumption Among Substance Users, DSM-IV Abusers, and Those With DSM-IV Dependence Disorders in a Nationally Representative Sample J Stud Alcohol Drugs. 2012 September; 73(5): 820–828.
265. Interpersonal precipitants and suicide attempts in borderline personality disorder / B. S. Brodsky, S. A. Groves, M. A. Oquendo et al. // Suicide Life Threat Behav. – 2006. – Vol. 36, N 3. – P. 313-322.
266. Integrating Competing Dimensional Models of Personality: Linking the SNAP, TCI, and NEO Using Item Response Theory Stephanie D. Stepp, Lan Yu, Joshua D. Miller, Michael N. Hallquist, Timothy J. Trull, Paul A. Pilkonis Personal Disord. Personality disorders 2012 April; 3(2): 107–126.
267. Kerry L. Knox, Steven Pflanz, Gerald W. Talcott, Rick L. Campise, Jill E. Lavigne, Alina Bajorska, Xin Tu, Eric D. Caine The US Air Force Suicide Prevention Program: Implications for Public Health Policy Am J Public Health. 2010 December; 100(12): 2457–2463.
268. Kerry L. Knox, Robert M. Bossarte Suicide Prevention for Veterans and Active Duty Personnel Am J Public Health. 2012 March; 102(Suppl 1): S8–S9.
269. Kyoung-Ho Han, Sung-Bu Lee The Temperament and Character of Korean Male Conscripts with Military Maladjustment-A Preliminary Study Psychiatry Investig. 2013 June; 10(2): 131–136.
270. Keller, A. S. Torture in Abu Ghraib / A. S. Keller // Perspect Biol Med. – 2006. – Vol. 49, N 4. – P. 553-569.

271. Krysin'ska, K. Suicide and deliberate self-harm in personality disorders / K. Krysin'ska, T. S. Heller, D. De Leo // Curr Opin Psychiatry. – 2006. – Vol. 19, N 1. – P. 95-101.
272. Lack of remorse in antisocial personality disorder: sociodemographic correlates, symptomatic presentation, and comorbidity with Axis I and Axis II disorders in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions / R.B. Goldstein, B.F. Grant, B. Huang et al. // Compr Psychiatry. – 2006. – Vol. 47, N 4. – P. 289-297.
273. Levy, K.N. The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder / K.N. Levy // Dev Psychopathol. – 2005. – Vol. 17, N 4. – P. 959-86.
274. Lisa K. Richardson, B. Christopher Frueh, Ronald Acierno Prevalence Estimates of Combat-Related PTSD: A Critical Review Aust NZJ Psychiatry. 2010 January; 44(1): 4–19.
275. Marjon Nadort, Arnoud Arntz, Johannes H Smit, Josephine Giesen-Bloo, Merijn Eikelenboom, Philip Spinhoven, Thea van Asselt, Michel Wensing, Richard van Dyck Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder: study design BMC Psychiatry. 2009; 9: 64.
276. Mark Zimmerman, Theresa A. Morgan The relationship between borderline personality disorder and bipolar disorder Dialogues in Clinical Neuroscience Dialogues Clin Neurosci. 2013 June; 15(2): 155–169.
277. Mark Hallett Physiology of Psychogenic Movement Disorders J Clin Neurosci. 2010 August; 17(8): 959–965.
278. Matthew Price, Daniel F. Gros, Martha Strachan, Kenneth J. Ruggiero, Ron Acierno Combat Experiences, Pre-Deployment Training, and Outcome of Exposure Therapy for Post-Traumatic Stress Disorder in Operation

- Enduring Freedom/Operation Iraqi Freedom Veterans Clin Psychol Psychother. 2013 July; 20(4): 277–285.
279. McCoy, W.K. Do black and white youths differ in levels of psychopathic traits? A meta-analysis of the psychopathy checklist measures / W.K. McCoy, J.F. Edens // J Consult Clin Psychol. – 2006. – Vol. 74, N 2. – P. 386-392.
  280. McQuiston, H.L. Psychosocial rehabilitation: issues and answer for psichiatri / H.L. McQuiston, R. Goisman, C. Tennison // Communiti Mental Health Journal. – 2000. – N 36. – P. 5-6.
  281. Michael S. McCloskey, Antonia S. New, Larry J. Siever, Marianne Goodman, Harold W. Koenigsberg, Janine D. Flory, Emil F. Coccaro Evaluation of behavioral impulsivity and aggression tasks as endophenotypes for borderline personality disorder J Psychiatr Res. 2009 August; 43(12): 1036–1048.
  282. Megan E. Ruiter, Kenneth L. Lichstein, Sidney D. Nau, James Geyer Personality Disorder Features and Insomnia Status amongst Hypnotic-Dependent Adults J Med Toxicol. 2011 June; 7(2): 109–117.
  283. Mehlum, L. Risk factors for long-term posttraumatic stress reactions in unarmed UN military observers: a four-year follow-up study / L. Mehlum, B. O. Koldslund, M. E. Loeb // J. Nerv. Ment Dis. – 2006. – Vol. 194, N 10. – P. 800-804.
  284. Military deployment to the Gulf War as a risk factor for psychiatric illness among US troops / N. Fiedler, G. Ozakinci, W. Hallman et al. // Br. J. Psychiatry. – 2006. – Vol. 188. – P. 453-459.
  285. Mitchell, D. Assessing the validity of the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale with treatment-seeking military service members / D. Mitchell, D. Angelone // Mil Med. – 2006. – Vol. 171, N 9. – P. 900-904.

286. Michael J. Zvolensky, Elizabeth F. Jenkins, Kirsten A. Johnson, Renee D. Goodwin Personality Disorders and Cigarette Smoking among Adults in the United States *J Psychiatr Res.* 2011 June 45(6): 835–841.
287. Moss, K. Severe (psychopathic) personality disorder: a review / K. Moss, H. Prins // *Med. Sci. Law.* – 2006. – Vol. 46, 3. – P. 190-207.
288. Klaus Schmeck, Susanne Schlüter-Müller, Pamela A Foelsch, Stephan Doering The role of identity in the DSM-5 classification of personality disorders *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2013; 7: 27.
289. Neuropsychological outcomes of army personnel following deployment to the Iraq war / J. J. Vasterling, S. P. Proctor, P. Amoroso et al. // *JAMA.* – 2006. – Vol. 296, N 5. – P. 519-529.
290. Nagy A. Youssef, Kimberly T. Green, Eric A. Dedert, Jeffrey S. Hertzberg, Patrick S. Calhoun, Michelle F. Dennis, Mid-Atlantic Mental Illness Research, Education and Clinical Center Workgroup, Jean C. Beckham Exploration of the Influence of Childhood Trauma, Combat Exposure, and the Resilience Construct on Depression and Suicidal Ideation among U.S. Iraq/Afghanistan era Military Personnel and Veterans *Arch Suicide Res.* 2013; 17 (2):. 106-122
291. Okulate, G. T. Post-traumatic stress disorder, survivor guilt and substance use--a study of hospitalised Nigerian army veterans / G. T. Okulate, O. B. Jones // *S. African Medicine J.* – 2006. – Vol. 96, N 2. – P. 144-146.
292. Osone, A. Possible link between childhood separation anxiety and adulthood personality disorder in patients with anxiety disorders in Japan / A. Osone, S. Takahashi // *J Clinical Psychiatry.* – 2006. – Vol. 67, N 9. – P. 1451-1457.

293. Paula M. C. Mommersteeg, Johan Denollet, Annemieke Kavelaars, Elbert Geuze, Eric Vermetten, Cobi J. Heijnen Type D Personality, Temperament, and Mental Health in Military Personnel Awaiting Deployment *Int J Behav Med.* 2011 June; 18(2): 131–138.
294. Paris, J. The development of impulsivity and suicidality in borderline personality disorder / J. Paris // *Dev Psychopathol.* – 2005. – Vol. 17, N 4. – P. 1091-104.
295. Pratap Sharan An overview of Indian research in personality disorders *Indian J Psychiatry.* 2010 January; 52(Suppl1): S250–S254.
296. Personality disorder otherwise specified. Searching for an empirically based diagnostic threshold / L. Jason, M. A. Pagan, T. F. Oltmanns et al. // *J. Personal. Disord.* – 2005. – Vol. 19, N 6. – P. 674-689.
297. Personality disorder traits in childhood and adolescence: concepts, methodological approaches and empirical results / M. Krischer, K. Sevecke, M. Dopfner, et al. // *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother.* – 2006. – Vol. 34, N 2. – P. 87-99.
298. Phuong N Pham, Patrick Vinck, Eric Stover Returning home: forced conscription, reintegration, and mental health status of former abductees of the Lord's Resistance Army in northern Uganda *BMC Psychiatry.* 2009; 9: 23.
299. Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder / M. C. Zanarini, F. R. Frankenburg, J. Hennen et al. // *Am. J Psychiatry.* – 2006. – Vol. 163, N 5. – P. 827-832.
300. Predictive signs and indicators of aggressiveness and violence: a comparison between a group of adolescents attending an external penal area, a group of prisoners and a group of patients with borderline personality disorder / S. La Grutta, R. Lo Baido, M. Castelli et al. // *Minerva Pediatr.* – 2006. – Vol. 58, N 2. – P. 121-129.

301. Psychological morbidity during the 2002 deployment to Afghanistan / B. H. Champion, J. G. Hacker Hughes, M. Devon et al. // J. Army Med. Corps. – 2006. – Vol. 152, N 2. – P. 91-93.
302. Randy A. Sansone, Lori A. Sansone Personality Disorders: A Nation-based Perspective on Prevalence Innov Clin Neurosci. 2011 April; 8(4): 13–18.
303. Rachel Jenkins, Florence Baingana, Raheelah Ahmad, David McDaid, Rifat Atun Social, economic, human rights and political challenges to global mental health / Rachel Jenkins, Florence Baingana, Raheelah Ahmad, David McDaid, Rifat Atun // Ment Health Fam Med. 2011 June; 8(2): 87–96.
304. Relationship of Personality Disorders to the Course of Major Depressive Disorder in a Nationally Representative Sample / Andrew E. Skodol, Carlos M. Grilo, Katherine Keyes, Timothy Geier, Bridget F. Grant, Deborah S. Hasin Am J Psychiatry. 2011 March; 168(3): 257–264.
305. Regional analysis of self-reported personality disorder criteria/ E. Turkheimer, D.C. Ford, T.F. Oltmanns // J Pers. – 2008. – Vol. 76, N 6. – P. 1587-1622.
306. Robert H. Pietrzak, Risë B. Goldstein, Steven M. Southwick, Bridget F. Grant Personality Disorders Associated with Full and Partial Posttraumatic Stress Disorder in the U.S. Population: Results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions Journal of Psychiatric Research 2011 May; 45 (5):. 678-686
307. Ryan, R. M. The developmental line of autonomy in the etiology, dynamics, and treatment of borderline personality disorders / R. M. Ryan // Dev Psychopathology. – 2005. – Vol. 17, N 4. – P. 987-1006.

308. Raveen Hanwella, Varuni Asanka de Silva, Nicholas E L W Jayasekera Alcohol use in a military population deployed in combat areas: a cross sectional study *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2012; 7: 24.
309. Self-punishment as a regulation strategy in borderline personality disorder / M.Z. Rosenthal, K.C. Cukrowicz, J.S. Cheavens et al. // *J Personal Disord*. – 2006. – Vol. 20, N 3. – P. 232-246.
310. Stephanie Booth-Kewley, Emily A Schmied, Robyn M Highfill-McRoy, Gerald E Larson, Cedric F Garland, Lauretta A Ziajko Predictors of psychiatric disorders in combat veterans / *BMC Psychiatry*. 2013; 13: 130.
311. Stress-induced deficits in working memory and visuo-constructive abilities in Special Operations soldiers / C. A. Morgan, A. Doran, G. Steffian et al. // *Biologic Psychiatry*. – 2006. – Vol. 60, N 7. – P. 722-729.
312. Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis / M. Pompili, P. Girardi, A. Ruberto et al. // *Nord. J. Psychiatry*. – 2005. – Vol. 59, N 5. – P. 319-324.
313. Substance use disorders in men with antisocial personality disorder: a study in Turkish sample / O. Uzun, A. Doruk, Z. Perdeci et al. // *Subst Use Misuse*. – 2006. – Vol. 41, N 8. – P. 1171-1178.
314. Sally C. Johnson, Eric B. Elbogen Personality disorders at the interface of psychiatry and the law: legal use and clinical classification *Dialogues Clin Neurosci*. 2013 June; 15(2): 203–211.
315. Shay-Lee Belik, Murray B. Stein, Gordon J. G. Asmundson, Jiten-der Sareen Are Canadian Soldiers More Likely to Have Suicidal Ideation and Suicide Attempts Than Canadian Civilians? *Am J Epidemiol*. 2010 December 1; 172(11): 1250–1258.
316. Sule, A. Antisocial personality disorder as a confounder in PTSD and substance use disorders / A. Sule, K. I. Kelly // *Am. J. Psychiatry*. – 2006. – Vol. 163, N 10. – P. 1840.

317. Strassels Diagnoses and factors associated with medical evacuation and return to duty among nonmilitary personnel participating in military operations in Iraq and Afghanistan /Steven P. Cohen, Charlie Brown, Connie Kurihara, Anthony Plunkett, Conner Nguyen, Scott A. // CMAJ. 2011 March 22; 183(5): E289–E295.
318. Timothy W. Lineberry and Stephen S. O'Connor Suicide in the US Army Mayo Clin Proc. 2012 September; 87(9): 871–878.
319. Tyrer peter, roger mulder, mike crawford, giles newton-howes, erik simonsen, david ndetei, nestor koldobsky, andrea fossati, joseph mbatia, barbara barrett Personality disorder: a new global perspective World Psychiatry. 2010 February; 9(1): 56–60
320. Tests of a symptom checklist to screen for comorbid psychiatric disorders in alcoholism / A. B. Benjamin, D. Mossman, N. S. Graves, R. D. et al. // Compr. Psychiatry. – 2006. – Vol. 47, N 3. – P. 227-233.
321. Test of a single-item posttraumatic stress disorder screener in a military primary care setting / K.L. Gore, C.C. Engel, M.C. Freed et al. // Gen Hosp Psychiatry. – 2008. – Vol. 30, N 5. – P. 391-397.
322. The relationship between subjective sleep quality and aggression in male subjects with antisocial personality disorder / U.B. Semiz, A. Algül, C. Başoğlu et al. // Turk Psikiyatri Derg. – 2008. – Vol. 19, N 4. – P. 373-381.
323. Thomas C. Harford, Chiung M. Chen, Tulshi D. Saha, Sharon M. Smith, Deborah S. Hasin, Bridget F. Grant An Item Response Theory Analysis of DSM–IV Diagnostic Criteria for Personality Disorders: Findings From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions Personal Disord. 2013 January; 4 (1):. 43-54
324. Urs M. Nater, James F. Jones, Jin-Mann S. Lin, Elizabeth Maloney, William C. Reeves, Christine HeimPersonality Features and Personality

- Disorders in Chronic Fatigue Syndrome: A Population-Based Study Psychother Psychosom. 2010 August; 79(5): 312–318.
325. Unexpected high prevalence of metabolic disorders and chronic disease among young male draftees--the Swiss Army XXI experience / B. E. Schleiffenbaum, D. J. Schaer, D. Burki et al. // Swiss Med Wkly. – 2006. – Vol. 18, N 136. – P. 175-184.
  326. Validation of the deployment risk and resilience inventory in French-Canadian veterans: findings on the relation between deployment experiences and postdeployment health / D. Fikretoglu, A. Brunet, J. Poundja et al. // Can J Psychiatry. – 2006. – Vol. 51, N 12. – P. 755-763.
  327. Victoria Ashley, Nikki Honzel, Jary Larsen, Timothy Justus, Diane Swick Attentional bias for trauma-related words: exaggerated emotional Stroop effect in Afghanistan and Iraq war veterans with PTSD BMC Psychiatry. 2013; 13: 86.
  328. Vsevolod Rozanov, Vladimir Carli Suicide among War Veterans Int J Environ Res Public Health. 2012 July; 9(7): 2504–2519.
  329. Welton, R. S. Suicide and the air force mental health provider: frequency and impact / R. S. Welton, L. R. Blackman // Mil. Med. – 2006. – Vol. 171, N 9. – P. 844-848.
  330. Wei-Chen Chuang, Chin-Han Kao, Chih-Kang Chen, Chia-He Peng, Wu-Hsi Wang Servicesuspension for mental disorders in armed forces-draftees in the Penghuarea BMC Psychiatry. 2012; 12: 46.
  331. Zakharov, N. P. Comparative assessment of cognitive styles forming personal behavior in health and borderline personality disorder / N. P. Zakharov // J Neurology Psychiatry S. S. Korsakova. – 2006. – Vol. 106, N 8. – P. 4-12.

332. Grove, W.M. Problems in the classification of Personality Disorders / W.M. Grove, A. Tellegen, // J Personal Disord. – 1991. – Vol. 5. – P. 31-41.

## **Приложение (Базисная карта обследования).**

### **I. Общие данные (1-7)**

1. Номер карты; 2. Дата заполнения; 3. Возраст на момент обследования и постановки диагноза; 4. Дата рождения 5. Срок возникновения декомпенсации по анамнестическим данным; 6. Домашний адрес; 7. Место учебы, работы (не учится, не работает).

### **II. Общие анамнестические сведения (8-11)**

8. Наследственная отягощенность по линии родителей и ближайших родственников:

1. Нет;
2. F0 Органические, включая симптоматические, психические расстройства, эпилепсия;
3. F1 Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с (вызванные) употреблением психоактивных веществ;
3. F2 Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства;
4. F3 Расстройства настроения (аффективные расстройства);
5. F4 Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства;
6. F6 Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте 6.1. Расстройства личности возбудимого круга. 6.2. Расстройства личности тормозимого круга.
7. F7 Умственная отсталость;
8. Суициды;
9. Антисоциальное поведение, деликты.

#### **9. Акушерский анамнез**

1. Антенатальный период
  - 1.1. Без особенностей 1.2. Патология.
2. Перинатальный период:

1.1. Без особенностей 1.2. Патология.

**10. Постнатальный период до 3 х лет**

1.1. Без особенностей 1.2. Патология.

11. Экзогенно органические вредности.

1. Нет;
2. Перенесенная ЧМТ;
3. Менингит;
4. Детские инфекции с менингиальными явлениями;
5. Фебрильные судороги;
6. Тяжелые соматические заболевания;

**III. Особенности микросоциального окружения (12-13)**

12. Условия проживания:

1. В полной семье;
2. В полной семье с отчимом;
3. В полной семье с мачехой;
4. В неполной семье, воспитание матерью;
5. В неполной семье, воспитание отцом;
6. В семье близких родственников;
7. В семье опекунов;
8. В детских специализированных государственных учреждениях;

13. Типы воспитательного воздействия в семьях и детских государственных учреждениях:

1. Нормальное;
2. Гиперопека;
3. «Кумир семьи»;
4. Противоречивое воспитание;
5. Гипоопека;
6. Безнадзорность;

10. Условия жестких взаимоотношений и алкоголизации родителей

**IV. Учебно-производственный анамнез (14-19):**

**14.** Подготовка к школьному обучению:

1. Отсутствовала;
2. Был подготовлен;

**15.** Успеваемость с 1 по 5 класс:

1. Низкая;
2. Средняя;
3. Хорошая;
4. Дублировал классы;
5. Отчислен;

**16.** Успеваемость с 6 по 9 класс:

1. Низкая;
2. Средняя;
3. Хорошая;
4. Дублировал классы
5. Отчислен;

**17.** Успеваемость с 10 по 11 класс:

1. Низкая;
2. Средняя;
3. Хорошая;
4. Дублировал классы;
5. Отчислен;

**18.** Успеваемость в профтехучилище, техникуме;

1. Низкая;
2. Средняя;
3. Хорошая;
4. Отчислен;

**19. Образование на момент осмотра:**

1. 9 классов;
2. 10 классов;
3. 11 классов;
4. Учится в ПТУ;
5. Учится в техникуме;
6. Не учится и не работает в течение (\_\_\_\_) лет;

**V. Клиническая динамика эмоционально-неустойчивого рас-  
стройства личности до призыва в армию (20-33)**

**20. Микросоциальные стрессовые воздействия (острые):**

1. Смерть отца;
2. Смерть матери;
3. Смерть близкого родственника;
4. Развод родителей; 4.1. Уход отца; 4.2. Уход матери;
5. Появление отчима;
6. Появление мачехи;
7. Избиение отцом;
8. Избиение матерью;
9. Избиение родственниками;
10. Коренная ломка жизненного стереотипа (помещение в детское государственное учреждение).
11. Избиение сверстниками;
12. Унижение сверстниками;
13. Сексуальное унижения;
14. Унижение или избиение педагогом воспитателем;
15. Конфликт в семье;
16. Конфликт в школе; 16.1. с педагогами; 16.2. со сверстниками
17. Конфликт на производстве;

18. Конфликт в референтной группе сверстников;

**21.** Микросоциальные стрессовые воздействия (хронические):

1. Избиение отцом (отчимом);
2. Избиение матерью (мачехой);
3. Избиение родственниками;
4. Избиение сверстниками;
5. Жестокие, агрессивные взаимодействия в среде сверстников;
6. Унижение сверстниками;
7. Сексуальное унижение;
8. Унижение или избиение педагогом;
9. Конфликты в семье;
10. Конфликты в школе, ПТУ: 10.1. с педагогами; 10.2. со сверстниками;
11. Конфликты на производстве;
12. Конфликт в референтной группе сверстников;

**22.** Перечень синдромов (клинический тип декомпенсации):

1. Невротический тип расстройств: 1.1. астенический синдром; 1.2. обсессивно-фобический синдром; 1.3. ипохондрический синдром; 1.4. истеро-невротический синдром;
2. Аффективный тип расстройств: 2.1. эксплозивно-дисфорический синдром; 2.2. аффективно-неустойчивый синдром; 2.3. субдепрессивный синдром;
3. Патохарактерологический тип расстройств; 3.1. донозологический (характерологический); 3.2. преднозологический (аномально-личностные реакции); 3.3. нозологический (психопатические реакции);

**23.** Формирующийся личностный радикал:

1. неустойчивый; 2. возбудимый; 3. эпилептоидный; 4. истерический;
5. гипертимный; 6. шизоидный; 7. гармоничный;

**24.** Перечень динамических сдвигов: 1. компенсация; 2. декомпенсация; 3. фазовые состояния; 4. наличие психопатического цикла; 5. проявления депсихопатизации;

**25.** Адаптация:

1. В семье: 1.1. адаптирован; 1.2. снижена; 1.3. нарушена;
2. Среди сверстников: 2.1. адаптирован; 2.2. снижена; 2.3. нарушена;
3. В целом: 3.1. адаптирован; 3.2. снижена; 3.3. нарушена;

**26.** Девинтные формы поведения:

1. Уходы с уроков;
2. Отказ от учебы;
3. Уходы из дома;
4. Драки и агрессия;
5. Грубость и неповиновение старшим;
6. Демонстративно-шантажные суициды;
7. Истинные попытки суицида;
8. Мелкое хулиганство;
9. Мелкое воровство;

**27.** Делинквентные формы поведения:

1. Кражи;
2. Грабеж;
3. Хулиганство;
4. Телесные повреждения;

**28.** Характеристика свойств личности:

1. Гармоничная личность;
2. Нервно-психическая неустойчивость;
3. Акцентуация характера;
4. Транзиторное расстройство личности;
5. Патохарактерологическое развитие;

6. Расстройство личности;

**29.** Острые аффективные реакции на стресс:

1. Экстрапунитивные (агрессивные);
2. Интрапунитивные (аутоагрессивные);
3. Импунитивные (с бегством от ситуации);
4. Демонстративные;

**30.** Общая оценка преморбидных свойств личности в период.

1. Гармоничный преморбид;
2. Акцентуированный;
3. Препсихопатический;

**31.** Типология преморбидной личности:

1. Относительно гармоничный;
2. Гипертимный;
3. Циклоидный;
4. Шизоидный;
5. Психастенический;
6. Эпилептоидный;
7. Эксплозивный;
8. Истероидный;
9. Сензитивный;
10. Возбудимый;
11. Неустойчивый;

**32.** Количество декомпенсаций: / \_\_\_\_ /

**33.** Возраст наступления декомпенсации: / \_\_\_\_ /

#### **VI. Клиническая динамика эмоционально-неустойчивого расстройства личности в период военной службы (34-47)**

**34.** Микросоциальные стрессовые воздействия (острые):

1. Смерть близких родственников;

2. Известие из дома об прекращение взаимоотношений с «любимой»;
3. Призыв в армию;
4. Коренная ломка жизненного стереотипа;
5. Перевод в другую войсковую часть;
6. Перевод в войсковую часть с преобладанием других этнических групп;
7. Перевод в войсковую часть с выраженными формами неуставных взаимоотношений («землячеством» и «дедовщиной»);
8. Унижение со стороны сослуживцев;
9. Избиение сослуживцами;
10. Избиение командирами;
11. Конфликты и драки в референтной группе;
12. Сексуальное унижения

**35. Микросоциальные стрессовые воздействия (хронические):**

1. Жестко регламентированные условия службы;
2. Конфликтные и агрессивные взаимоотношения среди сослуживцев;
3. Служба в войсковой части с преобладанием других этнических групп;
4. Служба в войсковой части с выраженными формами неуставных взаимоотношений («землячеством» и «дедовщиной»);
5. Конфликты с сослуживцами;
6. Конфликты с командирами;
7. Конфликты и драки в референтной группе;

**36. Перечень синдромов (клинический тип декомпенсации):**

1. Невротический тип расстройств: 1.1. астенический синдром; 1.2. обсессивно-фобический синдром; 1.3. ипохондрический синдром; 1.4. истеро-невротический синдром;

2. Аффективный тип расстройств: 2.1. эксплозивно-дисфорический синдром; 2.2. аффективно-неустойчивый синдром; 2.3. субдепрессивный синдром;

3. Патохарактерологический тип расстройств; 3.1. донозологический (характерологический); 3.2. преднозологический (аномально-личностные реакции); 3.3. нозологический (психопатические реакции);

**37.** Перечень динамических сдвигов: 1. компенсация; 2. декомпенсация; 3. фазовые состояния; 4. наличие психопатического цикла; 5. проявления депсихопатизации;

**38.** Адаптация:

1.Взаимоотношения с командирами: 1.1. адаптирован; 1.2. снижена; 1.3. нарушена;

2. Взаимоотношения среди сверстников: 2.1. адаптирован; 2.2. снижена; 2.3. нарушена;

3. В целом: 3.1. адаптирован; 3.2. снижена; 3.3. нарушена;

**39.** Девинтные формы поведения:

1. Отказ от службы;

2. Драки и агрессия;

3. Грубость и неповиновение командирам;

4. Демонстративно-шантажные суициды;

5. Истинные попытки суицида;

6. Мелкое хулиганство;

7. Мелкое воровство;

**40.** Делинквентные формы поведения:

1. Самовольное оставление расположения войсковой части;

2. Дезертирство;

3. Кражи;

4. Грабеж;

5. Хулиганство;

6. Телесные повреждения;

**41. Аддиктивное поведение:**

1. Химические аддикции;

2. Нехимические аддикции;

**42. Характеристика свойств личности в период военной службы:**

1. Нервно-психическая неустойчивость;

2. Акцентуация характера;

3. Патохарактерологические реакции;

4. Невротические реакции и состояния;

5. Транзиторное расстройство личности;

6. Патохарактерологическое развитие личности;

7. Гармоничная личность;

**43. Острые аффективные реакции на стресс:**

1. Экстрапунитивные (агрессивные);

2. Интрапунитивные (аутоагрессивные);

3. Импунитивные (с бегством от ситуации);

4. Демонстративные;

**44. Общая оценка преморбидных свойств личности в период военной службы.**

1. Гармоничный преморбид;

2. Акцентуированный;

3. Препсихопатический;

**45. Типология преморбидной личности:** 1. неустойчивый; 2. возбудимый; 3. эпилептоидный; 4. истерический; 5. гипертимный; 6. шизоидный; 7. гармоничный;

**46. Количество декомпенсаций:** / \_\_\_\_ /

**47.** Период наступления декомпенсации с момента несения военной службы (1,2,3,4): / \_\_\_\_ /

**Данные на момент осмотра призывника (48-64)**

**48.** Континуум личностных расстройств:

1. Нервно-психическая неустойчивость (НПН);
2. Акцентуация характера (АХ);
3. Транзиторное расстройство личности (ТРЛ);
4. Патохарактерологическое развитие личности (ПРЛ);
5. Расстройство личности (РЛ)
6. Гармоничная личность (ГЛ);

**49.** Сформировавшийся личностный радикал:

1. неустойчивый; 2. возбудимый; 3. эпилептоидный; 4. истерический;
- 5.гипертимный; 6. шизоидный; 7. гармоничный;

**50.** Структура личности:

1. Гармоничная
2. Парциальная дисгармония личности
3. Отдельные препсихопатические (психопатические) черты личности
4. Тотальная дисгармония личности

**51.** Форма реагирования

1. Психогенные адаптивные реакции
2. Характерологические реакции
3. Аффективно-личностные реакции
4. Патохарактерологические реакции
5. Психопатические реакции

**52.** Продолжительность реагирования и характеристика динамики

1. От нескольких минут до нескольких часов с обратимой динамикой
2. От нескольких часов до одной недели с обратимой динамикой

3. От нескольких недель до нескольких месяцев с обратимой динамикой, или формирующейся краевой психопатией
4. От нескольких часов до нескольких суток с ослаблением или усилением патологических черт (компенсация-декомпенсация)
- 4.5. От нескольких суток до нескольких недель с ослаблением или усилением патологических черт (компенсация-декомпенсация)

### **53. Формы реагирования:**

1. Отношение к микросоциальной среде: 1.1. Проявляется преимущественно в микросоциальной среде 1.2. Выходит за рамки микросоциальной среды
2. Социальная адаптация: 2.2. Не ведет к нарушению адаптации 2.2. Незначительные дезадаптивные расстройства с дезинтеграцией поведения (на период психотравмирующей ситуации) 2.3. Значительные дезадаптивные расстройства с дезинтеграцией поведения (со склонностью к приобретению стереотипов поведения в психотравмирующей ситуации) 2.4. Нарушение адаптации
3. Отношение к психотравмирующей ситуации: 3.1. Умеренно выраженная фиксация на психотравмирующей ситуации 3.2. Психическая травма осознается и перерабатывается личностью 3.3. Выраженные, но кратковременные проявления 3.4. Реакция на психическую травму превышает определенный «потолок» нарушений 3.5. Ответная реакция на психическую травму всегда превышает силу раздражителя

### **54. Эмоциональные расстройства:**

1. Адаптивные аффективные реакции
2. Аффективные реакции с нарушением поведения с сохраненной критикой
3. Аффективные реакции с нарушением с нарушением поведения и снижением критики

4. Аффективные реакции с нарушением поведения, отсутствием критики
5. Аффективные разряды сопровождающиеся сужением сознания на высоте аффекта

**55. Волевые нарушения:**

1. Контроль за поведением 1.1. Сохранен 1.2. Частичная утрата 1.3. Снижен 1.4. Утрата контроля
2. Поведенческие реакции 2.1 Нарушение дисциплины 2.2. Реакции отказа, оппозиции, имитации, гиперкомпенсации 2.3. Драки, физическое оскорбление, суицидальные действия 2.4. Делинквентное поведение 2.5. Правонарушения против личности

**56. Расстройства мышления:** 1. Нет 2. Легковестность суждений в психотравмирующей ситуации 3. Примитивность суждений, отсутствие планомерности, аффективная логика 4. Односторонность суждений, избирательная трактовка происходящего 5. Незрелость суждений, недостаточное прогнозирование своих действий, аффективная логика, неспособность использовать жизненный опыт и интеллект для разрешения конфликта.

**57. Антропометрия:**

1. Рост / \_\_\_\_\_ /
2. Вес / \_\_\_\_\_ /
3. Окружность грудной клетки / \_\_\_\_\_ /

**58. Инфантилизм:**

1. Нет
2. Органический
3. Психический
4. Психофизический

## 5. Физический

### **59.** Варианты пубертатного криза:

1. Норма
2. Психологический криз созревания
3. Патологический пубертатный криз
4. Дисгармонический пубертатный криз

### **60.** Неврологическое состояние:

1. Признаки органической неполноценности ЦНС отсутствуют
2. Слабо или в средней степени выражена вегетативная симптоматика без четких органических симптомов
3. Выраженная вегетативная симптоматика без четких органических симптомов
4. Слабой степени выраженности микро неврологическая симптоматика поражения ЦНС
5. Средней степени выраженности микро неврологическая симптоматика поражения ЦНС
6. Выраженная микро неврологическая симптоматика поражения ЦНС

### **61.** Соматическое состояние:

1. Заболевания органов дыхания
2. Сердечно-сосудистые заболевания
3. Заболевания ЖКТ
4. Заболевания мочевыделительной системы
5. Эндокринная патология
6. Системные заболевания
7. Другие заболевания

### **62.** Экспериментально-психологические методы (ПДО, ММРІ, Тест Леонгарда-Шмишека, тест Люшера, интеллект по Векслеру)

### **63.** Нейрофизиологические методы:

1. ЭЭГ: 1.1. Норма 1.2. Невыраженные локальные изменения 1.3. выраженные общие органические изменения 1.4. Невыраженные локальные изменения 1.5. Выраженные локальные изменения.

2. Эхо-ЭГ: 2.1. Норма 2.2. Внутрочерепная гипертензия легкой степени 2.3. Внутрочерепная гипертензия умеренной степени

**64.** Годность к военной службе, статья 18 графы I расписания болезней и ТДТ (приложение к Положению о военно-врачебной экспертизе, утвержденном Постановлением Правительства Российской Федерации от 25.02.2003 г. №123)

1. Пункт «а» - Резко выраженные, со склонностью к повторным длительным декомпенсациям или патологическим реакциям; Д – не годен к военной службе

2. Пункт «б» - Умеренно выраженные с неустойчивой компенсацией или компенсированные; В – ограниченно годен к военной службе

**Данные на момент осмотра военнослужащего срочной службы**  
**(65-81)**

**65.** Континуум личностных расстройств:

1. Нервно-психическая неустойчивость (НПН);
2. Акцентуация характера (АХ);
3. Транзиторное расстройство личности (ТРЛ);
4. Патохарактерологическое развитие личности (ПРЛ);
5. Расстройство личности (РЛ)
6. Гармоничная личность (ГЛ);

**66.** Сформировавшийся личностный радикал:

1. Шизоидный
2. Эпилептоидный
3. Неустойчивый
4. Истерический

5. Психастенический

6. Астенический

7. Мозаичный

**67. Структура личности:**

1. Гармоничная

2. Парциальная дисгармония личности

3. Отдельные препсихопатические (психопатические) черты личности

4. Тотальная дисгармония личности

**68. Форма реагирования**

1. Психогенные адаптивные реакции

2. Характерологические реакции

3. Аффективно-личностные реакции

4. Патохарактерологические реакции

5. Психопатические реакции

**69. Продолжительность реагирования и характеристика динамики**

1. От нескольких минут до нескольких часов с обратимой динамикой

2. От нескольких часов до одной недели с обратимой динамикой

3. От нескольких недель до нескольких месяцев с обратимой динамикой, или формирующейся краевой психопатией

4. От нескольких часов до нескольких суток с ослаблением или усилением патологических черт (компенсация-декомпенсация)

4.5. От нескольких суток до нескольких недель с ослаблением или усилением патологических черт (компенсация-декомпенсация)

**70. Формы реагирования:**

1. Отношение к микросоциальной среде: 1.1. Проявляется преимущественно в микросоциальной среде 1.2. Выходит за рамки микросоциальной среды

2. Социальная адаптация: 2.2. Не ведет к нарушению адаптации 2.2. Незначительные дезадаптивные расстройства с дезинтеграцией поведения (на период психотравмирующей ситуации) 2.3. Значительные дезадаптивные расстройства с дезинтеграцией поведения (со склонностью к приобретению стереотипов поведения в психотравмирующей ситуации) 2.4. Нарушение адаптации

3. Отношение к психотравмирующей ситуации: 3.1. Умеренно выраженная фиксация на психотравмирующей ситуации 3.2. Психическая травма осознается и перерабатывается личностью 3.3. Выраженные, но кратковременные проявления 3.4. Реакция на психическую травму превышает определенный «потолок» нарушений 3.5. Ответная реакция на психическую травму всегда превышает силу раздражителя

#### **71. Эмоциональные расстройства:**

1. Адаптивные аффективные реакции
2. Аффективные реакции с нарушением поведения с сохраненной критикой
3. Аффективные реакции с нарушением с нарушением поведения и снижением критики
4. Аффективные реакции с нарушением поведения, отсутствием критики
5. Аффективные разряды сопровождающиеся сужением сознания на высоте аффекта

#### **72. Волевые нарушения:**

1. Контроль за поведением 1.1. Сохранен 1.2. Частичная утрата 1.3. Снижен 1.4. Утрата контроля
2. Поведенческие реакции 2.1 Нарушение дисциплины 2.2. Реакции отказа, оппозиции, имитации, гиперкомпенсации 2.3. Драки, физиче-

ское оскорбление, суицидальные действия 2.4. Делинквентное поведение 2.5. Правонарушения против личности

**73.** Расстройства мышления: 1. Нет 2. Легковестность суждений в психотравмирующей ситуации 3. Примитивность суждений, отсутствие планомерности, аффективная логика 4. Односторонность суждений, избирательная трактовка происходящего 5. Незрелость суждений, недостаточное прогнозирование своих действий, аффективная логика, неспособность использовать жизненный опыт и интеллект для разрешения конфликта.

**74.** Антропометрия:

1. Рост / \_\_\_\_\_ /
2. Вес / \_\_\_\_\_ /
3. Окружность грудной клетки / \_\_\_\_\_ /

**75.** Инфантилизм:

1. Нет
2. Органический
3. Психический
4. Психофизический
5. Физический

**76.** Варианты пубертатного криза:

1. Норма
2. Психологический криз созревания
3. Патологический пубертатный криз
4. Дисгармонический пубертатный криз

**77.** Неврологическое состояние:

1. Признаки органической неполноценности ЦНС отсутствуют
2. Слабо или в средней степени выражена вегетативная симптоматика без четких органических симптомов

3. Выраженная вегетативная симптоматика без четких органических симптомов
4. Слабой степени выраженности микро неврологическая симптоматика поражения ЦНС
5. Средней степени выраженности микро неврологическая симптоматика поражения ЦНС
6. Выраженная микро неврологическая симптоматика поражения ЦНС

**78. Соматическое состояние:**

1. Заболевания органов дыхания
2. Сердечно-сосудистые заболевания
3. Заболевания ЖКТ
4. Заболевания мочевыделительной системы
5. Эндокринная патология
6. Системные заболевания
7. Другие заболевания

**79.** Экспериментально-психологические методы (ПДО, ММРІ, Тест Леонгарда-Шмишека, тест Люшера, интеллект по Векслеру)

**80.** Нейрофизиологические методы:

1. ЭЭГ: 1.1. Норма 1.2. Невыраженные локальные изменения 1.3. выраженные общие органические изменения 1.4. Невыраженные локальные изменения 1.5. Выраженные локальные изменения.
2. Эхо-ЭГ: 2.1. Норма 2.2. Внутричерепная гипертензия легкой степени 2.3. Внутричерепная гипертензия умеренной степени

**81.** Годность к военной службе, статья 18 графы II расписания болезней и ТДТ (приложение к Положению о военно-врачебной экспертизе, утвержденном Постановлением Правительства Российской Федерации от 25.02.2003 г. №123)

1. Пункт а) Резко выраженные, со склонностью к повторным длительным декомпенсациям или патологическим реакциям; Д – не годен к военной службе
2. Пункт б) Умеренно выраженные с неустойчивой компенсацией или компенсированные; В – ограниченно годен к военной службе

**Реабилитационная карта военнослужащего срочной службы (82-84)**

**82. По месту проведения:**

1. Нуждается в амбулаторном лечении в психиатрической больнице
2. Нуждается в стационарном лечении в психиатрической больнице
3. Нуждается в стационарном лечении в соматической больнице

**83. Микросреда:**

1. Не нуждается в существенном оздоровлении
2. Нуждается в ограниченном количестве мер
3. Нуждается в существенном оздоровлении
4. Работа с семьей

**84. По объекту воздействия:**

1. По состоянию самого военнослужащего: 1.1 Лечить острое состояние (декомпенсация) 1.2. Лечить подострое состояние (неустойчивая компенсация) 1.3. Формировать обратное развитие клинико-динамического варианта 1.4. Работа с патологическим поведенческим стереотипом
2. Коррекция и лечение конституционально-биологической основы
3. Коррекция и лечение соматогенно-органической основы: 3.1. Соматические заболевания 3.2. Последствия травматического и инфекционно-органического поражения ЦНС
4. Проведения социотерапевтических мероприятий

**Реализация реабилитационных и психопрофилактических мер****(85-115)****85. Фармакотерапия:**

1. Нейролептики
2. Транквилизаторы
3. Антидепрессанты
4. Ноотропы
5. Адаптогены
6. Вазоактивные препараты
7. Дегидратирующие препараты
8. Витамины
9. Антиоксиданты
10. Средства симптоматической терапии

**86. Психотерапия:**

1. Рациональная психотерапия
2. Поведенческая психотерапия
3. Суггестивная терапия
4. Аутогенная психотерапия

**87. Субъект психотерапии:**

1. Сам военнослужащий
2. Родители
3. Члены референтной группы

**88. Другие виды терапии:**

1. Физиолечение
2. Лечебная физкультура
3. Разгрузочно-диетическая терапия

**Социотерапевтический комплекс****89. Военнослужащему: профориентация и трудоустройство**

**90.** По месту проведения: 90.1. центр занятости населения; 90.2. молодежная биржа труда 90.3. психолог; 90.4. центр медицинской профилактики.

**Карта катamnестического наблюдения:**

1. № Базисной карты
2. Диагноз
3. Длительность катamnеза
4. Качество ремиссии (компенсации)
5. Уровень семейной адаптации
6. Уровень профессиональной адаптации
7. Девиантные формы поведения
8. Делинктвенные формы поведения
9. Взаимоотношения в семье
10. Взаимоотношения в коллективе сверстников
11. Регулярность поддерживающего лечения
12. Годность к военной службе статья и пункт Приказа №123
13. Дополнительные сведения катamnеза