

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Сибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

В. Г. Бухаров, И. Р. Семин

**Расстройства личности у призывников
(клинико-катамнестическое исследование)**

Томск
Сибирский государственный медицинский университет
2015

УДК 616.89-056.1-053.7-071:355.211.1»1998/2003»

ББК 56.14+68.49(2Рос)23

Б940

Б 940 Бухаров В. Г., Семин И. Р. Расстройства личности у призывников (клинико- катamnестическое исследование) / В.Г. Бухаров, И.Р. Семин. – Томск: Изд-во СибГМУ, 2015. – 135 с.

ISBN 978-5-98591- 100-8

В предлагаемой вниманию читателей монографии отражены результаты клинико-катamnестического изучения призывников из Томска и районов Томской области, которым в результате проведения военно-психиатрической экспертизы в 1998 и 2003 гг. был установлен диагноз психопатии (расстройства личности). Подробно описаны не только клинические особенности, но и социально-демографические характеристики молодых людей с патохарактерологической симптоматикой. Представлены данные 15-летнего катamnестического прослеживания призывников 1998 г. и 10-летнего катamnеза призывников 2003 г. с расстройствами личности.

Для врачей-психиатров, врачей призывных комиссий военкоматов, курсантов факультетов повышения квалификации медицинских вузов, преподавателей кафедр психиатрии и наркологии.

УДК 616.89-056.1-053.7-071:355.211.1»1998/2003»

ББК 56.14+68.49(2Рос)23

Рецензент:

Л. Д. Рахмазова – доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник отделения аддиктивных состояний Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научно-исследовательский институт психического здоровья» (г. Томск)

Утверждено к печати редакционно-издательским советом Сибирского государственного медицинского университета.

ISBN 978-5-98591- 100-8

© В. Г. Бухаров, И. Р. Семин, 2015

© Сибирский государственный медицинский университет, 2015

ВВЕДЕНИЕ

С того времени, как расстройства личности (до 1999 г. именуемые психопатиями) после публикации в 1903 г. результатов клинических наблюдений Э. Коха обрели в психиатрии нозологический статус, не прекращаются споры специалистов об их диагностических критериях и классификации этих расстройств. Первоначально «психопатами» называли людей грубых, злобных, коварных, не способных к сочувствию и крайнее себялюбивых [Каннабих Ю., 1994]. Позднее к психопатам были отнесены также люди патологически застенчивые, неуверенные в себе, тревожно-мнительные. Необходимо было упорядочить накопленные результаты клинических исследований, и в последующем практически каждый видный исследователь [Краепелин Е., 1927; Kretschmer E., 1927; Ганнушкин П. Б., 1933; Гиляровский В. А., 1946] составил оригинальную классификацию психопатий (расстройств личности). Это в значительной мере осложняло и диагностику характерологических нарушений, и сопоставление, например, данных о распространенности психопатий.

В отечественной психиатрии дискуссия между исследователями продолжается до сих пор, и классификация расстройств личности, разработанная Б. В. Шостаковичем и В. Ф. Матвеевым (1988), значительно отличается от того, что предлагает А. Б. Смулевич (1983, 2007).

Ситуация еще больше осложнилась после того, как военные медики предложили использовать в практике военно-психиатрической экспертизы призывников термин «транзиторные расстройства личности», при которых «в поперечнике диагноз не вызывает сомнения, а в длиннике не подтверждается жизнью» [Куликов В. В. и др., 2003]. В методическом пособии для врачей «Расстройства личности (психопатии) в практике военно-врачебной экспертизы» (2003), подготовленном В. В. Куликовым с соавторами, сказано: «Ввиду отсутствия четких критериев стабильности и парциальности дисгармонии личности ... правильнее пользоваться динамическим (этапным) диагнозом «транзиторное расстройство личности». Под «динамическим (этапным) диагнозом» здесь, очевидно, понимается временное расстройство психики (на период призыва в армию), которое потом без сожаления может быть изменено или снято. Это радикально изменило характер деятельности врачей военно-призывных комиссий и психиатров-экспертов.

В связи с вышеизложенным мы решили проанализировать результаты военно-психиатрической экспертизы призывников из Томска и райо-

нов Томской области с диагнозом психопатии (расстройства личности) за 1998 и 2003 гг. и проследить их судьбу после прохождения экспертизы.

Для выполнения поставленной цели пришлось решать целый ряд промежуточных задач:

1. Сравнить общую численность призывников 1998 и 2003 гг., направленных военно-врачебными комиссиями военкоматов на военно-психиатрическую экспертизу, а также число признанных негодными к военной службе вследствие психических расстройств.

2. Сопоставить сведения о призывниках 1998 и 2003 гг., признанных негодными к военной службе вследствие расстройств личности (психопатий) с учетом клинической структуры этой патологии.

3. Изучить особенности диагностики психопатий у призывников 1998 г. и расстройств личности у призывников 2003 г.

4. Оценить социально-демографические характеристики призывников 1998 г. с диагнозом психопатии и призывников 2003 г. с диагнозом расстройств личности.

5. Сопоставить социально-демографические характеристики призывников 1998 г. и призывников 2003 г. с клинически сходными проявлениями: например, с возбудимой и неустойчивой психопатией (1998 г.) и эмоционально неустойчивым (импульсивный тип) и транзиторным эмоционально неустойчивым (импульсивный тип) расстройствами личности (2003 г.).

6. Провести катamnестическое исследование призывников с диагнозом психопатия (1998 г.) и расстройство личности (2003 г.) до июня 2013 г.

В результате выполнения поставленных задач была получена приоритетная информация о количественном и качественном составе призывников из Томска и районов Томской области с расстройствами личности 1998 и 2003 гг. Как оказалось, имели место выраженные отличия диагностики психопатий и расстройств личности у призывников 1998 и 2003 гг. Социально-демографические характеристики призывников 1998 и 2003 гг. с расстройствами личности (психопатиями) достоверно отличались. Прослеживание судьбы (катamnез) призывников 1998 и 2003 гг. с расстройствами личности (психопатиями) выявило, с одной стороны, сходство, с другой стороны, показало выраженные различия по клиническим и социальным параметрам.

Полученная в результате нашего исследования информация может быть использована для совершенствования работы военно-врачебных комиссий военкоматов и изменения практики военно-психиатрической экспертизы призывников, в первую очередь, за счет отказа от использования диагнозов, которых нет в Международной классификации болезней 10-го пересмотра – транзиторное и инфантильное расстройства личности.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра

РЛ – расстройства личности

Глава 1

РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ: КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ (обзор литературы)

Современная психиатрия дает следующее определение расстройствам личности: *расстройства личности – это тяжелое нарушение характерологической конституции и поведенческих тенденций индивидуума, вовлекающее обычно несколько сфер личности и почти всегда сопровождающееся личностной и социальной дезинтеграцией* (Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).

Актуальность изучения расстройств личности (РЛ) определяется тем, что в публикациях последнего времени отечественные авторы свидетельствуют об увеличении распространенности этой патологии: 74,4 на 100 тысяч населения в 1999 г. и 127,7 в 2008 г. [Чуркин А. А., Творогова Н. А., 2009]. Однако уже в 90-е годы прошлого века Б. А. Казаковцев (1998) писал о «стремительном росте показателей заболеваемости психопатиями».

Согласно данным зарубежных исследователей [Hamilton J. R., 1981; Sass H. et al., 1994; Zimmerman M. et al., 2005], число больных с различными расстройствами личности составляет около трети амбулаторных пациентов психиатрических клиник.

В соответствии с данными официальной статистики авторы приводят показатели, свидетельствующие о ещё большем разбросе распространенности расстройств личности в разных популяциях: от 0,3 до 9,0 % [Петраков Б. Д., Цыганков Б. Д., 1996; Каплан Г., Сэдок Б., 1998; Смулевич А. Б., 1999].

1.1. История изучения расстройств личности

Термин «психопатия» впервые был предложен для описания клинических случаев немецким психиатром Э. Кохом в 1903 г. Одна-

ко формирование представлений специалистов об этой нозологической форме началось значительно раньше.

В Великобритании в 1835 г. появилась книга «Moral Insanity» (моральное помешательство). Автора этой книги – J. Prichard – британские психиатры считают родоначальником учения о психопатиях. Дж. Причард описал людей, у которых «интеллектуальные функции кажутся мало и вовсе неповрежденными, в то время как нарушения проявляются исключительно в состоянии чувств, характера и привычек». Он утверждал, что им присущи такие качества, как грубость, злобность, коварство, неспособность к сочувствию, крайнее себялюбие. Очевидно, что среди описанных им субъектов имелись не только психопатические личности в современном понимании, но также лица с иными психическими расстройствами без признаков психозов. Дж. Причарда можно считать первым, кто стал связывать аморальность и преступность с психопатией, кто во многом отождествлял эти понятия. Впоследствии такое сближение преступности и личностных расстройств развил итальянский психиатр и антрополог Чезаре Ломброзо (1876).

Отец-основатель психиатрии США – Бенджамин Раш в 1812 г. писал о людях с *moral derangements* – моральной дизрегуляцией, иногда талантливых, которые действуют под влиянием аффекта и совершают необдуманные порочные поступки. «Во всех этих случаях врожденной сверхъестественной моральной порочности, вероятно, имеется особо дефектное строение тех частей организма, которые ответственны за моральные способности психики» – полагал Б. Раш.

Значительный вклад в обсуждаемую проблему внес английский психиатр Henry Maudsley, который опубликовал в 1871 г. книгу «Душевно больной темперамент». В своем труде он описал особый темперамент, который не является ни психической болезнью, ни состоянием здоровья, но является «пограничной областью». У людей с таким темпераментом отмечаются необычные поступки, странности мышления и эмоций.

Ф. И. Герцог (1846) и А. Н. Пушкарев (1848) первыми в российских медицинских изданиях упоминают о пациентах с необычными чертами характера. Эти же авторы обратили внимание на проблему судебно-медицинского освидетельствования таких лиц. В работе 1846г. Ф. И. Герцог пишет, что встречаются люди, которым свойственны «странности и превратности характера», выражающиеся в

склонности к порывам гнева, к состояниям тоски, страха. У них нет помешательства, но имеется состояние, близкое к помешательству.

Естественные науки во второй половине XIX века отмечены влиянием теории эволюции Ч. Дарвина. Противоположностью ей в психиатрии стало «учение о нисходящей психической дегенерации» Бенедикта Мореля, изложенное 1857 г. в «Трактате о вырождениях». Там описано накопление и утяжеление в последующих поколениях психических расстройств. То, что сейчас называется расстройствами личности, Морель описывал как «бред в сфере чувств и действий при отсутствии каких-либо очевидных умственных расстройств», «инстинктивное помешательство».

Австрийский психиатр Р. Крафт-Эббинг (1880, 1909) писал о «психических вырождениях», которые довольно часто встречаются в человеческом обществе. Под ними он понимал своеобразные отклонения психической жизни, промежуточные между состояниями умственного недоразвития и душевными болезнями. Эти изменения психики «стоят в таком же отношении к собственно называемым душевными болезнями, как неправильное от рождения образование органа – к случайному заболеванию последнего. Характер человека получает болезненное направление». Р. Крафт-Эббинг отмечал у таких людей расстройства влечений, отклонения в сфере мышления, неуравновешенность, импульсивность.

Обращался к теме психопатий и видный отечественный ученый Владимир Михайлович Бехтерев. В опубликованной в 1886 г. монографии, посвященной психопатиям, он определял их как патологические состояния психики с лабильностью эмоций, импульсивностью и недостаточностью нравственного чувства. В. М. Бехтерев считал, что в основе психопатий лежат изменения в структуре головного мозга.

Развитие учения о психопатиях в XX веке протекало по двум направлениям. Первое из них, клиническое направление, основано на представлении о расстройствах личности как о нозологических единицах, отграниченных от вариантов нормального развития. Второе направление представлено социальными, психологическими и психоаналитическими исследованиями. Эту дихотомию в теоретических подходах отмечал П. Б. Ганнушкин (1933) и описывал ее следующим образом: «Путь, которым можно идти при изучении этого материала, думается нам, двоякий: один путь, путь испытанный, надежный, давший нам уже блестящие результаты, это – путь от болезни к здоровью, от большой сугубой психиатрии к малой, пограничной, путь, ко-

торым до сих пор шла наша дисциплина (и не только она одна) и от которого нет никаких оснований отказываться. Другой путь, если угодно, – обратный: от здоровья к болезни или, вернее говоря, путь, имеющий своим исходным пунктом не население психиатрической больницы, а обычную жизненную среду, обычную жизненную атмосферу; этот путь изучает личность в ее взаимоотношениях с окружающей средой, с акцентом на последней».

Родоначальником первого направления является Е. Краепелин [Крепелин Э., 1923; Kraepelin E., 1927], который представлял психопатии как «ростки» патологических процессов – эпилепсии и эндогенных психозов. Исходя из этого, он построил свою классификацию, где психопатия понимается как клиническая категория, отличающаяся не только от нормы, но от активно текущего психического заболевания. Эта идея получила продолжение в работах Э. Кречмера [Kretschmer E., 1927], который рассматривал все психопатии в рамках двух групп – циклоидов и шизоидов, опираясь на положения Е. Краепелин о разделении эндогенных психозов на две полярные группы (шизофрения – маниакально-депрессивный психоз).

Е. Kretschmer был уверен, что существуют жесткие корреляции между эндогенными психозами и телесной конституцией. Среди больных шизофренией преобладают лица лептосомной (астенической) и диспластической конституции. При заболеваниях циркулярного круга преобладает пикническая конституция. Он писал: «Шизоидом или циклоидом мы называем колеблющиеся между здоровьем и болезнью патологические личности, которые отражают в легкой степени основные симптомы шизофренического и циркулярного психоза; такие шизоидные и циклоидные типы, прежде всего, встречаются в препсихотическом периоде самих душевнобольных, а затем среди их близких и кровных родственников. Обе группы дают прочную основу для нашего описания. Раз мы их установили, то имеем право называть шизоидами и циклоидами такие патологические личности, которые по своему телесному и психическому габитусу совпадают с ними, хотя соответствующий психоз в ближайшем поколении отсутствует». Распределение между различными вариантами в этих больших группах он проводит исходя из диатетической пропорции для циклоидов и психэстетической пропорции для шизоидов. Диатетическая пропорция основывается на двух полярностях – маниакальной и депрессивной, между которыми распределяются различные личностные типы. Причем в течение жизни у одного человека может проис-

ходить волнообразное смещение внутри этой пропорции. Психэстетическая пропорция шизоидов основывается на двух крайних вариантах – чрезмерно чувствительные гиперэстетические личности и холодные анестетические, при этом, в отличие от циклоидов, личностная динамика в этой группе носит однонаправленный характер от гиперэстетических, тонко чувствующих натур в молодости, до холодных эмоционально тупых в старости.

Классификация, предложенная П. Б. Ганнушкиным (1933), являлась на протяжении многих лет наиболее популярной среди советских психиатров, а диагностические признаки общие для всех психопатий, выделенные им, остаются актуальными и по настоящий момент – тотальность, выраженность и стабильность. Кроме того, одним из важных аспектов его работ является описание динамики психопатий, основными элементами которой служат: 1) фаза или эпизод, 2) шок, 3) реакция, 4) развитие. В предложенной им классификации психопатий присутствуют такие типы: параноики, шизоиды, циклоиды, epileптоиды и истерики, неустойчивые, антисоциальные, астеники и конституционально глупые.

С. С. Корсаков назвал главу в своем «Курсе психиатрии» (1901) «Прирожденная психопатическая конституция или врожденная психопатия, или наследственная психическая дегенерация». Он писал: «Прирожденной психопатической конституцией я называю такое болезненное расстройство психической деятельности, которое выражается в большей или меньшей недостаточности «дефектности» в психических направлениях, в неуравновешенности душевного строя, в дисгармонии его, и обуславливается или наследственностью, или условиями, влияющими на развитие мозга в период утробной жизни. Эта форма душевного расстройства должна считаться выражением психической дегенерации...»

Сторонник наследственной теории происхождения психопатии Е. Kahn (1928) утверждал, что «никакой организм не может выйти за пределы унаследованного, врожденного, личность может только реализовывать заложенные в ней потенции».

В нашей стране таких взглядов на происхождение расстройств личности придерживались М. П. Кутанин (1926), В. П. Осипов (1923), Т. И. Юдин (1926). Позднее отечественные психиатры В. А. Гиляровский (1938), М. О. Гуревич (1949), Е. А. Попов (1958), Г. Е. Сухарева (1959), Д. Е. Евстафьев (1959) в своих работах утверждали, что психопатии – результат «повреждения зачатка» теми или иными вредно-

стями, действующими антенатально, постнатально или в раннем детстве.

Авторы называли «повреждением зачатка» различные воздействия на плод во время беременности, а также в определенной степени в перинатальный период. В частности В. А. Гиляровский (1946) указывал, что в генезе психопатий более всего следует считаться с предрасположением, обусловленным повреждением зачатка.

Второй подход к изучению РЛ предполагает в качестве отправного пункта не болезнь, а здоровье. В соответствии с этой точкой зрения РЛ отличаются от «нормы» в основном количественными характеристиками, такими как выраженность и продолжительность тех или иных реакций и форм поведения.

В развитии личности по теории З. Фрейда (1933) можно наблюдать несколько «психосексуальных фаз», нарушение на каком-либо из этапов приводит к возникновению психических расстройств. Он использовал термин «фиксация» для описания случаев, когда человек не развивается нормально от фазы к фазе, а остается на какой-то низшей. Человек с такой «фиксацией» удовлетворяет свои потребности более простыми способами, скорее как ребенок, чем как взрослый.

З. Фрейд выделял «оральный характер», основными признаками которого являются: полная зависимость от матери и удовольствие, связанное с едой. Такой характер имеют личности зависимые, пассивные, ожидающие извне подтверждения своей значимости. «Анальному характеру» свойственны ранние конфликты, возникающие в процессе формирования у ребенка навыков чистоплотности. Эти личности бережливые, раздражительные, упрямые и нередко жестокие. «Фаллический характер» связан с функционированием гениталий, он встречается у людей честолюбивых, тщеславных, решительных, самоуверенных, склонных к лидерству и соперничеству.

К. Г. Юнг (1968), А. Адлер (1956), К. Хорни (1939), Э. Фромм (1947) представили свои оригинальные разработки в качестве альтернативы теоретическим концепциям и воззрениям Фрейда.

Клиническое направление, изучающее расстройства личности (РЛ) с позиции взаимоотношения с нормой, получило развитие в работах К. Schneider (1940), который рассматривал РЛ как отклонения от нормального развития, четко отграничивая их от патологических процессов – таких как шизофрения и аффективные психозы: «Аномальные (и вместе с тем психопатические) личности не являются в

нашем понимании чем-то «патологическим». Нет никакого повода объяснять их болезнями или пороками развития. Аномальные личности должны быть принципиально четко дифференцированы от циклотимных и шизофренических психозов, с достаточным основанием постулированных как патологические». Созданная им классификация включала 10 типов аномальных личностей: гипертимики, депрессивные, неуверенные в себе, фанатичные, ищущие признания, эмоционально лабильные, эксплозивные, бездушные, безвольные, астенические.

Развитием учения К. Shneider являются работы К. Leongard (1976) об акцентуированных личностях. На этой теоретической основе в отечественной литературе А. Е. Личко (1983) описаны типы акцентуаций у детей и подростков. Утверждение К. Leongard'а о том, что «в акцентуированных... личностях потенциально заложены как возможности социально положительных достижений, так и социально отрицательный заряд», важно для психиатров, педагогов и психологов. На основе его теории демонстративную личность не стоит ориентировать на занятия математикой, а рекомендовать публичные профессии. Педанту лучше поручить очень сложную ответственную работу, требующую четкости и пунктуальности, но не заставлять организовывать вечера отдыха, с которыми с большим успехом справилась бы гипертимическая личность с постоянным оптимизмом и склонностью быстро сходиться с людьми.

В советской психиатрии развил концепцию акцентуации личности Андрей Евгеньевич Личко. Он описал свои взгляды в книге «Психопатии и акцентуации характера у подростков» (1983). По мнению А. Е. Личко, при акцентуациях характера в отличие от психопатий нет признаков психопатий: ни относительной стабильности характера на протяжении жизни, ни тотальности его проявлений во всех ситуациях, ни социальной дезадаптации. По крайней мере, никогда не бывает соответствия всем этим трем признакам психопатии одновременно.

Т. Millon (1969) выдвинул теорию биосоциального научения личности для объяснения формирования психопатий. Он рассматривал развитие личности как результат воздействия социального окружения, воспитания, приобретения опыта на базе врожденной, биологической основы личности. В процессе роста некоторые стратегии поведения закрепляются и превращаются в активные и пассивные рефлексy, направленные на поиск или избегание удовольствия и бо-

ли. Он выделял 4 типа РЛ: личности с дефицитом удовольствия, личности интерперсонально-несбалансированные, личности интрапсихически-конфликтные и личности структурально дефектные.

1.2. Современное состояние проблемы

В 1999 г. отечественные психиатры стали использовать в клинической практике МКБ-10, где вместо термина «психопатии» приводится термин «расстройства личности». Этот термин не содержит социально-психологической стигматизации и соответствует лексикону зарубежных коллег [Hare R. D., 1998; Hare R. D., 2003; Walsh T., 2006; Pereira N., 2008]. Однако термин «психопатия» применяется и в настоящее время для обозначения лиц с криминальной направленностью поведения, то есть исключительно в судебной психиатрии.

В современной психиатрии используются две основных классификации психических расстройств: DSM-IV- (APA, 2000) и МКБ-10 (WHO, 1992). DSM-IV- размещает расстройства личности на отдельной оси II, где РЛ представлены тремя группами на основе эмпирических описательных признаков.

Группа А включает параноидное, шизоидное и шизотипическое РЛ (так называемые странные или эксцентричные).

Группа В представлена антисоциальным, пограничным, истерическим и нарциссическим РЛ.

Группа С включает в себя избегающее, зависимое и обсессивно-компульсивное (тревожное) РЛ.

Последняя категория, «РЛ неуточненные», предназначена для РЛ, при которых не выявляются критерии ни одного из вышеупомянутых специфических РЛ.

Классификация МКБ-10 предусматривает всего один раздел, описывающий все РЛ. В нем выделяются специфические РЛ, смешанные и другие РЛ, а также «изменения личности». Специфические расстройства личности включают в себя: параноидное, шизоидное, диссоциальное, эмоционально неустойчивое (импульсивный и пограничный типы), истерическое, тревожное (избегающее), ананкастное и зависимое, а также еще две категории – «другие специфические РЛ» и «РЛ неуточненные».

Классификация МКБ подобна DSM-IV, хотя имеются значительные различия. Например, пограничное РЛ рассматривается как подтип эмоционально неустойчивых расстройств в МКБ-10, а обсесс-

сивно-компульсивное РЛ в DSM-IV названо «ананкастным» в МКБ-10. Избегающее РЛ в DSM-IV только частично соответствует критериям тревожного РЛ в МКБ-10. Еще два расстройства, включенные в DSM-IV, исключены из МКБ-10: шизотипическое расстройство описано в расстройствах шизофренического спектра в МКБ-10, и нарциссическое РЛ, только упомянутое в разделе «другие специфические РЛ» в МКБ-10, без определенных критериев. МКБ-10 содержит другие общие категории РЛ, не имеющие никаких аналогий в DSM-IV, такие как «смешанное РЛ» и «другие расстройства взрослой личности и поведения». Учитывая потребность в ясной классификационной системе и неудовлетворенность двумя имеющимися системами, вероятно, будут внесены важные изменения в классификацию РЛ в DSM-V и ICD-11. [Millon T., Davis R. D., 1995; Widiger T. A., Simonsen E., 2005; Widiger T. A., 2007; Simonsen E., Ronningstam E., Millon T., 2008].

Испанскими психиатрами [Perez Urdaniz A. et. al., 2005] было выполнено сравнительное исследование, где показано, что DSM-IV дает больше положительных результатов при диагностике расстройств личности и сочетанной патологии, чем МКБ-10. Авторы оставляют открытым вопрос «или DSM-IV дает ложноположительные результаты, или МКБ является слишком специфичной?».

Еще одно отличие МКБ-10 от DSM-IV – отсутствие диагноза «смешанного расстройства личности» в американской классификации. DSM предлагает выставлять столько диагнозов РЛ, сколько определяет врач. В отечественной психиатрии существует традиция определять состояния, соответствующие критериям нескольких РЛ, как смешанное РЛ. Этот подход отражен в научном обзоре В. В. Горинова с соавторами (2008), авторы указывают, что границы смешанного расстройства личности (мозаичной психопатии) слишком размыты, клиника едва намечена, в обозначении нет общих договоренностей, что затрудняет изучение клиники и динамики этих патологических состояний.

В американской психиатрии доминирует «социопатический» подход к диагностике расстройств личности. В его основе лежит так называемая антисоциальная концепция психопатий, согласно которой антисоциальное поведение является «стержневым паттерном расстройств личности». Классические клинические подходы к диагностике расстройств личности многие американские авторы подвергают критике, поскольку, по их мнению, они могут быть применены только

к узкому кругу пациентов [Sutker P. B., 1994]. Диссоциальное расстройство личности по критериям американской классификации DSM-IV является «судебно-психиатрическим диагнозом». Сторонники «социопатического» подхода трактуют расстройства личности как причину криминального и асоциального поведения, отвергающего моральные нормы, конфликтности, злоупотребления алкоголем и наркотиками, тунеядства. Разделяющие эти взгляды ученые [Holmes C. A., 1991; Maskay I., 1991] прямо пишут, что «расстройства личности представляют собой исключительно судебно-психиатрическую категорию».

В американской психиатрической литературе ведущим диагностическим признаком расстройств личности является антисоциальное (преступное) поведение [Friedland M. L., 1991; Svrakis D. M., McCallum K., 1991; Simonian S. J. et al., 1991; Brooner R. et al., 1992; North C. S. et al., 1993; Swanson M. C. et al., 1994].

Некоторые американские авторы вообще считают, что вполне можно было бы обойтись двумя диагностическими рубриками: диссоциальным РЛ в судебно-психиатрической практике и множественным (мозаичным) РЛ в общепсихиатрической практике [Bruce-Jones W., Coid J., 1992; Sutker P. B., 1994].

Есть еще один подход к диагностике РЛ, отрицающий ценность клинических данных, основанный на психологическом тестировании. Предлагается «объективизировать и автоматизировать диагностику» расстройств личности, используя результаты тестов, особенно MMPI и Роршаха [McDonald D. A. et al., 1991; Jerzbicki M., 1992; Gacono C. B., Meloy G. R., 1992; Kalliopuska M., 1992; Reise S. P., Oliver C. J., 1994 и др.].

Отечественные психиатры, изучавшие РЛ, неоднократно подчеркивали необходимость соблюдения клинического подхода к диагностике и судебно-психиатрической оценке психопатий [Шостакович Б.В., 1963, 1971; Ревенко М. Г., 1967; Гусинская Л. В., 1979; Дмитриева Т. Б., 1990]. Справедливости ради нужно упомянуть, что и американскими авторами признается многообразие клинических проявлений РЛ [Clarln J. F. et al., 1983; Blashfield R. et al., 1985; Livesley W. J., 1987; Виггинс О. и др., 1997 и др.].

Ю. В. Попов (1991), анализируя современные методы диагностики РЛ, приходит к выводу, что избежать ошибок можно только при длительном клиническом наблюдении.

В. В. Нечипоренко (1991) считает, что даже серия кратковременных наблюдений в клинике за пациентами с признаками рас-

стройств личности (суицидальные попытки, правонарушения, анти-социальное поведение) не позволяет устанавливать достоверный диагноз, если пациент не наблюдался компетентными специалистами в период между стационарированиями, поскольку нередко психопатоподобное поведение является лишь ширмой, скрывающей глубокую патологию. Это неоднократно подтверждалось и исследованиями подростков [Сухарева Г. Е., 1974; Личко А. Е., 1983, 1985; Ковалев В. В., 1995; Гурьева В. А. и др., 1998].

Б. В. Шостакович предлагает собственную классификацию расстройств личности и подразделяет их на три большие группы: с преимущественными нарушениями в сфере мышления (шизоидные и паранойяльные личности), с преимущественно эмоциональными расстройствами (возбудимые, эпилептоидные и истерические личности), с преимущественно волевыми и тревожными нарушениями (неустойчивые, астенические и психастенические личности). Автор соотносит свою классификацию с кластерами РЛ в DSM (Шостакович Б. В., 2005). Также Б. В. Шостакович говорит о структуре психопатии, которая может быть «простой» или «сложной», т. е. речь идет о «чистых формах психопатий» или их смешанных формах [Шостакович Б. В., 2006].

А. Б. Смулевич в рамках динамики психопатий выделяет симптомы невротического и аффективного уровней: соматоформные, тревожно-фобические, обсессивно-компульсивные, конверсионные, сверхценная ипохондрия, дистимия и гипотимия. Кроме того, он описывает симптомы субсихотического уровня (квазипсихозы) при РЛ: идиообсессивные расстройства, помешательство сомнений, истерические психозы, сенестоипохондрия и паранойяльные расстройства [Смулевич А. Б., 2000, 2007, 2009].

Отечественные психиатры описали патоморфоз расстройств личности. Так В. В. Нечипоренко и др. (2005) указывают, что проблема РЛ, в том числе у военнослужащих, становится все более актуальной в связи с отчетливым патоморфозом классических форм психопатий в сторону уменьшения глубины их клинических проявлений и динамикой социально-психологических характеристик общества.

Е. Г. Банщикова (2001) приводит данные сравнительного анализа историй болезни лиц, у которых во время прохождения судебно-психиатрической экспертизы в ГНЦ им. В. П. Сербского с 1960 по 1980 г. и с 1995 по 2000 г. был установлен диагноз «эмоционально неустойчивое расстройство личности». Оказалось, что произошло

уменьшение числа больных с импульсивным типом РЛ по сравнению с пограничным типом, учащение конверсионных нарушений и общее снижение уровня социальной адаптации пациентов с РЛ.

В. Я. Семке (2007) считал, что в наши дни произошел патоморфоз истерии за счет социальных факторов, при этом отмечается ее высокая распространенность (от 0,5 до 2,0 %).

1.3. Лечение и реабилитация пациентов с расстройствами личности

Проявления РЛ эгосинтонны, т. е. не рассматриваются самим больным как чужеродные образования. Это приводит к тому, что пациенты с РЛ за психиатрической помощью обращаются редко. Если им даже случается попасть к психиатру или психотерапевту, то они быстро прекращают лечение, не видя в нем пользы для себя [Комер Р., 2002; Кальченко И. А., 2010].

В лечении расстройств личности можно выделить следующие подходы: психофармакологический и психотерапевтический. Фармакологический подход в лечении расстройств личности в основном направлен на устранение определенных симптомов. При этом авторы, занимающиеся преимущественно судебной психиатрией, делают упор на лечении агрессивности, импульсивности и аффективных колебаний [Шостакович Б. В., 2006]. Другие исследователи [Смулевич А. Б., 2009] придерживаются общепсихиатрического взгляда на РЛ и выделяют как мишени для воздействия препаратов диссоциативные симптомы, тревогу, обсессивно-фобические симптомокомплексы, параноические реакции. А. Б. Смулевич (2009) указывает на различие терапевтических подходов при прототипических РЛ и РЛ с явлениями психопатологического диатеза. Разница подходов определяется конечной целью терапии: при прототипических поддерживающая терапия нужна для дезактуализации психопатологической симптоматики и коррекции поведения, а при РЛ с явлениями психопатологического диатеза купирующая терапия используется для достижения ремиссии.

А. W. Bateman, P. Tyrer (2004) в совместной работе, посвященной организации помощи лицам с РЛ, пишут, что пациентам с основным диагнозом «расстройство личности» редко доступно адекватное лечение в учреждениях, которые призваны оказывать квалифицированную психиатрическую помощь. Их лечение в основном осуществ-

ляется на «периферии» медицинской помощи (в отделениях скорой и неотложной помощи, а также в психиатрических центрах неотложной диагностики). Такие пациенты лишь кратковременно находятся в психиатрических палатах и проходят ограниченное обследование в стационарах, которые перегружены пациентами с хроническими психотическими расстройствами.

В последнее время разработано несколько моделей оказания помощи больным с РЛ: индивидуально работающий врач, разделение функций с психотерапевтом, бригада специалистов. Ни одна из них, к сожалению, не дает уверенности в достижении необходимого терапевтического результата [Campbell M. et al., 2000].

Антипсихотические препараты. Эксперты все еще далеки от согласия относительно того, нужны ли антипсихотические препараты в лечении РЛ. Скорее всего эти препараты будут эффективны при наличии расстройств психотического уровня [Perinpanayagam M. S., Haig R. A., 1997; Zullino D. F. et al., 2002; Walker C. et al., 2003]

Стабилизаторы настроения. Эти препараты широко используются в лечении РЛ. Литий может стабилизировать функционирование серотонинергической системы как эффективный стабилизатор настроения [Tyrer S. P. et al., 1984; Links P. S. et al., 1990]. В двух небольших по числу пациентов с пограничным РЛ рандомизированных испытаниях подтверждена эффективность вальпроатов по сравнению с плацебо [Frankenburg F. R., Zanarini M. C., 2002; Hollander E. et al., 2003].

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина широко изучались в формализованных контролируемых испытаниях в сравнении с плацебо. Их эффективность подтвердилась при агрессивном, импульсивном поведении и проявлениях гнева у лиц с пограничным и импульсивным расстройствами личности [Salzman C. et al., 1995; Coccaro E. F., Kavoussi R. J., 1997].

Дж. Эллисон и Р. Шейдер (1998) указывают на то, что медикаментозное лечение всегда может привести к нежелательным результатам, а при психопатиях – особенно. Причин здесь несколько. Данных о медикаментозном лечении психопатий гораздо меньше, чем о терапии психозов, аффективных и тревожных расстройств. Психопатии текут хронически, значит, лечение может потребоваться длительное. Поскольку психопатия – это патология личности, которая не воспринимается самим больным как психологический дискомфорт, то нередко психопатию трактуют как сознательно выбранный образ

жизни, а не как патологическое состояние, требующее лечения. В таких случаях врачу трудно отличить норму от патологии. Некоторые врачи считают, что задача медикаментозного лечения не устранить отрицательные черты, а усилить положительные [Эллисон Дж., Шейдер Р., 1998].

А. Т. Веck, А. Freeman (1990) в своей работе по когнитивной терапии расстройств личности пишут: «Учитывая распространенность расстройств личности и существующее мнение о том, что поведенческие и когнитивно-поведенческие вмешательства сложно осуществлять с клиентами, страдающими расстройствами личности, становится очевидной важность новых психотерапевтических разработок».

1.4. Социальные аспекты расстройств личности

Личностные девиации могут видоизменяться, т. е. усиливаться или, напротив, становиться в определенном возрасте (чаще в среднем) менее явными. Расстройства личности констатируются в тех случаях, когда патологические изменения выражены столь значительно, что препятствуют полноценной адаптации в обществе, т. е. в их диагностике имеют значение социальные критерии, такие как социальная дезадаптация, агрессивное поведение и связанные с ним правонарушения, а также суицидальные тенденции. Одним из проявлений социальной дезадаптации лиц, страдающих РЛ, является семейное неблагополучие: увеличивается количество разводов, семейных конфликтов, возрастает риск безбрачия. Согласно данным некоторых исследователей, почти половина (44,1 %) больных с РЛ не состоит в браке, а число разводов у них в 2 раза выше среднепопуляционных показателей [Zimmerman M., Coryell W., 1989].

При РЛ отмечается и профессиональная дезадаптация: процент безработных в этой группе больных варьирует в пределах от 23 до 42 % [Reich J. et al., 1989; Drake R. E., Vaillant G., 1985]. Кроме того, РЛ оказывают негативное влияние на успешное обучение и адаптацию в учреждениях профессионально-технического образования [Пальянова И. А., Семке В. Я., 2006].

Расстройства личности сопровождаются высоким риском суицида. По данным, приводимым Б. С. Положим и др. (2008), у 27 % суицидентов имеют место расстройства личности и психопатоподобные состояния в рамках другой психической патологии. В. В. Васильев (2008) на основании обзора отечественной и зарубежной литерату-

ры отмечает, что расстройства личности сопровождаются высоким риском как завершеного суицида, так и парасуицидальных действий. Расстройства личности у суицидентов составляют, в соответствии с данными разных авторов, от 24 до 76,6 %. Также в этой работе выделены формы расстройств личности, отличающиеся особой суицидальной опасностью: эмоционально неустойчивое расстройство (при диагностике по МКБ-10) и пограничное расстройство личности (при диагностике по DSM). В то же время, по мнению А. Б. Смулевича (2007), суицидальное поведение лиц с пограничным расстройством личности имеет, в основном, демонстративно-шантажный характер, а не преследует истинные суицидальные цели. Отдельного внимания заслуживает повышенная криминальная активность лиц с РЛ [Трошкина Е. Н., 2006], так как история учения о психопатиях (расстройствах личности) неразрывно связана с судебной-психиатрической практикой.

Современная психиатрическая статистика свидетельствует о том, что среди невменяемых лиц, совершивших правонарушения, психопаты составили всего 3,3 % [Мальцева М. М., Котов В. П., 1995]. Авторы особо отмечают, что под наблюдение врачей диспансера эти больные почти не попадают.

В отечественной литературе многие исследования расстройств личности посвящены судебной-психиатрическому аспекту [Пережогин Л. О., 2001; Васянина В. И., 2002; Сафуанов Ф. С., 2003; Горинов В. В. и др., 2005; Шостакович Б. В., 2006]. Эти расстройства занимают двойственной положение по отношению к понятию вменяемость: на одном полюсе находятся «глубокие психопатии», где выраженность психических расстройств обуславливает невменяемость. С другой стороны, у большинства подэкспертных с РЛ вменяемость не вызывает сомнений.

Высказывалось мнение, что многие подэкспертные с расстройствами личности соответствуют критериям статьи 22 УК РФ, трактующей понятие «ограниченной вменяемости» [Горинов В. В., Пережогин Л. О., 1999].

По данным Ф. С. Сафуанова (2003), среди подэкспертных, совершивших агрессивные правонарушения и признанных вменяемыми, доля лиц с расстройствами личности составила 18,8 %. В другой своей работе [Сафуанов Ф. С., 2005] автор пишет о том, что агрессия у обвиняемых с РЛ связана не с антисоциальными установками и ценностями, а с чертами характера (демонстративностью, возбуди-

мостью, эксплозивностью и др.). Клинически это проявляется в неумении психопатических личностей использовать прошлый опыт, что ведет к социальной дезадаптации.

В. В. Горинов и др. (2005) при разработке критериев назначения пациентам принудительных мер медицинского характера установили, что необходим учет таких параметров, как ранняя делинквентность, неустойчивость компенсации, смешанный тип расстройств личности, расстройства влечений, злоупотребление психоактивными веществами, высокий уровень базовой агрессивности.

В проведенном исследовании осужденных с РЛ [Обросов И. Ф., 2004] диссоциальное расстройство личности было выявлено в 28,8 % случаев. У этих лиц отмечались высокая рецидивность преступлений, полиморфизм преступлений и низкий уровень адаптации к условиям исправительных колоний. У большинства личностей с диссоциальным расстройством наблюдались частые нарушения режима содержания, являющиеся результатом неустойчивой компенсации и отрицательных клинико-динамических сдвигов.

Особого внимания заслуживает рассмотрение указанной нозологии в связи с изучением качества жизни психически больных и нарушениями социального функционирования [Torgersen S., 2005; Narud K. et al., 2005; Cramer T. et al., 2006; Chen H. et al., 2006].

Нельзя не упомянуть экономический аспект обсуждаемой проблемы. А. Б. Смулевич (2009) пишет: «Экономические потери, ассоциированные с патологией личности (стоимость прямых и косвенных затрат), сопоставимы с затратами на больных психическими заболеваниями в собственном смысле слова. При этом должны учитываться не только расходы на лечение, но и стоимость падения продуктивности и профессионального стандарта, насилия и другого криминального, а также аутодеструктивного поведения, расстройств влечений (алкоголизм, наркомания), дефицита образования и др.».

1.5. Расстройства личности и военная служба

Военная психиатрия рассматривается как раздел экстремальной психиатрии, и ее главная задача – выявление лиц с низкой предсказуемостью поведенческих реакций в условиях военной службы. Между тем выявление личностных расстройств у призывников при клинико-психопатологическом обследовании военно-врачебными экспертными комиссиями представляет наиболее сложную задачу [Мелик-

Пашаян А. Э., 2007]. В. В. Куликов и др. (2004) указывают, что психические заболевания являются не только основной причиной для признания призывников негодными к несению воинской службы, но и основной причиной увольнения из армии по медицинским показаниям. При этом ведущее место в структуре психических заболеваний занимают непсихотические психические расстройства. Поэтому необходима правильная оценка состояния психического здоровья юноши во время проведения военно-врачебной экспертизы.

Вопросы определения годности лиц с психическими расстройствами решаются в ходе военно-психиатрической экспертизы, являющейся частью военно-медицинской экспертизы, порядок которой в настоящее время регламентируется Постановлением Правительства Российской Федерации от 25 февраля 2003 г. № 123: «Положение о военно-врачебной экспертизе». При этом годность к воинской службе определяется в соответствии с расписанием болезней, в котором предусматриваются следующие категории годности к военной службе: А – годен к военной службе; Б – годен к военной службе с незначительными ограничениями; В – ограниченно годен к военной службе; Г – временно не годен к военной службе; Д – не годен к военной службе. Годность лиц с выявленными расстройствами личности определяется согласно статье 18, в пояснениях к которой указано, что статья предусматривает специфические (психопатии, транзиторные личностные расстройства) и другие расстройства личности и поведения. Освидетельствование граждан с РЛ проводится после обследования в условиях психиатрического стационара или диспансера. В статье выделены 2 пункта: «а» и «б». К пункту «а» относятся резко выраженные, не поддающиеся компенсации, так называемые ядерные формы психопатий и патологические развития личности (паранойальное, обсессивно-фобическое и др.), которые соответствует категории Д – не годен к военной службе.

К пункту «б» относятся: умеренно выраженные формы РЛ, проявляющиеся аффективными срывами, реактивными состояниями, выраженностью вегетативных реакций; транзиторные (парциальные) РЛ, не достигающие уровня психопатии, в том числе со стойкой компенсацией эмоционально-волевых и других патологических проявлений; инфантильное РЛ; расстройства половой идентификации и сексуального предпочтения. При этом сама по себе сексуальная ориентация не рассматривается как расстройство. Лица с расстройствами, указанными в этом пункте, попадают в категорию годности В – огра-

ниченно годны к военной службе. Лица с психопатоподобными состояниями (изменениями личности), причинно связанными с конкретными внешними факторами (инфекциями, интоксикациями, травмами и др.), освидетельствуются по тем статьям расписания болезней, которые предусматривают соответствующие нозологические формы нервно-психической патологии.

Случаи установочного, нарочитого поведения, проявления недисциплинированности, не вытекающие из всей патологической структуры личности, не могут оцениваться как признаки личностного расстройства.

Обращает на себя внимание, что в пояснении к ст. 18 расписания болезней употребляется термин «транзиторное расстройство личности», который используется только при военно-психиатрической экспертизе и не имеет клинического применения. При этом в методическом пособии Министерства обороны «Расстройства личности (психопатии) в практике военно-врачебной экспертизы» [Куликов В.В. и др., 2003] указывается, что применение этого термина оправдано ввиду того, что процент диагностических ошибок тем выше, чем в более раннем возрасте устанавливается диагноз психопатии. В связи с чем, у лиц юношеского и молодого возрастов в ряде случаев целесообразно применять динамический (этапный) диагноз. При призыве на военную службу и при медицинском освидетельствовании в период военной службы следует выносить заключение о категории годности к военной службе, используя диагноз «транзиторное расстройство личности» с указанием типа расстройства личности в соответствии с МКБ-10, например, «транзиторное истерическое расстройство личности» или «транзиторное расстройство личности шизоидного типа». Окончательную же диагностику целесообразно осуществлять по достижении пациентами 25-летнего возраста. Прибегать к динамической диагностике психопатий следует и в тех случаях, когда психиатр выносит диагностическое заключение при наблюдении за обследуемым в течение непродолжительного времени, только в однотипных условиях жизнедеятельности, наличии полиморфных, непостоянных клинических проявлений, отсутствии возможности получения достоверных анамнестических сведений, динамического и катамнестического наблюдения. Динамическая же диагностика психопатий позволяет избежать последствий неправильного установления диагноза и устранит препятствия в решении целого ряда важных социальных проблем (устройство на работу) [Куликов В. В. и др., 2003].

В рамках военно-психиатрической экспертизы выявляется широкая распространенность расстройств личности – до 2/3 лиц от числа направленных на стационарное обследование [Глушко Т. В., 2008; Агарков А. А., 2010; Агарков А. А. и др., 2011].

В исследовании А. А. Марченко (2003) было показано, что после увольнения из рядов Вооруженных Сил РФ по поводу пограничных психических расстройств на учете в районных ПНД состоят только 39,5 % лиц с РЛ, а повторные госпитализации у этой категории лиц встречались лишь в 12,5 % наблюдений.

У военнослужащих срочной службы Т. Н. Козлов и др. (2003) отметили наличие тесной взаимосвязи возникающих аффективных нарушений с личностными особенностями. После совершения аутоагрессивных действий у 50 % обследованных выявлялся внутриличностный конфликт.

Изучив причины преждевременного увольнения из армии 94 военнослужащих, госпитализированных в отделение психиатрии, А. Araszkiwicz et al. (1994) установили, что в 55,3 % случаев оно было обусловлено РЛ. По данным N. Kreitman (1967), примерно у 33–50 % самоубийц-военнослужащих при жизни было диагностировано РЛ.

При исследовании адаптивных возможностей сотрудников ОВД, отправленных на прохождение службы в Чеченскую Республику, было установлено, что сотрудники с личностными акцентуациями в сравнении с сотрудниками без выявленных акцентуаций имели большие трудности в адаптации к действиям в экстремальных условиях [Сидоров П. И. и др., 2008].

Изучению расстройств личности у призывников исследователями пока не уделялось должного внимания, хотя данный вопрос имеет большое значение в связи с большой вероятностью агрессии либо аутоагрессии во время службы [Обросов И. Ф., 2004; Васильев В. В., 2008; Семке В. Я. и др., 2009].

В Томской области Н. В. Петровой (2004) в результате обследования 915 юношей допризывного и призывного возрастов было выявлено 50,9 % лиц с признаками нарушения психического здоровья, причем расстройства личности в группе обследования составили 13,9 %. Ряд работ сибирских ученых так же указывает на то, что расстройства личности играют большую роль в качестве фактора дезадаптации при несении воинской службы [Семке А. В. и др., 2006; Яценко К. О., Корнилов А. А., 2006; Колов С. А., 2009; Яценко К. О., Аксенов М. М., 2014].

В. В. Нечипоренко и др. (2005) отмечают, что проблема РЛ у военнослужащих становится все более актуальной, так как их клиническая диагностика затруднена, а в условиях военной службы расстройства проявляются в полной форме.

В исследовании лиц, прошедших судебно-психиатрическую экспертизу, В. В. Горинов и др. (2005) выявили, что только 23,8 % подэкспертных с РЛ, которым было определено амбулаторное принудительное лечение, прошли службу в армии. Подэкспертных, которым не было определено амбулаторное принудительное лечение, увольняли из армии достоверно чаще.

В. В. Горинов, Л. О. Пережогин (1999) при исследовании социального статуса подэкспертных с РЛ установили, что 6 из 20 были признаны негодными к строевой службе до призыва, 2 подэкспертных во время службы. Служба лиц с РЛ, призванных в ВС РФ, протекала со сложностями: они не могли адаптироваться к новым условиям, не выполняли элементарных правил распорядка, часто подвергались дисциплинарным взысканиям, провоцировали в части конфликты. 2 военнослужащих совершили воинские преступления (дезертирство, убийство сослуживцев).

В исследовании В. В. Марилова (2007) описано 193 подростка, направленных на военно-психиатрическую экспертизу в связи с патологией поведения психопатического характера, осложненной злоупотреблением различными психоактивными веществами. Наличие РЛ было подтверждено во всех случаях. Выявлена статистически достоверная связь между разными типами психопатий (возбудимая, истерическая, гипертимная, неустойчивая, шизоидная) и особенностями развития пристрастия к алкоголю и наркотикам. Установлено, что начало злоупотребления ПАВ совпадает с декомпенсацией психопатии.

Значимой является проблема аутоагрессивного поведения военнослужащих в связи с высокой распространенностью суицидов в Вооруженных Силах России.

Так, в 2000—2002 гг. самоубийства составили 25 случаев на 100 тысяч военнослужащих, что в 2—3 раза превышает аналогичный показатель в армиях развитых стран мира [Литвинцев С. В., Шамрей В. К., 2001; Литвинцев С. В., 2003; Вольнов Н. М. и др., 2004; Зинковский А. К. и др., 2004; Фастовцов Г. А., 2004]. Суицидальные попытки и членовредительство являются основными причинами направления солдат срочной службы на психиатрическое освидетельствование.

ние. Как известно, РЛ (психопатии) составляют около 1/3 от клинических причин всех суицидов [Амбрумова А. Г., 1980; Ковалев В. В. и др., 1980; Ормел Й. и др., 2005], что говорит о важности выявления лиц с расстройствами личности на военно-медицинской комиссии.

В руководстве Американской психиатрической ассоциации «по диагностике и лечению пациентов с суицидальным поведением» указано, что пациенты с РЛ совершают примерно 30 % случаев завершенных суицидов и 40 % случаев незавершенных [American Psychiatric Association, 2003]. Авторы считают, что «дихотомическое мышление» (только «да» или «нет»), сужение сознания (англ. – constriction) под влиянием эмоций, аффективная напряженность, склонность к контейнированию (накоплению) аффекта, застойный аффект, душевная боль (психалгия) от безвыходной ситуации резко повышают риск суицида.

С. В. Харитонов и В. Ф. Войцех (2008) сообщают о высоком проценте (43,2 %) лиц с эмоционально неустойчивым РЛ, совершивших импульсивные суицидальные попытки.

Исследование, проведенное В. А. Руженковым и др. (2006), показало, что аутоагрессивное поведение встречается среди лиц призывного возраста в 13,7 % случаев, причем 7,3 % составляют суициды и 6,4 % – самоповреждения, не имеющие конечной целью лишить себя жизни (демонстративно-шантажное поведение).

При обследовании на военно-психиатрической экспертизе призывников, имеющих в анамнезе аутоагрессивное поведение, было установлено, что 76,5 % из них страдают РЛ [Руженков В. А. и др., 2007].

Поведение лиц с РЛ в условиях военной службы проанализировано в статье голландского психиатра Б. К. Рааса (2007). Он утверждает, что при призыве очень трудно предсказать возможные проблемы с адаптацией к военному быту. Подростковая фаза развития делает некоторых юношей крайне уязвимыми к стрессу военной службы, и их навыки копинга (совладания с ситуацией) оказываются недостаточными для преодоления стрессовых факторов. В этой связи на первичном этапе службы необходимо уделять особое внимание психологическим аспектам работы с молодыми людьми. Поведение солдат срочной службы с акцентуацией личности этот автор описывает следующим образом: «Молодые люди были активны, готовы к выполнению самых трудных задач, поставленных командирами, демонстрировали выраженное маскулинное поведение («мачо»). Снача-

ла наставники их хвалили, но со временем они начинали сопротивляться приказам, так как «знали всё лучше инструктора», позволяли себе замечания и возражения, демонстрировали нарастающее сопротивление военной дисциплине. Командование пыталось от таких избавиться – обычно после нескольких наказаний, которые никак не влияли на их поведение.

Более того, их оппозиционность усиливалась, и они даже пытались управлять другими солдатами. По данным психиатрического обследования их можно было охарактеризовать как лиц, страдающих личностными расстройствами в стадии декомпенсации, с такими чертами, как поиск острых ощущений, отсутствие совести, стремление манипулировать другими».

В работе С. А. Королева и В. В. Нечипоренко (2009) описана концепция «комбатантных акцентуаций личности». Эти личностные изменения происходят в результате наслоения на преморбидные довоенные черты личностной акцентуации новых черт характера, формирующихся в результате воздействия боевого стресса и внутриличностного конфликта, возникающего из-за противопоставления морально-нравственной позиции во время боевых действий и мирной жизни.

В. М. Лыткин и др. (2007) дают следующее определение «комбатантной акцентуации личности»: *совокупность приобретенных в результате боевого опыта и ранее существовавших личностно-характерологических особенностей, проявления которых определяются различными вариантами взаимодействия нажитых (комбатантных) и характерологических черт, а динамика – спецификой боевых и мирных условий жизнедеятельности комбатантов*. Авторы указывают, что проявления «комбатантной акцентуации личности» следует рассматривать в качестве фона для возможного развития клинически очерченных психических расстройств различной нозологической принадлежности, одним из которых является развитие личностных отклонений, достигающих степени психопатии, при этом авторы указывают, что в таких случаях целесообразнее говорить о «нажитой комбатантной психопатизации».

Катамнестическое изучение больных с расстройствами личности ведет свое начало с классической работы П. Б. Ганнушкина (1933), описавшего динамику этих психопатологических расстройств. В последние годы публикации по результатам катамнестических исследо-

ваний больных с расстройствами личности редко встречаются в специальной литературе.

А. А. Марченко (2003) проследил судьбу 86 юношей, уволенных из Вооруженных Сил в связи с пограничными психическими расстройствами. Это были пациенты с неврозами, расстройствами личности и непсихотическими органическими расстройствами. Оказалось, что динамика расстройств личности в большинстве случаев имеет позитивный характер, и после увольнения из армии больные не обращаются за психиатрической помощью, самостоятельно адаптируются в обществе. Это соответствует точке зрения Ю. А. Адександровского (2000), высказанной в руководстве для врачей «Пограничные психические расстройства». Правда автор считает, что клинический и социальный прогноз при разных клинических формах расстройств личности неодинаков.

О. В. Распономарева (2002) изучила длительный катамнез лиц с истерическим расстройством личности, прошедших в разные годы судебно-психиатрическую экспертизу в ГНЦ им. В. П. Сербского. Объектом исследования были 42 мужчины с истерическим расстройством личности, 13 из которых были освобождены от строевой службы в армии в связи с диагнозом истерической психопатий (9 человек) и истерического невроза (3 человека).

В последующем диагноз невроза во всех 3 случаях был изменен на истерическое расстройство личности. В зрелые годы у прошедших военно-психиатрическую экспертизу юношей было отмечено некоторое смягчение истерических черт в связи с улучшением социальной адаптации, но при этом сохранялась высокая криминогенность.

В работе Ю. А. Краснятовой (2007) приведены результаты изучения катамнеза 2604 больных опийной наркоманией за 6 лет (2000—2006). Автору не удалось получить никаких сведений о судьбе 1 685 пациентов (64,7 %). У тех, кто контактировал с наркологической службой после постановки на учет, в 26,7 % случаев выявлялись признаки диссоциального расстройства личности. Кроме того, катамнез позволил идентифицировать разнообразные акцентуации характера у больных опийной наркоманией: неустойчивого (16,2 %), истероидного (14,3 %) и психастенического (10,5 %) типов; реже встречались конформный (7,6 %) и шизоидный (6,7 %) варианты.

Клинико-катамнестическое исследование подростков с шизоидным расстройством личности, выполненное Д. Ю. Борисовой (2002), показало, что с годами социальная адаптация у этих пациентов пре-

терпевают выраженные различия. Всего прослежена судьба 65 больных, из которых через 5 лет после установления психиатрического диагноза 50 человек (45 мужчин и 5 женщин) полностью адаптированы, 15 человек (все мужчины) дезадаптированы.

Таким образом, катамнестические исследования больных с расстройствами личности, выполненные в последнее время, посвящены отдельным видам этих расстройств и основываются на изучении небольших выборочных групп пациентов в течение непродолжительного времени. Длительный (10–15 лет) катамнез пациентов с разными клиническими вариантами расстройств личности, основанный на невыборочном материале, не описан.

Глава 2

СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИЗЫВНИКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ, ПРОШЕДШИХ СТАЦИОНАРНУЮ ВОЕННО- ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ ЭКСПЕРТИЗУ В 1998 И 2003 ГГ.

2.1. Клинические варианты расстройств личности, выявленные у призывников в 1998 и 2003 гг. во время проведения стационарной военно- психиатрической экспертизы

Эта часть нашего исследования базировалась на изучении медицинской документации лиц призывного возраста, прошедших стационарную военно-психиатрическую экспертизу в Томской областной клинической психиатрической больнице в 1998 и в 2003 гг. Эти временные периоды были выбраны потому, что в 1998 г. в психиатрической практике еще использовалась адаптированная для отечественных специалистов классификация психических расстройств 9-го пересмотра (МКБ-9), а к 2003 г. врачи-психиатры уже накопили достаточный опыт работы по стандартам МКБ-10. Кроме того, с 1 июля 2003 г. Постановлением Правительства Российской Федерации было введено в действие новое «Положение о военно-врачебной экспертизе» (Постановление Правительства РФ от 25.02.2003 № 123). Стационарное наблюдение и обследование позволяет говорить о высокой достоверности полученных в результате экспертизы клинических сведений.

Всего в 1998 г. на стационарную военно-психиатрическую экспертизу военно-врачебными комиссиями военкоматов были направлены 693 юноши (1-я группа) призывного возраста, а в 2003 г. – 1339 юношей (2-я группа). Полученные данные явились для нас полной неожиданностью, так как численность населения Томской области за 5 лет (с 1998 по 2003 г.) практически не изменилась (точнее – незна-

чительно уменьшилась), число же направлений на стационарную военно-психиатрическую экспертизу выросло на 115 %. Не вызывает сомнений, что это является результатом изменившейся установки, продиктованной военными, новой мотивации врачей-психиатров врачебных комиссий военкоматов.

Очевидно, что в 2003 г. при малейшем сомнении в психическом здоровье призывника он направлялся на стационарную военно-психиатрическую экспертизу.

Оказалось, что по результатам военно-психиатрических экспертиз в 1-й группе у 453 призывников (65,4 %) были выявлены психические расстройства. В результате освидетельствования остальных 240 призывников психиатрический диагноз не был выставлен, так как они не обнаруживали признаков психических расстройств (31,3 %) или самовольно покинули стационар до окончания экспертизы (3,3 %).

Во 2-й группе показатели были принципиально иные: психические расстройства выявлены у 1233 (92,1 %) направленных военкоматами призывников. Психиатрический диагноз не был выставлен лишь в 106 случаях (7,9 %) в связи с отсутствием признаков психических расстройств или самовольным уходом призывников из стационара. Различия экстенсивных показателей – 65,4 % и 92,1 % – оказались высоко достоверны ($p < 0,01$). Можно сделать предположение, что и психиатры стационара в 2003 г. получили другие инструкции для определения годности призывников к военной службе.

Диагноз психопатии в первой группе обследованных был выставлен в результате стационарной военно-психиатрической экспертизы в 128 случаях, что составляет 28,3 % от общего числа призывников с психическими расстройствами.

В соответствии с МКБ-9 для квалификации клинического типа психопатии использовались следующие диагностические рубрики:

- 301.0 – паранойяльная (параноидная);
- 301.1 – аффективная (циклотимическая);
- 301.2 – шизоидная;
- 301.3 – возбудимая (эксплозивная);
- 301.4 – ананкастная;
- 301.5 – истерическая;
- 301.6 – астеническая;
- 301.7 – эмоционально тупая (гебоидная);
- 301.8 – другие, в том числе

301.81 – неустойчивая;

301.82 – мозаичная;

301.83 – парциальный дисгармоничный инфантилизм.

Эти диагностические категории значительно отличаются от того, что представлено в разделе F6 Международной классификации болезней 10-го пересмотра. Однако дело осложняется еще и тем, что в двух руководствах по психиатрии для врачей, изданных в 1983 г. и 1988 г., приводятся иные классификации психопатий. Так, в руководстве 1983 г. в разделе «Психопатии» (с. 2—16), написанном А. Б. Смулевичем, описаны клинические признаки следующих расстройств:

параноическая;

аффективная;

шизоидная;

возбудимая (эпилептоидная);

истерическая;

астеническая;

эмоционально тупая;

неустойчивая;

психастеническая.

В отличие от диагностических рубрик МКБ-9 в этом руководстве отсутствуют описания ананкастной, мозаичной психопатии и парциального дисгармоничного инфантилизма. Зато есть не представленная в МКБ-9 психастеническая психопатия [Корнетов Н. А., 2010].

В руководстве по психиатрии для врачей 1988 г., подготовленном психиатрами социалистических стран, раздел, посвященный психопатиям (т. 1, с. 2—18), написан отечественными авторами – Б. В. Шостаковичем и В. Ф. Матвеевым. По их мнению, классификация психопатий должна выглядеть следующим образом:

паранойяльная;

шизоидная;

возбудимая;

истерическая;

неустойчивая;

тормозимая.

В этом варианте отсутствуют 5 из 11 типов психопатий, указанных в МКБ-9, но добавлен тормозимый тип, которого нет в МКБ-9.

Ни в руководстве 1983 г., ни в руководстве 1988 г. авторы разделов, посвященных клинике и лечению психопатий, не приводят аргументов, которые объяснили бы их отказ от международного стандарта. Между тем изучение этих изданий было обязательным для врачей-психиатров в советское время, и, несомненно, негативно сказалось на квалификации клинических типов психопатий. Врачи вынуждены были искать аналогии между, например, психастенической и ананкастной психопатиями, интуитивно трактовать содержание термина «тормозимая психопатия». Это не могло не отразиться на практике, в том числе при проведении военно-психиатрических экспертиз, что мы покажем на клинических примерах.

В 2003 г. диагноз расстройств личности зафиксирован в 766 случаях, что составляет 62,1 % от общего числа призывников с психическими расстройствами. Различия экстенсивных показателей 1998 и 2003 гг. высоко достоверны ($p < 0,01$), то есть в 2003 г. среди молодых людей, у которых в результате военно-психиатрической экспертизы были выявлены психические расстройства, удельный вес психопатий (расстройств личности) был более чем в 2 раза выше, чем в 1998 г. Можно сказать, что в 2003 г. расстройства личности стали основным психиатрическим диагнозом, препятствующим службе в Вооруженных Силах.

В пособии для врачей, подготовленном специалистами Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации [Куликов В. В. и др., 2004] приведена статистика по этой теме в целом по России: на расстройства личности приходится 18,2 % от всех выявленных психических расстройств у призывников.

Для сравнения были проанализированы сведения о призывниках 1998 г., которым в результате экспертизы был выставлен диагноз олигофрении, и призывниках 2003 г. с диагнозом умственной отсталости. Пациентов с указанными диагнозами было 28,1 % в 1998 г. и 27,6 % в 2003 г. Так что резкий рост расстройств личности у призывников, зафиксированный во время стационарной военно-психиатрической экспертизы в 2003 г., вряд ли может иметь биологические причины.

Такая ситуация, на наш взгляд, может быть объяснена двумя взаимодополняющими гипотезами: клинической и социальной. Клинически резкий рост числа юношей-призывников с расстройствами личности может быть следствием использования иных, чем в 1998 г. диагностических критериев, более широким толкованием «рас-

стройств личности» по сравнению с «психопатиями» и появлением рубрики «транзиторное расстройство личности». Социальный аспект проблемы, предположительно, можно описать так: формирование устойчивых поведенческих паттернов (характерологии) юношей-призывников 1998 г. проходило, в основном, в условиях социальной стабильности, относительно доброжелательной атмосферы межличностных отношений. Напротив, юноши-призывники 2003 г. росли и формировались как личности в условиях тотальных социально-экономических перемен, которые привели к радикальному изменению межличностных отношений, честной и бесчестной конкуренции ради достижения личного успеха.

При обсуждении первой гипотезы необходимо принять во внимание точку зрения, высказанную Б. В. Шостаковичем (2005). В своей работе «Современные подходы к диагностике психопатических расстройств» он пишет, что при сопоставлении диагностических критериев привычных для нашей психиатрии рубрик МКБ-9 с кластерами DSM-IV-R, а также рубриками МКБ-10 выявляются трудности клинической идентификации, например, пограничного типа эмоционально неустойчивого расстройства, а также схожесть истерического (гистрионического) и нарциссического расстройств. Аналогичное мнение высказано в работе В. В. Горинова и Б. А. Нохурова (2004).

О правомочности социальной гипотезы свидетельствует информация, опубликованная в капитальной монографии Л. Н. Юрьевой (2002), где в главе 3 обсуждается культурно-исторический персоногенез и описан феномен «поколения» с психиатрической точки зрения.

Выявленные высоко достоверные различия экстенсивных показателей психопатий (расстройств личности) в 1998 и 2003 гг. необходимо дополнить анализом клинических типов этих расстройств у призывников первой и второй групп (табл. 1–2).

Оказалось, что возбудимая психопатия была выявлена у наибольшего числа лиц – 42 случая (32,8 %). Существенный вклад в общую картину вносят шизоидная психопатия – 25 человек (19,5 %), неустойчивая – 18 человек (14,1 %), мозаичная – 17 человек (13,3 %) и истерическая – 14 человек (10,9 %). Остальные типы психопатий встречались в единичных случаях.

Т а б л и ц а 1

Клинические типы психопатий у призывников 1-й группы (1998 г.)

Тип психопатии	абс.	%
Параноидная	4	3,1 %
Аффективная	3	2,3 %
Шизоидная	25	19,5 %
Возбудимая	42	32,9 %
Ананкастная	3	2,3 %
Истерическая	14	10,9 %
Астеническая	1	0,8 %
Неустойчивая	18	14,1 %
Мозаичная	17	13,3 %
Парциальный дисгармоничный психический инфантилизм	1	0,8 %
Всего	128	100

Представленные в таблице 2 нозологические характеристики призывников второй группы (2003 г.) с расстройствами личности имеют достоверные отличия.

Т а б л и ц а 2

Клинические типы расстройств личности у призывников 2-й группы (2003 г.)

Тип расстройства личности	абс.	%
Эмоционально неустойчивое (импульсивный тип)	348	45,3
Транзиторное эмоционально неустойчивое (импульсивный тип)	117	15,3
Транзиторное эмоционально неустойчивое (пограничный тип)	2	0,2
Транзиторное смешанное	34	4,4
Транзиторное зависимое	1	0,1
Транзиторное истерическое	3	0,4
Шизоидное	44	5,7
Истерическое	20	2,6
Смешанное	27	3,5
Зависимое	6	0,8
Диссоциальное	21	2,7
Тревожно-уклоняющееся	6	0,8
Инфантильное	137	17,9
Всего	766	100

Как показано в таблице 2, почти 80 % всех выявленных расстройств личности приходится на три диагностические категории: эмоционально неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип (348 случаев – 45,3 %), транзиторное эмоционально неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип (117 случаев – 15,3 %) и инфантильное расстройство личности (137 случаев – 17,9 %). Если учесть, что граница между эмоционально неустойчивым расстройством личности импульсивного типа и транзиторным эмоционально неустойчивым расстройством личности импульсивного типа весьма условна, то можно говорить только о двух диагностических категориях.

При сравнении нозологических характеристик призывников первой и второй групп следует учитывать, что клинические признаки неустойчивой и возбудимой психопатий в целом соответствуют диагностическим критериям эмоционально неустойчивого расстройства личности (импульсивный тип) и транзиторного эмоционально неустойчивого расстройства личности (импульсивный тип). Поэтому нам представляется обоснованным сравнение экстенсивных показателей этих схожих по клиническим проявлениям категорий. Математический анализ показал, что различия между 60,6 % и 46,9 % (суммарный экстенсивный показатель неустойчивой и возбудимой психопатий в первой группе) были статистически достоверны ($p < 0,01$).

Кроме того, мозаичная психопатия является аналогом смешанного расстройства личности, а парциальный дисгармоничный психический инфантилизм вполне сопоставим по клинике с инфантильным расстройством личности. Это позволяет нам сравнивать экстенсивные показатели указанных диагностических категорий в первой и второй группах. Оказалось, что смешанное расстройство личности достоверно реже встречалось у призывников второй группы по сравнению с мозаичной психопатией у призывников первой группы: соответственно 3,5 % и 13,3 % ($p < 0,05$).

Напротив, инфантильное расстройство личности у призывников второй группы диагностировалось достоверно чаще (17,9 %), чем парциальный дисгармоничный психический инфантилизм у призывников первой группы (0,8 %).

2.1.1. Клинические варианты расстройств личности, выявленные у призывников из городской и сельской местности в 1998 и 2003 гг. во время стационарной военно-психиатрической экспертизы

Анализ историй болезни, актов военно-психиатрической экспертизы позволил получить информацию о клинических типах психопатий у призывников 1998 г. из городской и сельской местности Томской области. В таблице 3 приведены абсолютные и экстенсивные показатели относительно каждого из диагностированных типов психопатий у призывников из городской и сельской местности.

Всего в 1998 г. стационарная военно-психиатрическая экспертиза была проведена 68 призывникам – выходцам из городской местности и 60 призывникам – жителям сельской местности. Это отражает общедемографическую ситуацию в Томской области, где чуть более половины населения живет в городах (с учетом Асино и Стрежевого).

Т а б л и ц а 3

Клинические варианты психопатий, выявленные у призывников из городской и сельской местности в 1998 г.

Тип психопатии	Томск		Районы области	
	абс.	%	абс.	%
Параноидная	3	4,5	1	1,7
Аффективная	2	3,0	1	1,7
Шизоидная	13	19,1	12	20,0
Возбудимая	23	33,6	19	31,6
Ананкастная	1	1,5	2	3,3
Истерическая	8	11,8	6	10,0
Астеническая	1	1,5	-	-
Неустойчивая	9	13,2	9	15,0
Мозаичная	7	10,3	10	16,7
Парциальный дисгармонический психический инфантилизм	1	1,5	-	-
Всего	68	100	60	100

Сопоставление полученных данных о типах психопатий у призывников 1998 г. из городской и сельской местности выявляет, в общем, схожую структуру психических расстройств. Как у городских, так и сельских жителей чаще всего диагностировалась возбудимая

психопатия – соответственно 33,6 % и 31,6 % ($p>0,05$). Очень близки экстенсивные показатели шизоидной (19,1 % и 20,0 %), неустойчивой (13,2 % и 15,0 %), а также истерической психопатии (11,8 % и 10,0 %). Между ними то же нет статистически достоверных различий. Мозаичная психопатия чаще диагностировалась у призывников из сельской местности – 16,7 % против 10,3 % у горожан, но математический анализ и здесь не выявил достоверных различий ($p>0,05$).

Параноидная и аффективная психопатии, наоборот, чаще встречались у призывников из городской местности, но значения экстенсивных показателей настолько незначительные, что они не меняют общей картины. Наконец, необходимо отметить, что астеническая психопатия и парциальный дисгармонический психический инфантилизм, представленные единичными случаями у призывников-горожан, вообще не диагностировались у призывников из сельской местности.

Таким образом, из 10 диагностических рубрик, использованных врачами-экспертами для квалификации клинического типа психопатии у призывников 1998 г. из городской и сельской местности, около 90 % случаев приходилось всего на 5 диагнозов: возбудимая, шизоидная, неустойчивая, истерическая и мозаичная психопатии.

Результаты анализа сведений о призывниках 2003 г. – жителей городской и сельской местности с установленным диагнозом расстройства личности приведены в таблице 4.

Т а б л и ц а 4

Клинические варианты расстройств личности, выявленные у призывников из городской и сельской местности в 2003 г.

Тип расстройства личности	Томск		Районы области	
	абс.	%	абс.	%
Эмоционально неустойчивое (импульсивный тип)	148	38,2	200	52,8
Транзиторное эмоционально неустойчивое (импульсивный тип)	41	10,6	76	20,1
Транзиторное эмоционально неустойчивое (пограничный тип)	2	0,5	-	-
Транзиторное смешанное	29	7,5	5	1,3
Транзиторное зависимое	-	-	1	0,3
Транзиторное истерическое	3	0,7	-	-
Шизоидное	33	8,5	11	2,9
Истерическое	17	4,4	3	0,8
Смешанное	22	5,7	5	1,3

Продолжение таблицы

Зависимое	6	1,6	-	-
Диссоциальное	15	3,9	6	1,6
Тревожно-уклоняющееся	6	1,6	-	-
Инфантильное	65	16,8	72	18,9
Всего	387	100	379	100

Как мы и ожидали, количество призывников с расстройствами личности из городской и сельской местности оказалось примерно равным – соответственно 387 и 379 человек. Это объясняется тем, что соотношение городского и сельского населения Томской области почти не изменилось по сравнению с 1998 г., и жители городов (Томск, Асино, Стрежевой) составляли немногим более 50 %.

Совершенно неожиданной для нас оказалась обнаруженная структура клинических типов расстройств личности у призывников 2003 г. На три диагностические категории: эмоционально неустойчивое расстройство личности (импульсивный тип), транзиторное эмоционально неустойчивое расстройство личности (импульсивный тип) и инфантильное расстройство личности пришлось 65,6 % случаев среди городских призывников и 91,8 % случаев среди сельских. Различия этих экстенсивных показателей были статистически достоверны ($p < 0,05$). Нам трудно найти объяснение, почему всего три типа (а если называть вещи своими именами, то только два, так как эмоционально неустойчивое расстройство личности (импульсивный тип) и транзиторное эмоционально неустойчивое расстройство личности (импульсивный тип), по сути – одно и то же) расстройств личности составили 2/3 случаев у городских призывников и более 9/10 у сельских призывников.

Не вызывает сомнений одно: результаты военно-психиатрической экспертизы призывников с расстройствами личности в 2003 г. отражают изменившиеся диагностические подходы и установки экспертов, а не истинное соотношение между разными типами личностных расстройств у городских и сельских жителей.

В целом можно сказать, что «репертуар» расстройств личности у призывников из городской местности был гораздо богаче, чем у тех, кого направили на экспертизу сельские военкоматы. Если ориентироваться на полученные данные, то у призывников из сельской местности практически отмечались только возбудимые и инфантильные черты в рамках расстройств личности.

Как известно, расстройства шизофренического спектра встречаются в разных популяциях с примерно одинаковой частотой на уровне 1 %. Тем более удивительно, что среди призывников из городской местности в 2003 г. оказалось в 3 раза больше лиц с диагнозом шизоидного расстройства личности, чем среди призывников из сельских районов.

Как уже было сказано, сравнение результатов военно-психиатрической экспертизы призывников с расстройствами личности в 1998 и 2003 гг. в значительной мере затруднено из-за того, что эксперты пользовались разными диагностическими классификациями (МКБ-9 и МКБ-10). Однако, с определенной долей условности, можно попытаться сопоставить суммарно экстенсивные показатели возбудимой и неустойчивой психопатии в 1998 г. и эмоционально неустойчивого (в том числе транзиторного) расстройства личности импульсивного типа в 2003 г. Выяснилось, что у призывников из городской местности практически идентичные показатели – 46,8 % в 1998 г. и 48,8 % в 2003 г. При сравнении экстенсивных показателей тех же диагностических категорий у призывников из сельской местности получены совсем иные результаты: 46,6 % в 1998 г. и 72,9 % в 2003 г. Рационально объяснить эти различия нам не представляется возможным.

Таким образом, в клинической структуре расстройств личности у призывников – жителей городской и сельской местности 1998 и 2003 гг. имеются достоверные различия, которые, на наш взгляд, определяются не действительным изменением клиники этих расстройств, а изменившимися установками и подходами врачей военно-медицинских комиссий военкоматов, врачей экспертов и разными диагностическими системами (МКБ-9 и МКБ-10).

2.2. Особенности диагностики психопатий (расстройств личности) у призывников во время стационарной военно-психиатрической экспертизы

2.2.1. Особенности диагностики психопатий (расстройств личности) у призывников 1998 г. во время стационарной военно-психиатрической экспертизы

Анализ содержания историй болезни и актов военно-психиатрической экспертизы призывников 1998 и 2003 гг. позволили нам получить сравнительный материал, который дает определенное

представление о принципах диагностики расстройств личности (психопатий) в указанные годы.

Как было сказано выше, в 1998 г. врачи-эксперты использовали всего 10 из 12 диагностических рубрик раздела 301 (психопатии) МКБ-9 для идентификации этой патологии.

Самой распространенной формой психопатии среди призывников 1998 г. оказалась возбудимая, на долю которой пришлось 32,9 %. Как показал анализ историй болезни, эта форма психопатии диагностировалась разными экспертами по единым клиническим признакам на основании симптоматики, отмечавшейся в течение длительного времени и приводящей к социальной дезадаптации.

Приведем характерные примеры этой патологии, описанные в историях болезни.

Р-в А. В. 1977 г. рождения, житель Томска. Поступил на военно-психиатрическую экспертизу 4 апреля 1998 г. (в возрасте 20 лет), выписан 12 апреля 1998 г. Столь позднее поступление на экспертизу объясняется тем, что испытуемый долго «бегал» от работников военкомата, жил без прописки. Был единственным ребенком в семье, родители развелись, когда ему было 13 лет. Остался жить с отцом, так как мать категорически заявила, что «не справится с ним». Уже в подростковом возрасте нарушал школьную дисциплину, родителей неоднократно вызывали в школу в связи с проблемным поведением сына. Окончил 9 классов, поступил в профессиональное училище, но через год учебу оставил. Работал электриком вместе с отцом. Имел неоднократные приводы в милицию за нарушения общественного порядка, участие в драках. В 1995 г. в возрасте 17 лет получил в драке тяжелую черепно-мозговую травму (перелом височной и теменной костей слева, ушиб мозга средней степени), более месяца находился на лечении в нейрохирургическом отделении. В 1998 г. лечился в неврологическом отделении по поводу последствий этой травмы – упорные головные боли, непереносимость жары, головокружения. Психическое состояние при поступлении характеризовалось расторможенностью, адистантностью (грубил медперсоналу, пытался разговаривать на «ты» с молодым врачом). Дразнил слабых больных, на третий день пребывания в стационаре избил одного из пациентов, отбирая сигарету. Был переведен в режимное отделение, купирован. Группировался с асоциальными молодыми больными, не скрывая своего отрицательного отношения к службе в армии.

Диагноз: возбудимая психопатия, к службе не годен (статья 18 «б» расписания болезней).

Приведенный случай не нуждается в комментариях, так как симптоматика возбудимой психопатии проявилась еще в подростковом возрасте и усугубилась после полученной в драке черепно-мозговой травмы. Даже в психиатрическом стационаре патохарактерологические черты стали причиной агрессивного поведения.

Однако в ряде случаев похожая симптоматика диагностически трактовалась несколько иначе.

Р-й В. И., 1980 г. рождения, житель Томска. Направлен на военно-психиатрическую экспертизу Октябрьским райвоенкоматом, поступил в стационар 9 февраля, выписан 19 февраля 1998 г. С детства отличался агрессивностью и грубостью. В школе часто самовольно уходил с уроков, грубил учителям, дрался. За такое поведение был исключен из школы, пытался учиться в профессиональном училище, но не освоил программу из-за беспричинных пропусков занятий. Состоял на учете в инспекции по делам несовершеннолетних. Живет на иждивении у родителей. В отделении с первого дня находился в компании сверстников с асоциальным поведением, грубил персоналу, пытался курить в палате. Отказывался выполнять даже мелкие хозяйственные поручения, в речи употреблял жаргонные выражения, нецензурную брань. В беседе с врачом высказывал своё нежелание «идти в армию», сообщил, что «если направят – убегу». В рамках психологического исследования отмечена выраженная акцентуация эпилептоидных черт.

Диагноз: неустойчивая психопатия. К службе в армии не годен согласно статье 18 «б».

Нам трудно сказать, чем был определен диагностический выбор врачей-экспертов в данном случае, так как, судя по информации, представленной в истории болезни, клинические проявления были почти такими же, как в предыдущем примере. Такие черты неустойчивой психопатии, как внушаемость и подчиняемость, не описаны. Психолог отметил эпилептоидные черты, которые тоже не соответствуют клинике неустойчивой психопатии.

Мы внимательно проанализировали описанные в историях болезни призывников клинические проявления неустойчивой психопатии и пришли к выводу, что главными дифференциально-диагностическими признаками этой патологии врачи-эксперты в 1998 г. считали сочетание асоциальной, криминальной активности и педа-

гогической запущенности, низкого интеллектуального уровня, обусловливающих несамостоятельность, подверженность чужому влиянию. Описанный выше случай является исключением, не соответствующим общей тенденции. Между прочим, на стационарную военно-психиатрическую экспертизу этот призывник был направлен врачом-психиатром военно-врачебной комиссии военкомата с диагнозом возбудимой психопатии.

Призывники с диагнозом шизоидной психопатии, прошедшие в 1998 г. стационарную военно-психиатрическую экспертизу, составили 19,5 %. Диагностические подходы в таких случаях были единообразны, и главными клиническими признаками этой патологии являлись аутизация, эмоциональная «хрупкость» наряду с уплощенным, монотонным аффектом, специфические расстройства мышления и, как правило, социальная дезадаптация – невозможность закончить образование в вузе, техникуме или ПТУ, трудности при трудоустройстве, увольнения с работы.

Диагностика мозаичной психопатии у призывников была, вероятно, наиболее сложной проблемой для врачей-экспертов. Приведем один клинический пример для иллюстрации экспертной работы.

Б-й С. В., 1977 г. рождения, житель Стрежевого. Поступил на стационарную военно-психиатрическую экспертизу 16 марта 1998 г., выписан 10 апреля того же года. Родился в состоянии асфиксии с обвитием пуповины. В возрасте 4 месяцев тяжело переболел пневмонией. Однако в развитии от сверстников не отставал, посещал детский сад. До 16 лет спал только рядом с матерью, так как «боялся темноты». Со слов матери, в дошкольном возрасте были частые «обмороки», лечился у педиатра с диагнозом «вегетососудистой дистонии». Неоднократно наблюдалось снохождение с последующей полной амнезией данных эпизодов, когда ходил по комнате, открывал шкафы, пытался выйти из квартиры. Мать «ловила» его, укладывала спать рядом с собой, никому об этом не рассказывала.

В школу пошел в 7 лет, с первых же месяцев обнаружили выраженные трудности в освоении учебного материала. С трудом сосредоточивался на предмете, быстро уставал, ложился на парту, не обращая внимания на замечания учителя. После занятий спал дома «с открытыми глазами», жаловался на усталость, слабость. Однако на повторное обучение не оставался, закончил 11 классов. Очень любил чем-то выделиться, как он говорил, «из серой массы»: сам выбирал себе оригинальную одежду, успешно занимался в судомодельном

кружке. Сделанные им модели демонстрировались на выставке, а он стоял рядом – «нравилось, что окружающие восхищаются». Был очень обидчивым, впечатлительным. С 15 лет снохождения и «обмороки» не повторялось.

В 1995 г. поступил в Томский университет систем управления и радиоэлектроники. Учился с трудом, имел академические задолженности, за что, в конце концов, был отчислен из числа студентов в июне 1997 г. В апреле этого же года после смерти бабушки снизилось настроение, стал «прислушиваться» к своему организму. По временам казалось, что «сердце работает не так, как надо», рассуждал о «наследственной патологии». По совету соседей по общежитию обратился к психиатру, был направлен на стационарное лечение в клиники Томского НИИ психического здоровья. Лечился там более месяца с диагнозом «депрессивный невроз». После отчисления из вуза домой не поехал, продолжал жить в общежитии, работал без оформления трудовых отношений на стройке.

В отделении отличался своеобразным поведением: постоянно задавал вопросы медперсоналу, почему, например, обед проводится в 13 часов, хотя есть хочется раньше. Комментировал неправильные, по его мнению, действия медсестер и врачей, «боролся за права больных». В ответ на просьбу написать автобиографию представил врачу многостраничное произведение, которое начиналось так: «Я родился в 1977 г. в г. Стрежевой в прекрасный весенний день в 9 часов 10 минут утра, чтобы дать маме выспаться». Писал письма врачу, которая готовила документы на комиссию. Краткое содержание одного из них: «Уважаемая Галина Ивановна! Если вам что-то непонятно в бумагах, я всегда к вашим услугам. И вообще не сердитесь, ведь вы очень добрый, сердечный человек и красивая женщина. Старайтесь все время улыбаться».

Психолог отметил единичные случаи актуализации латентных признаков предметов, фрагментарность, избыточную опосредованность рисунков пиктограммы.

Диагноз: мозаичная психопатия. К службе в армии не годен согласно статье 18 «б».

Этот случай достаточно сложен в клиническом отношении, так как у испытуемого в детстве отмечались ночные страхи, «обмороки», сумеречные расстройства сознания в виде снохождения, проявления церебрастении вследствие перинатальной энцефалопатии. «Обмороки» кроме матери больного никто не видел, как и случаи снохожде-

ния. Не исключено, что это были пароксизмы по типу абсансов. Однако, если говорить об эпилепсии, то ее течение имело доброкачественный характер, так как после 15 лет вся симптоматика исчезла. Определенно можно утверждать, что мозаичный тип психопатии диагностирован из-за истероэпилептоидных черт характера испытуемого, а психологическое тестирование выявило признаки шизоидии. Кроме того, после смерти бабушки он лечился в клиниках НИИ психического здоровья в связи с депрессивной реакцией и ипохондрическими навязчивостями.

Чаще всего в случаях мозаичной психопатии у призывников в 1998 г. встречалось сочетание истероидных и возбудимых черт личности, которое отмечено у 12 испытуемых из 17 с этим диагнозом.

2.2.2. Особенности диагностики психопатий (расстройств личности) у призывников 2003 г. во время стационарной военно-психиатрической экспертизы

Главным отличием работы врачей-экспертов в 2003 г. стало использование 4 диагностических категорий расстройств личности, которых не существовало в 1998 г., а именно: транзиторное эмоционально неустойчивое (импульсивный тип); транзиторное эмоционально неустойчивое (пограничный тип); транзиторное смешанное и транзиторное зависимое. Как уже было сказано, понятие «транзиторное расстройство личности» противоречит классическим представлениям о сути психопатий (расстройств личности), так как одним из трех диагностических признаков этой патологии всегда являлась и является стабильность патохарактерологических проявлений. Зачем же появились новые диагностические рубрики, не соответствующие установившейся психиатрической традиции?

Быть может, ответ на этот вопрос может быть сформулирован с помощью приведенного ниже клинического примера.

Г-в В. Б., 1981 г. рождения, житель Томска. Проходил стационарную военно-психиатрическую экспертизу в Томской клинической психиатрической больнице с 10.10.2003 по 22.10.2003 г.

Родился в Томском районе Томской области в семье рабочих: мать по специальности повар, отец – рабочий путей на железной дороге. Имеет сестру, которая младше его на 3 года, учится в техникуме. Раннее развитие без особенностей, в школу пошел с 7 лет. Учился без особого желания, «на тройки и четверки», занимался спортом – настольный теннис, волейбол. Курит с 11 лет, впервые попробовал

спиртное в 14 лет, сведений о злоупотреблении алкоголем нет. Из школьной характеристики: «дисциплинированный, исполнительный, активно участвует в жизни класса, вежлив с учителями, всегда помогает другим ученикам».

В возрасте 15 был осужден (по решению суда назначен год условно) за хулиганство в компании сверстников. После окончания 11 классов получил специальность слесаря КИПиА, работал по специальности в Томске на заводе. Однако через несколько месяцев уволился и стал охранником в санатории-профилактории «Строитель», где была выше зарплата. Из характеристики с последнего места работы: «добросовестно выполняет свои обязанности, умеет найти общий язык с коллегами, выступал на соревнованиях по волейболу».

В отделении нарушений режима не отмечено, несколько пренебрежительно общался с другими призывниками, так как старше их (уже исполнилось 22 года). В беседе с врачом был адекватен, подробно отвечал на поставленные вопросы, был напряжен при провокационных вопросах. Например, в ответ на вопрос, хочет ли он служить в армии, говорит: «Если командиры будут заставлять работать вместо службы или старослужащие станут издеваться – не выдержу, сбегу».

Диагноз: транзиторное эмоционально неустойчивое расстройство личности (импульсивный тип). По решению военно-врачебной комиссии военкомата признан негодным к воинской службе, так как в 2003 г. годность к воинской службе в отличие от 1998 г. определяли не врачи, проводившие стационарную судебно-психиатрическую экспертизу, а члены военно-врачебной комиссии. Диагноз «расстройство личности» во всех случаях трактовался ими как непреодолимое препятствие для призыва.

Диагноз транзиторного расстройства личности в этом случае выставлен на основании анамнестических сведений об имевшем место правонарушении со стороны испытуемого за 7 лет до проведения военно-психиатрической экспертизы. Хотя судимость была давно погашена, он был полностью социально адаптирован, имел положительные характеристики из школы и с последнего места работы, поведение в отделении вполне адекватное, но в армию не пошел. Быть может, экспертов насторожило отношение испытуемого к военной службе, высказанное им в беседе с врачом – угроза убежать, если будут издеваться? Но если следовать этой логике, военно-психиатрическая экспертиза вообще не нужна. Просто нужно спрашивать у призывника – не убежит ли он из части, если встретится там

с трудностями. Удивительная ситуация, когда диагноз устанавливается на основе деликта семилетней давности и высказываний испытуемого, а объективные данные игнорируются.

Создается впечатление, что в 2003 г. перед психиатрами-экспертами была поставлена задача при малейших поведенческих отклонениях, наблюдавшихся у призывников в любом возрасте, диагностировать транзиторные расстройства личности.

В то же время в актах военно-психиатрической экспертизы есть описания совсем другого поведения, квалифицированного тоже как транзиторное эмоционально неустойчивое расстройство личности (импульсивный тип).

И-в М. Г., 1984 г. рождения, житель Кожевниковского района Томской области. Находился на стационарной военно-психиатрической экспертизе с 20 марта по 4 апреля 2003 г. Воспитывался в неполной семье одной матерью, сведений об отце не имеет. Раннее развитие без особенностей, в школу пошел в 7 лет. С первого класса поведение отличалось расторможенностью, агрессивностью. Грубил и угрожал учителям, часто дрался, мог во время урока встать, подойти к другому ученику и ударить его, без разрешения выйти из класса. Рано начал курить, употреблять спиртное. В теплое время года неоднократно в компании подростков бродяжничал, воровал, отсутствовал дома по несколько дней. Приходил в школу в состоянии алкогольного опьянения, срывал уроки. Дублировал 5-й и 7-й классы; не закончив 8 классов, перестал посещать занятия. В 2001 г. поступил учиться в профессиональный лицей по специальности каменщика. Из характеристики: «за время учебы зарекомендовал себя с отрицательной стороны, распоряжения педагогов игнорирует, самовольно уходит с уроков. Не следит за своим внешним видом. Лжив, изворотлив, бравурирует тем, что «нюхал бензин, курил анашу». Дважды привлекался к административной ответственности за хулиганские действия в состоянии алкогольного опьянения». В отделении вначале был одинок, высокомерно разговаривал с медсестрами, легко раздражался в ответ на замечания, грубил. Высказывал претензии к качеству пищи, эгоистически отстаивал свои интересы в ущерб другим пациентам. Открыто говорил, что не пойдет в армию, так как «служат только дураки».

Диагноз: транзиторное эмоционально неустойчивое расстройство личности (импульсивный тип). По решению военно-врачебной комиссии военкомата признан негодным к воинской службе.

На наш взгляд, приведенные выше два клинических примера просто несопоставимы, хотя в обоих случаях выставлен один и тот же диагноз. Чем руководствовались врачи-эксперты, квалифицируя столь непохожие друг на друга психопатологические паттерны как транзиторное расстройство личности, мы объяснить не можем.

Не менее странной была в ряде случаев диагностика транзиторного смешанного расстройства личности.

К-в А. В., 1983 г. рождения, житель Томска. Находился на стационарной военно-психиатрической экспертизе с 16-24 июля 2003 г.

Родился вторым ребенком в полной семье, но воспитывался только матерью, так как отец умер от инфаркта, когда мальчику было 3 года. Старшая сестра замужем, проживает со своей семьей в другом городе. Развивался без особенностей, травм и тяжелых заболеваний не было. С рождения лечился у невропатолога с диагнозом: «натальная травма мозга, спастический тетрапарез». В 1986 г. этот диагноз был снят. Посещал детский сад, где вначале плакал, не играл с другими детьми, но постепенно адаптировался. В школу пошел в 6 лет, так как к этому времени научился читать и считать. До 9-го класса учился только на хорошо и отлично, в 9—11-х классах появились тройки. Считает себя по характеру «малообщительным», но имеет двух «настоящих друзей», с которыми вместе учился. Избегал всякую общественную работу в школе, никогда ни с кем не конфликтовал. Не посещал секции и кружки. Свободное время проводил во дворе дома, иногда играл в футбол. После окончания школы поступил в сельхозтехникум на отделение правоведения.

К моменту проведения военно-психиатрической экспертизы окончил третий курс, учится без троек. Собирается после окончания техникума поступить на заочное отделение юридического института и работать судебным приставом. Сам отмечает, что в техникуме изменился по характеру: стал держаться гораздо свободнее, с удовольствием посещает дискотеки, ходит вместе с членами студенческой группы в кино. Характеристика из техникума краткая, формальная и содержит только положительную информацию. Не курит, алкоголь употребляет только по праздникам в умеренных количествах. Недавно расстался с девушкой, с которой встречался почти два года, подробности не рассказывает. В отделении соблюдал режим, был аккуратен и вежлив. В беседе с врачом дает продуманные, подробные ответы на вопросы, речь литературно правильная, без молодежного жаргона. В консультации психолога сказано: «открыто говорит

о нежелании служить, так как боится дедовщины. С трудом адаптируется к новым обстоятельствам, отмечаются повышенная тревожность, ранимость, не доверяет людям. Личность, склонная к алкоголизму и делинквентному поведению, упрямая и злопамятная. Не способен стать настоящим членом группы, не может контролировать свое поведение».

Диагноз: транзиторное смешанное расстройство личности. Решением военно-врачебной комиссии военкомата признан негодным к службе.

Создается впечатление, что на тестировании у психолога был другой человек, так как результаты этого обследования находятся в вопиющем противоречии с биографическими данными и поведением испытуемого в отделении. Получается, что психиатрический диагноз выставлен на основании заключения психолога.

Приведем еще один пример транзиторного расстройства личности, где диагностическая квалификация, на наш взгляд, тоже носит спорный характер.

М-й В. А., 1984 г. рождения, житель Томска. Проходил стационарную военно-психиатрическую экспертизу с 28 мая по 19 июня 2003 г.

При поступлении предъявлял жалобы на повышенную раздражительность, неумение сдерживать себя. Сообщил врачу, что с детства страдает «неврозом навязчивых движений»: раскачивается вперед-назад, когда сидит, и переминается с ноги на ногу, когда стоит. Врач-психиатр военно-врачебной комиссии военкомата написал направление на стационарную экспертизу с двумя предположительными диагнозами: «эмоционально неустойчивое расстройство личности (импульсивный тип) и невроз навязчивых движений (?)».

Родился в срок в полной семье первым из двух детей. Младшему брату 16 лет, инвалид детства по зрению, обучается в специнтернате. Мать, 50 лет, – помощник эпидемиолога на санэпидстанции. Спокойная, добрая, заботливая. Отец, 47 лет, – строительный рабочий. Педантичный до мелочей, крайне раздражительный, легко срывается, переходит на крик, не один раз наказывал сына побоями. Раннее развитие без особенностей, в 5 лет переболел скарлатиной с осложнениями в виде инфекционно-аллергического миокардита. В ясли и детский сад не ходил, воспитывался бабушкой. В 7 лет поступил в общеобразовательную и художественную школы, так как рано начал рисовать и обнаружил определенные художественные способ-

ности. Учился легко, почти без троек, художественную школу посещал до 10-го класса. В 10-м классе ему купили мотоцикл, в связи с новым увлечением совершенно забросил занятия живописью, увлекся техникой. Вместе с другими мотоциклистами катался по городу, ездил на природу, ремонтировал технику. В 2001 г. окончил школу и поступил в архитектурно-строительный университет на механический факультет (на платной основе), намереваясь стать специалистом по автотранспорту.

Первый курс закончил без проблем. На втором курсе стало учиться тяжелее, особенно трудно давались высшая математика и сопромат. Чтобы лучше подготовиться к этим предметам, перестал посещать занятия по физкультуре. Преподаватель физкультуры написал рапорт в деканат, без зачета по физкультуре не допустили к сессии. Узнав об этом, пришел на кафедру физкультуры, пытался «договориться» с преподавателем и, когда тот отказался «договариваться», начал кричать, угрожать, называл преподавателя «упертым козлом». На следующий день пришел к заведующему кафедрой физкультуры, предлагал ему деньги, чтобы получить зачет. Получив отказ, опять перешел на крик и оскорбления. После второго рапорта в деканат был отчислен из числа студентов в мае 2003 г. В отделении поведение в первые дни было правильным, нарушений режима не было. В беседе с врачом несколько раз повторил, что с детства болеет неврозом навязчивых движений, но при неврологическом осмотре никаких проявлений этой патологии не найдено, заключение невропатолога – здоров. В амбулаторной карточке есть запись невропатолога за 1993 г., где выставлен такой диагноз и назначена настойка с успокаивающим эффектом. Больше «невроз навязчивых движений» в карточке не упоминается ни разу. Характеризует себя как общительного, но вспыльчивого человека: «когда я выпью, ко мне лучше не подходить». Рассказывая о конфликте с преподавателями кафедры физкультуры, заметно напрягается, повышает голос, лицо краснеет: «Я им принес деньги, но им, наверное, мало, а я не миллионер и родители мои не миллионеры». Узнав о том, что у него нет невроза навязчивых движений, пришел в кабинет врача и сообщил, что «служить не может, потому что навязчивые раскачивания бывают только дома, например, когда смотрит телевизор». Кроме того, считает проявлением невроза навязчивых движений «подпрыгивания от радости». После разъяснений врача ушел из кабинета, хлопнув дверью. С этого момента поведение изменилось: перестал участвовать в уборке

помещений, ходить на кухню за обедом, громко заявляя – «это не мое дело». Стал группировать вокруг себя других призывников, негативно настраивая их к медперсоналу. Из консультации психолога: «повышенное настроение сочетается с избыточной, не всегда целенаправленной активностью, стремлением к лидерству, рисовкой, эмоциональной незрелостью, асоциальными тенденциями».

Диагноз: транзиторное истерическое расстройство личности. Решением военно-врачебной комиссии военкомата признан ограниченно годным к службе, призыву не подлежит.

В приведенном выше примере имеются убедительные и доказательные описания расстройства личности. Однако правильность квалификации его как транзиторного истерического вызывает большие сомнения. У отца испытуемого, несомненно, эпилептоидная характеристика. Такие же черты проявляются в поведении испытуемого в отделе и за его пределами. Студент 2-го курса, который упорно пытается получить зачет за взятку, а при отказе кричит и угрожает, не может быть признан истериком. Такое же упорство проявлено испытуемым в надежде получить освобождение от призыва в связи с «неврозом навязчивых движений». И вновь, когда ситуация складывается не так, как ему хотелось бы, возникает эмоционально насыщенная реакция с протестным поведением. Нам кажется, врач-психиатр военно-врачебной комиссии был прав, выставляя в этом случае диагноз эмоционально неустойчивого расстройства личности (импульсивный тип).

И, наконец, инфантильное расстройство личности, которое было диагностировано только в одном случае (психический дисгармоничный инфантилизм) в 1998 г. и в 137 случаях в 2003 г.

Б-г Г. Г., 1985 г. рождения, житель Томска. Проходил стационарную военно-психиатрическую экспертизу с 24 ноября по 8 декабря 2003 г.

Родился в срок третьим ребенком из четырех детей в семье предпринимателей. Родителей характеризует как спокойных, заботливых людей. Раннее развитие без особенностей, в 3 года пошел в детский сад, быстро там освоился, с удовольствием посещал его. В школе с 7 лет, учился «средне», в 9 лет из-за трудного материального положения семьи вынужден был перейти в школу-интернат, закончил 9 классов. Из школьной характеристики: «учился ниже своих возможностей, был общительным, вежливым, доброжелательным. Активно участвовал в общественной жизни школы». Устроился работать на автозаправку,

где проработал почти 3 года, уволился, чтобы пойти в армию. Курит, злоупотребление алкоголем отрицает. В беседе с врачом активен, словоохотлив, речь в целом грамматически правильная, отмечаются косноязычные выражения. Демонстрирует слабую осведомленность в вопросах истории, географии, хотя хорошо ориентируется в бытовых ситуациях. Подолгу выполняет в уме примеры из таблицы умножения, но ответы дает правильные. Поведение в отделении спокойное, нарушений режима не было. Из консультации психолога: «пограничный уровень интеллектуального развития (ИК–80) у личности с низкой самооценкой, легкоранимого, обидчивого, склонного находиться в центре внимания».

Диагноз: инфантильное расстройство личности. Решением военно-врачебной комиссии военкомата признан ограниченно годным к службе, призыву не подлежит.

Этот случай радикально отличается от всех, обсуждавшихся выше тем, что призывник выказывал явное желание служить в армии, он даже уволился с работы, готовясь к призыву. Никаких признаков социальной дезадаптации, судя по документам, представленным в истории болезни, он никогда не обнаруживал. Поведение в отделении было вполне адекватным. Личностные особенности, выявленные психологом, не достигают такой выраженности, чтобы препятствовать воинской службе. Наоборот, успешная служба в армии как раз могла бы повысить самооценку, развить уверенность в себе, расширить кругозор. Нам представляется решение врачей-экспертов недостаточно обоснованным.

2.2.3. Сравнительный анализ диагностики психопатий (расстройств личности) у призывников 1998 и 2003 гг.

Как было сказано выше, среди признанных негодными к воинской службе в результате стационарной военно-психиатрической экспертизы в 1998 г. призывники с диагнозом психопатии составили 28,3 %, а в 2003 г. – 62,1 %. Столь значительный рост удельного веса расстройств личности произошел, на наш взгляд, за счет таких клинических форм этой патологии, которые отсутствуют в Международной классификации психических расстройств 10-го пересмотра и противоречат академической точке зрения, сложившейся в отечественной психиатрии. Речь идет о транзиторных расстройствах личности и инфантильном расстройстве личности, которые составили 38,4 % от числа всех диагностированных расстройств личности.

Несложно вычислить, что если бы этих случаев не было, то различия между удельным весом психопатий (расстройств личности) в 1998 и 2003 гг. не были такими большими, хотя все равно остались бы статистически значимыми: 28,3 % и 38,3 % ($p < 0,05$).

В монографии «Клиническая персонология» директора НИИ психического здоровья академика В. Я. Семке, изданной в 2001 г. в Томске, ни транзиторное, ни инфантильное расстройства личности даже не упоминаются [Семке В. Я., 2001]. Такая же точка зрения отражена в монографии «Расстройства личности» члена-корреспондента РАМН А. Б. Смулевича (2007) [Смулевич А. Б., 2007]. Откуда же взялись диагнозы транзиторного и инфантильного расстройств личности?

Еще в 80-е годы прошлого века в отечественной психиатрии высказывалось мнение, что «некоторые формы психопатий в молодом возрасте (18-24 года) носят временный характер» [Антонян Ю. М., Бородин С. В., 1987]. В дальнейшем появился термин «депсихопатизация», предложенный Ю. В. Поповым (1991). Были описаны формы психопатий, при которых «в поперечнике диагноз не вызывает сомнения, а в длиннике не подтверждается жизнью» [Куликов В. В. и др., 2003]. Что такое «диагноз в поперечнике» не понятно, однако не вызывает сомнений открыто декларируемый отказ от общепризнанной концепции П. Б. Ганнушкина (1933), согласно которой диагноз психопатии выставляется только при наличии трех критериев: выраженности, тотальности и стабильности патохарактерологических проявлений.

В методическом пособии для врачей «Расстройства личности (психопатии) в практике военно-врачебной экспертизы» (2003), подготовленном В. В. Куликовым и др. сказано: «Ввиду отсутствия четких критериев стабильности и парциальности дисгармонии личности... правильнее пользоваться динамическим (этапным) диагнозом «транзиторное расстройство личности». Непонятно, почему авторы остановились только на стабильности. Если следовать их точке зрения, для квалификации выраженности и тотальности тоже нет «четких критериев». Далее они пишут: «Очевидно, достаточно 3—5 лет стойкой социальной адаптации, чтобы необходимость психиатрического наблюдения отпала». Иными словами, психопаты выздоравливают. Это категорически противоречит клинике психопатий, где еще П. Б. Ганнушкин описывал многолетние компенсации психопатических черт, которые могут смениться декомпенсацией.

Во введении к указанному выше пособию для врачей авторы говорят о «высоком проценте ошибок», «гипердиагностике психопатий». Неужели они не понимают, что отказ от классических критериев диагностики, появление многочисленных новых диагностических рубрик (транзиторное эмоционально неустойчивое, транзиторное истерическое, транзиторное зависимое и другие транзиторные расстройства личности) – это, как раз, прямой путь к гипердиагностике, что и подтвердило наше исследование.

И еще один момент. Авторы пособия рекомендуют при призыве на военную службу использовать диагноз транзиторного расстройства личности как временный (этапный). Окончательную диагностику и определение годности к воинской службе следует, по их мнению, «осуществлять по достижении пациентами 25-летнего возраста». Как будет показано в главе 4 нашей работы, ни в одном (!) из 294 случаев, когда призывникам 2003 г. был выставлен диагноз транзиторного расстройства личности, повторное освидетельствование не проводилось.

В другом методическом пособии, подготовленном тем же коллективом военных врачей [Куликов В. В. и др., 2004], прямо говорится, что к расстройствам личности относятся «психопатии и транзиторные расстройства личности». А в тексте есть такая фраза: «К пункту «б» относятся: умеренно выраженные формы личностных расстройств, проявляющиеся аффективными срывами, реактивными состояниями, выраженностью вегетативных реакций; транзиторные расстройства личности, не достигающие уровня психопатии».

Очевидно, что появление противоречащего клиническим традициям и логике диагноза «личностные расстройства, не достигающие уровня психопатий» обусловлено стремлением военных медиков максимально обезопасить военнослужащих от чрезвычайных происшествий в частях, которые широко обсуждались в обществе в 90-е годы прошлого века. Казалось бы, такой подход можно только приветствовать, но, на наш взгляд, при этом страдают и призывники, получившие сомнительный психиатрический диагноз, и общество, в частности армия. Поясним, что мы имеем в виду. Молодые люди с диагнозом транзиторного расстройства личности во всех случаях были освобождены от призыва, но ни одному из них не было назначено лечение. Между тем давно известно, что жестко регламентированное поведение в воинской части, дисциплинарные воздействия, преодоление трудностей совместно с сослуживцами могут способствовать исправ-

лению характерологических девиаций юношей. Как тут не вспомнить кинофильм «Иван Бровкин», отражающий становление полноценной личности молодого парня, не отличавшегося до призыва примерным поведением. Армия, в свою очередь, в результате гипердиагностики расстройств личности недополучает призывников, которые могли бы стать обученными и проверенными солдатами.

Остается только сожалеть, что приведенное выше определение транзиторного расстройства личности вошло в Постановление правительства РФ от 25.02.2003 № 123 «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе». О масштабе проблемы свидетельствует такая цифра: от призыва в армию в связи с расстройствами личности в 2001 г. в России были освобождены 22,4 тысячи человек [Королев С. А., 2005].

Есть еще один аспект обсуждаемой проблемы – диагностика транзиторных расстройств личности у военнослужащих. В кандидатской диссертации С. А. Королева (2005) сказано, что у военнослужащих Северного флота «клинические особенности транзиторных расстройств личности характеризовались: связью с ситуационными психотравмирующими факторами, кратковременностью и полиморфностью симптоматики».

Чем тогда отличаются транзиторные расстройства личности от невротических расстройств? Если верить автору, то такие неблагоприятные факторы, как «тяжелые климатогеографические условия службы, изменение ритма жизни, трудности адаптации к военной службе, неуставные отношения» не вызывают у призванных на службу молодых людей невротических расстройств. Транзиторные расстройства личности составляют 86,2 % всех психических расстройств, выявленных у военнослужащих Северного флота. Это находится в прямом противоречии с текстом цитированных выше методических рекомендаций для врачей [Куликов В. В. и др., 2003], где говорится: «личностные аномалии составляют существенную часть пограничных нервно-психических расстройств и занимают второе место после неврозов».

Что касается инфантильного расстройства личности, то ни в одном из упомянутых выше методических рекомендаций и пособий по проведению военно-психиатрической экспертизы для врачей эта отсутствующая в МКБ-10 диагностическая рубрика даже не упоминается. В руководстве для врачей и судебно-психиатрических экспертов «Клиническая и судебная подростковая психиатрия» под редакцией

В. А. Гурьевой (2007) в разделе «Дизонтогенез: клинические формы» есть описание различных видов инфантилизма, но ни слова не сказано об определении годности таких лиц к военной службе.

И еще одно обстоятельство, которое затрудняет однозначную трактовку клинических признаков инфантильного расстройства личности: в переводе на русский язык «Лексикона психиатрии Всемирной организации здравоохранения» (Киев, 2001) при описании истерического (гистрионного) расстройства личности в примечаниях сказано, что в эту рубрику «включено инфантильное расстройство личности».

Таким образом, сравнительный анализ диагностики расстройств личности во время стационарной военно-психиатрической экспертизы призывников в Томской клинической психиатрической больнице в 1998 и 2003 гг. выявил значительные различия:

1. Диагноз психопатии в 1998 г. был установлен в 128 случаях, что составляет 28,3 % от общего числа призывников с психическими расстройствами. В 2003 г. диагноз расстройств личности зафиксирован в 766 случаях, что составляет 62,1 % от общего числа призывников с психическими расстройствами. Различия экстенсивных показателей 1998 и 2003 гг. высоко достоверны ($p < 0,01$).

2. Статистически достоверный рост числа случаев расстройств личности среди призывников 2003 г. произошел, главным образом, за счет диагностических рубрик, которых не было в МКБ-9 и которые отсутствуют в МКБ-10 – транзиторные расстройства личности и инфантильное расстройство личности. На них приходится 38,4 % от всех расстройств личности, выявленных в 2003 г. Все призывники с этими диагнозами были освобождены от призыва.

3. Разработанная военными медиками концепция транзиторных расстройств личности противоречит общепринятым основам выявления психопатий (расстройств личности) и ведет к гипердиагностике этой патологии у призывников. Критерии диагностики инфантильного расстройства личности у призывников и определения их годности к военной службе вообще не описаны.

4. Ни в одном случае лица, которым во время стационарной военно-психиатрической экспертизы в 2003 г. был установлен диагноз транзиторных расстройств личности и инфантильного расстройства личности, не получали лечения и в дальнейшем не наблюдались психиатрами.

5. Использование в практике военно-психиатрической экспертизы диагнозов транзиторных расстройств личности и инфантильного расстройства личности ведет к негативным последствиям для лиц, получивших этот психиатрический диагноз, и для общества, в том числе для армии.

Глава 3

СРАВНИТЕЛЬНАЯ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИЗЫВНИКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ, ПРОШЕДШИХ ВОЕННО-ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ ЭКСПЕРТИЗУ В 1998 И 2003 ГГ.

Эта часть нашей работы посвящена анализу социального и трудового статуса призывников, которым в результате стационарной военно-психиатрическую экспертизы в 1998 г. (первая группа) и 2003 г. (вторая группа) был выставлен диагноз расстройства личности (психопатии). Это важно для идентификации факторов, формирующих патохарактерологические особенности юношей призывного возраста.

Как и следовало ожидать, средний возраст подэкспертных обеих групп практически был идентичным: $19,4 \pm 2,3$ года у призывников первой группы и $19,23 \pm 1,8$ во второй группе.

Среди призывников обеих групп зарегистрировано больше городских жителей с учетом проживающих не только в Томске, но также в городах Асино и Стрежевом. Горожане составили 53,1 % в 1998 г. и 50,5 % в 2003 г.

Известно, что основы характера молодого человека закладываются в родительской семье. Поэтому мы, прежде всего, проанализировали сведения о семьях, где росли и воспитывались призывники первой и второй групп, получившие диагноз расстройства личности. Кроме того, в ряде случаев юноши первой и второй групп уже имели собственные семьи.

Сравнительная характеристика родительских и собственных семей призывников 1998 и 2003 гг.

Сведения, имеющиеся в медицинской документации, позволили нам провести сопоставление информации о родительских семьях при-

зывников 1-й и 2-й групп. Результаты анализа представлены на рисунках 1 и 2.

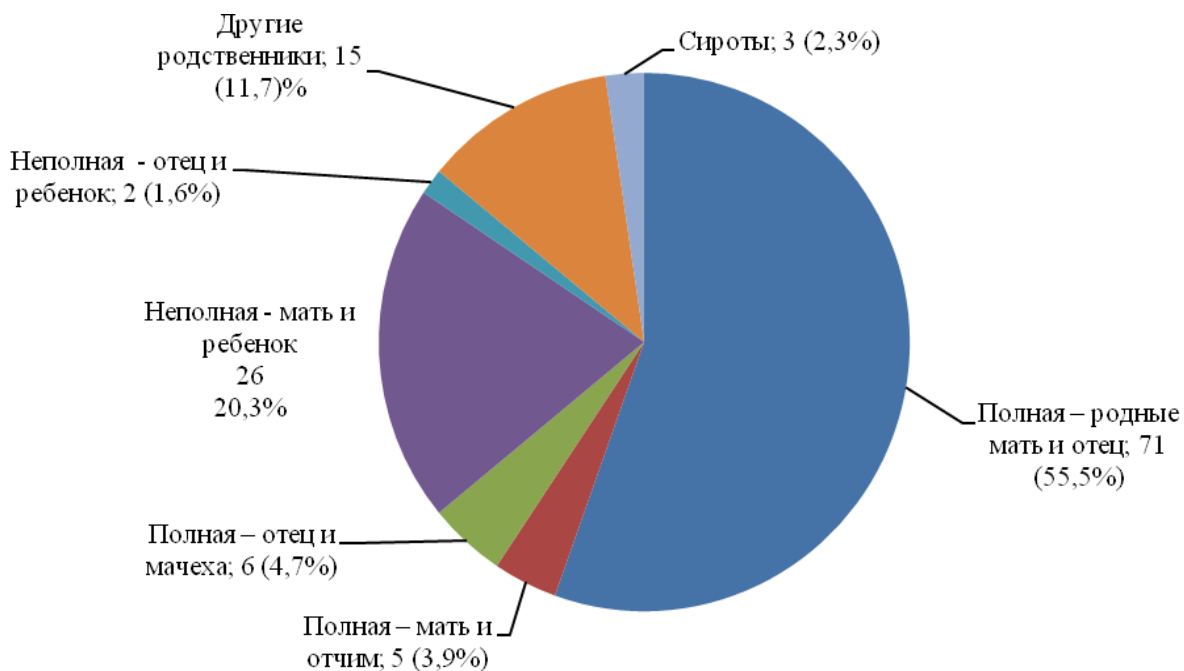


Рис. 1. Сведения о составе семьи призывников первой группы

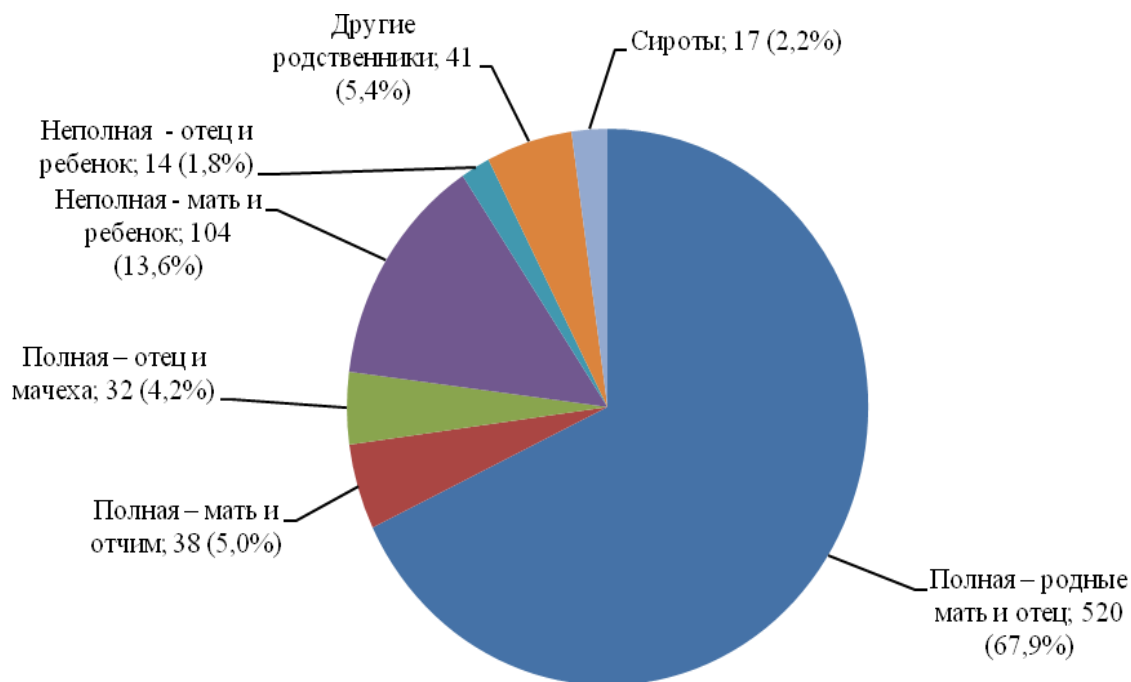


Рис. 2. Сведения о составе семьи призывников второй группы

Анализ полученных сведений позволяет сделать вывод, что в целом семейная ситуация призывников с расстройствами личности в

2003 г. была лучше, чем у призывников 1998 г. с расстройствами личности.

Так, например, полный состав родительских семей был зарегистрирован у 77,0 % призывников второй группы и только у 64,1 % призывников первой группы – различия экстенсивных показателей были статистически достоверны ($p < 0,01$). Причем в 67,9 % случаев во второй группе и в 55,5 % в первой группе это были полные семьи с биологическими родителями, что потенциально создает самые благоприятные условия для полноценного развития психики ребенка. В остальных случаях это были полные семьи с мачехой или отчимом. К сожалению, далеко не во всех историях болезни отражен характер отношений между ребенком и отчимом, ребенком и мачехой, но конфликты и взаимные претензии встречались в 4 случаях из 11 в первой группе (36,3 %) и в 14 случаях во второй группе (20,0 %). Различия экстенсивных показателей были недостоверны ($p > 0,05$), но общая тенденция сохраняется: у призывников 2003 г. семейная ситуация была более благоприятной, чем у призывников 1998 г.

Об этом же свидетельствует тот факт, что только 15,4 % призывников второй группы воспитывались в неполных семьях (в подавляющем большинстве случаев – мать и ребенок), а в первой группе таких семей было 21,9 %.

В обеих группах встречались ситуации, когда ребенок воспитывался в семьях других родственников или был воспитанником государства (детские дома) вследствие смерти биологических родителей, лишения их родительских прав или отбытия наказания из-за противоправных действий. В 1998 г. такие случаи составили 14,0 %, а в 2003 г. – только 7,6 %, что опять-таки подтверждает более благополучную семейную ситуацию у призывников второй группы.

Высказывалось мнение, что в многодетных семьях выше вероятность формирования патохарактерологических расстройств у юношей [Ковалев В. В., 1995]. Однако среднее число детей в семьях призывников первой группы составляло $2,3 \pm 1,6$, а среднее количество детей во второй группе – $2,4 \pm 1,5$.

Как известно, характер воспитательных воздействий на ребенка или их отсутствие могут стать факторами, способствующими формированию у него патохарактерологических особенностей [Личко А. Е., 1985]. К сожалению, далеко не во всех историях болезни призывников первой и второй групп врачи-эксперты указывали тип воспитания в родительской или другой семье. Однако имеющиеся в медицинской

документации сведения позволяют сделать вывод о том, что 50,8 % призывников первой группы росли и воспитывались в условиях гипопеки, а во второй группе этот тип воспитания зафиксирован в 48,8 % случаев (различия экстенсивных показателей были статистически недостоверны). Наоборот, условия гиперопеки в семье отмечены у 16,4 % призывников первой группы и у 38,5 % призывников второй группы (различия экстенсивных показателей были высоко достоверны – $p < 0,01$). Другие типы воспитания в историях болезни не упоминаются.

Гипоопека, по мнению отечественных авторов [Личко А. Е., 1983, 1985; Гурьева В. А., 2007], способствует формированию возбудимых, эмоционально неустойчивых, диссоциальных черт характера подростка. Поэтому представляет интерес сопоставление типа воспитания и диагностированных во время военно-психиатрической экспертизы расстройств личности. Напомним, что у призывников первой группы возбудимая психопатия была диагностирована в 32,9 % случаев, а неустойчивая психопатия – в 14,1 % (суммарно – 47,0 %). Это вполне согласуется с данными о воспитании по типу гипопеки призывников первой группы, который зафиксирован в 50,8 % случаев.

Во второй группе суммарно диссоциальное, эмоционально неустойчивое расстройство личности и транзиторное эмоционально неустойчивое расстройство личности диагностированы в 63,3 % случаев, а гипопека со стороны родителей (или других родственников) зафиксирована у 48,8 % призывников.

Таким образом, полученные нами данные подтверждают прямую корреляцию между воспитанием по типу гипопеки и вероятностью развития у индивида расстройства личности (психопатии) диссоциального, эмоционально неустойчивого, возбудимого характера.

По логике вещей можно было бы предположить, что такая же корреляция существует между воспитанием по типу гиперопеки и вероятностью формирования так называемых тормозимых [Шостакович В. Б., Матвеев В. Ф., 1988] психопатий с психастеническими [Смулевич А. Б., 2007], инфантильными, зависимыми чертами. Однако наш материал показывает, что здесь связь не столь однозначна.

Так, в первой группе, если судить по сведениям историй болезни, 16,4 % призывников с расстройствами личности воспитывались в условиях гиперопеки, а диагноз парциального дисгармонического психического инфантилизма был выставлен лишь в одном случае.

Диагноз психастенической или тормозимой психопатии вообще не выставлялся.

Во второй группе воспитание по типу гиперопеки отмечено у 38,5 % призывников, а диагнозы инфантильного, зависимого и транзиторного зависимого расстройства личности выставлены (суммарно) в 18,8 % случаев. Это позволяет предположить, что вероятность развития инфантильных, зависимых черт характера при воспитании по типу гиперопеки гораздо ниже, чем вероятность формирования эмоционально неустойчивых, диссоциальных расстройств личности при воспитании по типу гипоопеки.

Мы отдельно проанализировали сведения о девиантном поведении и психических расстройствах у родителей призывников первой и второй групп, зафиксированные в историях болезни. Оказалось, что злоупотребление алкоголем отмечено в 40,6 % случаев у одного или обоих родителей призывников первой группы и только в 26,9 % случаев во второй группе. Различия этих экстенсивных показателей были достоверны – $p < 0,05$. Отбывали наказание после совершения противоправных действий родители 4,7 % призывников первой группы и только 2,9 % призывников второй группы. Здесь различия экстенсивных показателей были недостоверны, но общая тенденция тем не менее сохраняется – в 2003 г. у призывников с расстройствами личности выявлена, несомненно, более благоприятная ситуация в семье.

Наконец, в историях болезни имеются сведения о психических расстройствах у родителей призывников первой и второй групп. Всего упомянуты три диагностические категории: умственная отсталость, эпилепсия и психотические состояния, вследствие которых проводилось лечение в психиатрическом стационаре. Эти сведения были получены от самих призывников при сборе анамнеза или от их родителей при заполнении опросника, поэтому их точность оставляет желать лучшего, но другой информации на эту тему нет. В первой группе психические расстройства отмечались у 6,2 % родителей призывников с расстройствами личности, а во второй группе только у 3,7 %. Таким образом, и наследственная отягощенность была более выражена у призывников первой группы.

Небольшая часть призывников первой и второй групп успела создать собственные семьи на момент проведения военно-психиатрической экспертизы. В первой группе таковых было 11 человек (8,6 %), причем в 3 случаях (2,3 %) браки были расторгнуты к моменту проведения военно-психиатрической экспертизы. Во второй

группе собственные семьи на момент проведения военно-психиатрической экспертизы были у 41 призывника (5,4 %), а еще 4 брака распались (0,5 %). Различия экстенсивных показателей (8,6 % и 5,9 %) оказались статистически недостоверны, продолжительность брачных отношений была очень небольшая – в среднем составляла немногим более года. В литературе высказывались разные мнения о ранних браках [Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В., 1990]. Есть точка зрения, согласно которой ранние браки – свидетельство раннего взросления, опережающей социализации. Противоположная позиция изложена таким образом: ранние браки характерны для инфантильных, социально незрелых, не обладающих достаточным жизненным опытом людей. Полученный нами материал не позволяет высказаться в поддержку какой-либо из этих точек зрения.

Сравнительная характеристика образования и трудового статуса призывников 1998 и 2003 гг.

В связи с тем, что средний возраст призывников как первой, так и второй группы был меньше 20 лет, среди них не было лиц с законченным высшим образованием. Основная информация о полученном образовании и поведении во время обучения приходилась на среднюю школу.

На рисунке 3 представлены сведения об уровне образования призывников первой и второй групп с расстройствами личности, которые прошли военно-психиатрическую экспертизу в 1998 и 2003 гг. Как оказалось, достоверных различий по уровню образования между призывниками первой и второй групп не существует. Хотя следует отметить тенденцию, которая не подтверждается математическим анализом. В первой группе у 8,6 % призывников не имелось аттестата о среднем образовании, а во второй группе среднее образование не получили только 4 %. Неполное среднее образование получили 42,2 % призывников первой группы, которые затем закончили профессионально-технические училища. Во второй группе таковых оказалось 37,9 %. Полное среднее (в том числе специальное) образование имели 39,7 % призывников второй группы и только 34,6 % призывников первой группы. Незаконченное высшее образование имели 13,3 % призывников второй группы и только 9,1 % призывников первой группы. Таким образом, призывники 2003 г. с расстройствами личности в целом имели более высокий уровень образования.

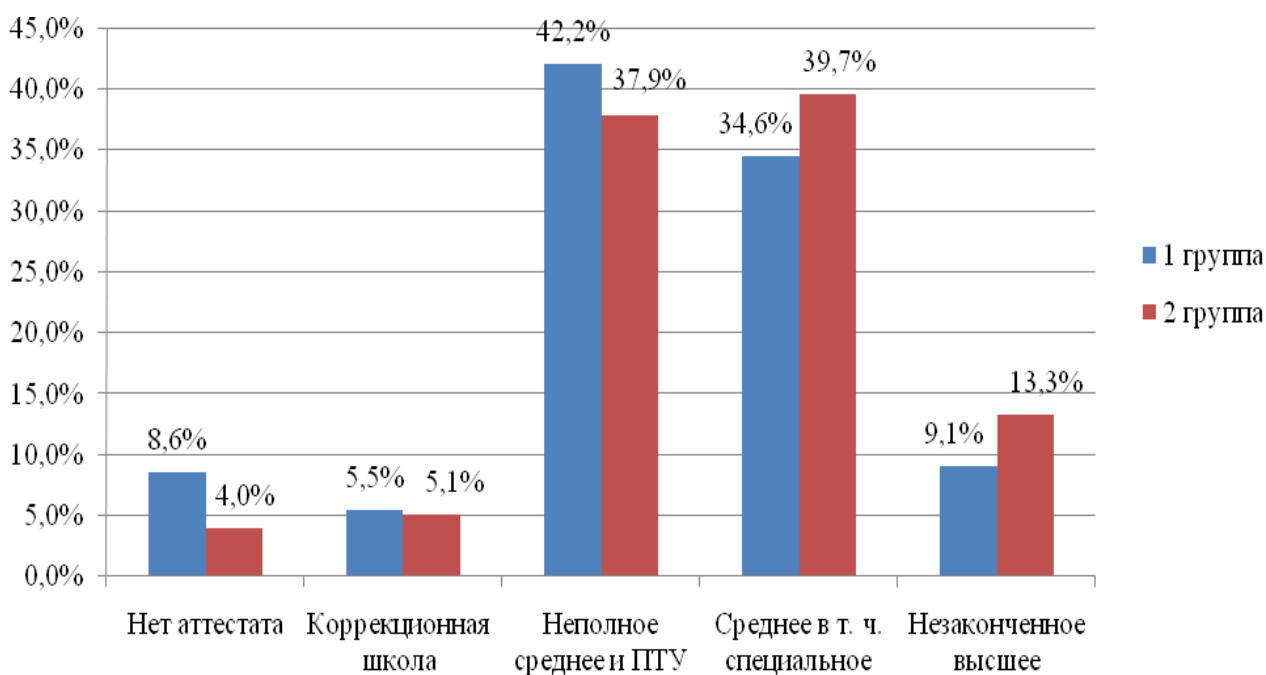


Рис. 3. Уровень образования призывников 1 и 2 групп

Еще одна деталь: 26,6 % призывников первой группы оставались на повторное обучение в разных классах средней школы. Во второй группе только 24,3 % призывников обучались повторно в классах средней школы.

Достаточно часто, но, к сожалению, не всегда в историях болезни призывников с расстройствами личности 1998 и 2003 гг. имелись характеристики с места учебы: из средней школы, профессионально-технического училища, техникума или вуза. Информация, приведенная в этих документах, свидетельствует о дезадаптации в учебных учреждениях вследствие конфликтов с преподавателями и другими учащимися, пропусков занятий, плохой успеваемости 55,5 % призывников первой группы (71 человек) и 40,6 % призывников второй группы (311 человек). Различия этих экстенсивных показателей были достоверны ($p < 0,01$). Поэтому можно уверенно утверждать, что степень выраженности патохарактерологических проявлений у призывников 1998 г. была гораздо большей, чем у призывников 2003 г. Напомним, что не имели аттестата о среднем образовании (закончили школу со справкой) 8,6 % призывников первой группы и только 4 % призывников второй группы.

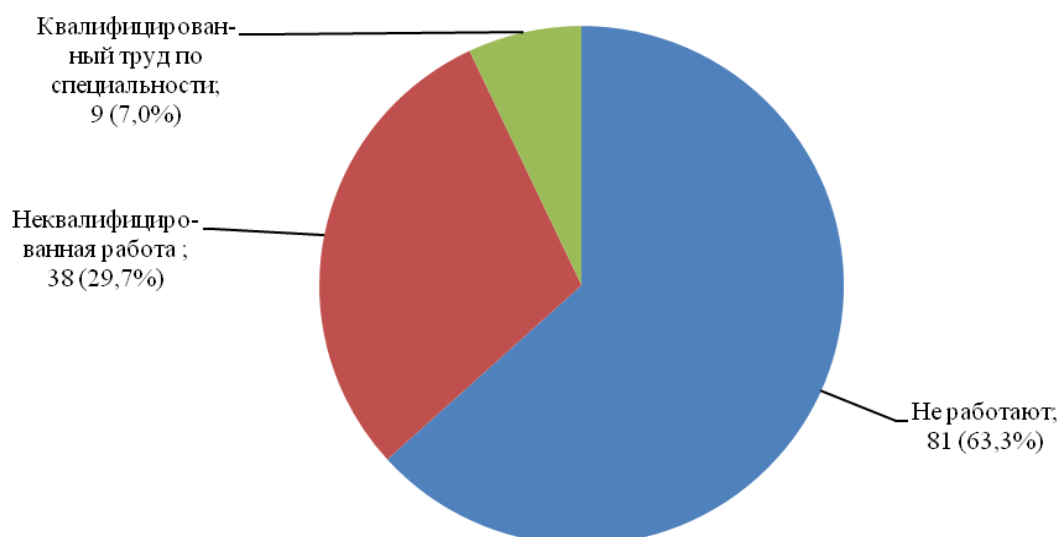


Рис. 4. Трудовой статус призывников первой группы

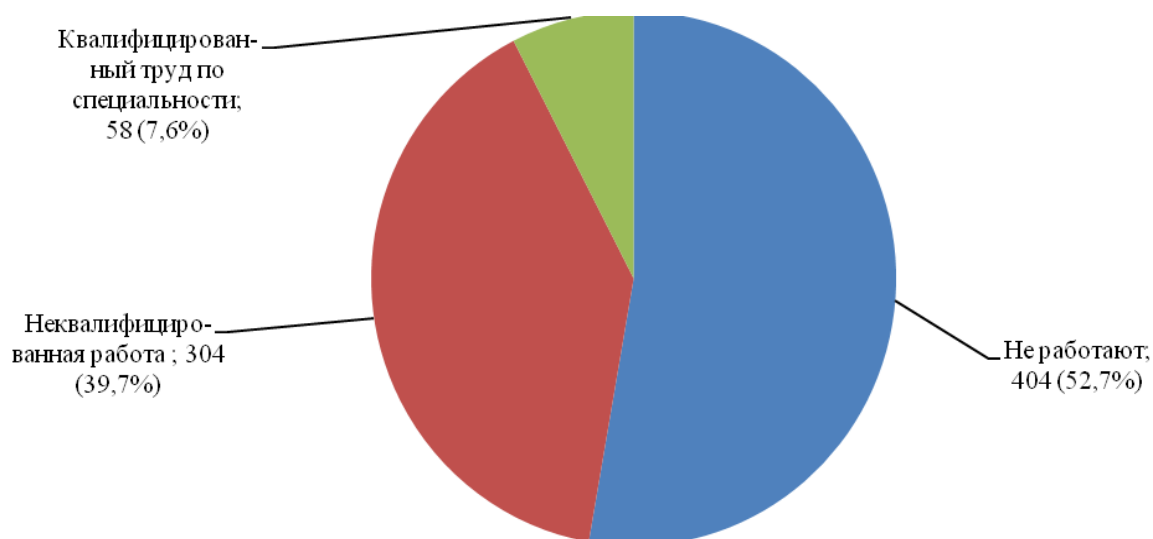


Рис. 5. Трудовой статус призывников второй группы

Сведения о трудовом статусе призывников первой и второй групп на момент проведения военно-психиатрической экспертизы представлены на рисунках 4 и 5.

Как выяснилось, более половины призывников первой и второй групп не работали и не учились – их число составило соответственно 63,3 % и 52,7 %. Различия этих экстенсивных показателей оказались достоверны ($p < 0,05$), поэтому можно обоснованно утверждать: уровень социальной адаптации призывников с расстройствами личности в 2003 г. был выше, чем призывников с психопатиями в 1998 г.

Только 36,7 % призывников первой группы и 47,3 % второй группы работали по найму (достаточно часто без оформления трудовых отношений), причем по полученной специальности были трудо-

устроены только 7,0 % и 7,6 % соответственно. Трудности трудоустройства молодых рабочих и специалистов всем известны, однако мы не ожидали, что из числа молодых людей, которые закончили ПТУ и техникумы, только каждый пятый или шестой нашел возможность работать по специальности. В подавляющем большинстве случаев (в 80,9 % случаев в первой группе и в 84,0 % случаев во второй группе) те призывники, кто работал, были заняты неквалифицированным физическим трудом.

В историях болезни призывников с расстройствами личности первой и второй групп, которые имели официальное место работы, имелись производственные характеристики, позволяющие судить об их поведении на работе. Нарушения трудовой дисциплины, конфликтные отношения с коллегами по работе отмечены у 55,3 % официально работающих призывников первой группы и только у 26,0 % второй группы ($p < 0,05$). Это вновь подтверждает отмеченную выше тенденцию – выраженность психопатических проявлений у призывников 1998 г. была гораздо большей, чем у призывников с расстройствами личности 2003 г.

Сравнительная характеристика девиантного поведения призывников 1998 и 2003 гг.

Информация о девиантном поведении и суицидальных попытках призывников первой и второй групп тщательно выяснялась и анализировалась врачами-экспертами на основе субъективных и объективных сведений, так как эти факты являлись определяющими для установления годности юношей к военной службе как в 1998 г., так и в 2003 г.

Зафиксированная в историях болезни информация представлена на рисунке 6. Необходимо отметить, что у многих призывников отмечалась не одна, а несколько форм девиантного поведения. Поэтому сумма экстенсивных показателей в первой и второй группах превышает 100 %.

Приведенные выше данные свидетельствуют о том, что за исключением двух форм девиантного поведения – злоупотребления алкоголем и административных нарушений за хулиганство – у призывников 1998 г. достоверно чаще отмечались бродяжничество, уголовные преступления, токсикомании и употребление наркотиков, а также суицидальные попытки. Статистических различий между экстенсив-

ными показателями призывников первой и второй групп по злоупотреблению алкоголем и хулиганству не выявлено ($p > 0,05$).

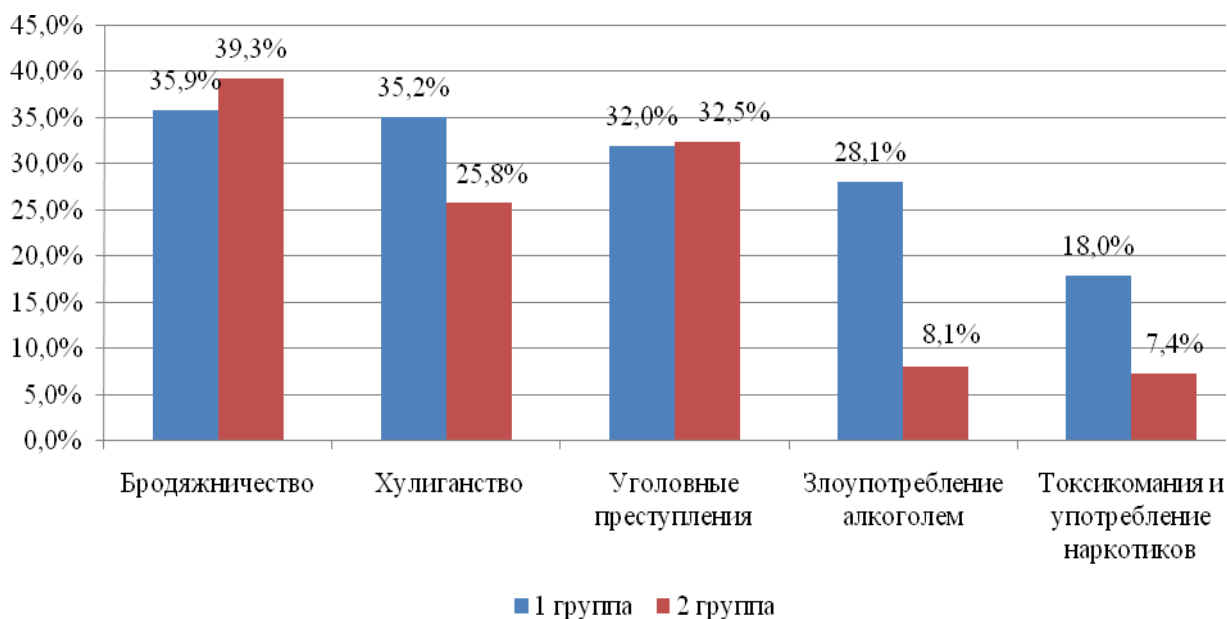


Рис. 6. Сведения о девиантном поведении призывников 1 и 2 групп

Таким образом, полученные нами данные позволяют утверждать, что в целом призывники с расстройствами личности 2003 г. имели достоверно более благополучные социально-демографические характеристики, чем призывники с психопатиями 1998 г. Это касается как семейной ситуации, так и уровня образования, трудового статуса. Особого внимания заслуживает информация о распространенности верифицированного девиантного поведения как объективного подтверждения выраженности патохарактерологических проявлений у призывников первой и второй групп.

Можно сказать, что среди призывников 2003 г. было достоверно меньше лиц с выраженными до степени социальной дезадаптации клиническими признаками расстройств личности. Изменение критериев диагностики в 2003 г. по сравнению с 1998 г. привело к тому, что на военно-психиатрическую экспертизу в большом числе направлялись юноши без признаков социальной дезадаптации, в поведении которых усматривали потенциальную опасность для успешной службы в армии. Все они после прохождения экспертизы получили диагноз того или иного расстройства личности и были освобождены от призыва. Не вызывает сомнений гипердиагностика расстройств личности у призывников 2003 г., которая, как мы уже отмечали, негатив-

но сказывалась на судьбе самих призывников и на пополнении рядов Вооруженных Сил нашей страны.

Для получения более полной клинически ориентированной информации мы решили проанализировать социально-демографические характеристики призывников первой и второй групп с расстройствами личности, которые встречались наиболее часто в 1998 и 2003 гг. В 1998 г. это были возбудимая, неустойчивая, шизоидная и мозаичная психопатии, а в 2003 г. – эмоционально неустойчивое (импульсивный тип), транзиторное эмоционально неустойчивое (импульсивный тип), шизоидное и смешанное расстройства личности. При этом мы сочли возможным объединить информацию о призывниках с возбудимой и неустойчивой психопатией в первой группе, а также о призывниках с эмоционально неустойчивым (импульсивный тип) и транзиторным эмоционально неустойчивым (импульсивный тип) расстройствами личности во второй группе.

Сравнительная социально-демографическая характеристика призывников 1998 г. с возбудимой и неустойчивой психопатией и призывников 2003 г. с эмоционально неустойчивым (импульсивный тип) и транзиторным эмоционально неустойчивым (импульсивный тип) расстройствами личности

Прежде всего, предметом нашего анализа стали сведения о семьях, в которых росли и воспитывались призывники 1998 и 2003 гг. с указанной патологией (рис. 7).

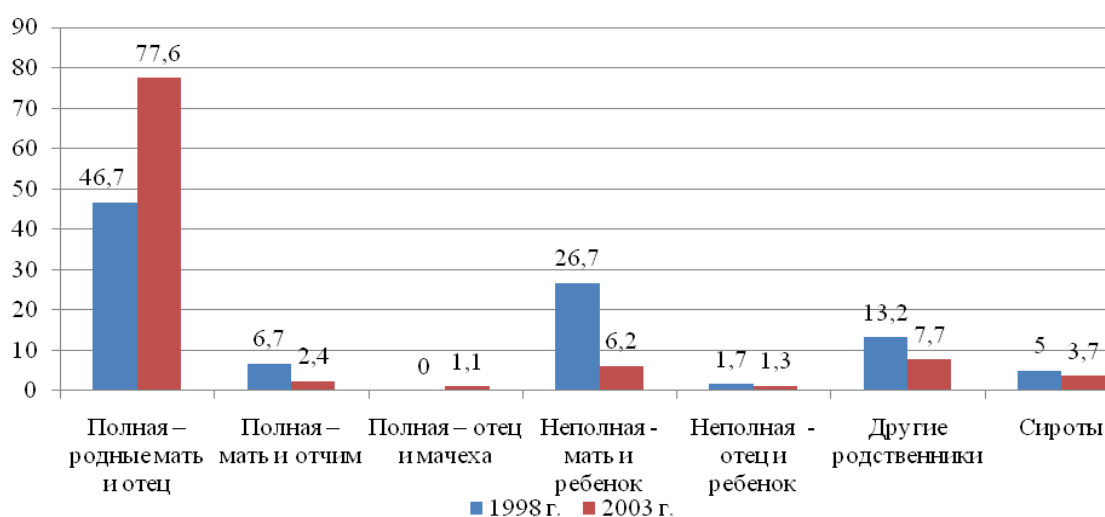


Рис. 7. Состав семей, в которых росли и воспитывались призывники 1998 г. с возбудимой и неустойчивой психопатиями и призывники 2003 г. с эмоционально неустойчивым (импульсивный тип) и транзиторным эмоционально неустойчивым (импульсивный тип) расстройствами

В отечественной литературе давно высказывалось мнение [Ковалев В. В., 1995], что формирование возбудимой и неустойчивой психопатии чаще всего является следствием недостаточных воспитательных воздействий, которые трудно реализовать в неполной семье, особенно при отсутствии отца.

Столь значительные различия по составу родительских семей между призывниками 1998 и 2003 гг. с очень похожими по клиническим проявлениям патохарактерологическими девиациями может быть объяснено только изменением диагностических подходов. Если бы в 2003 г. для диагностики расстройств личности использовались те же принципы, что и в 1998 г. (выраженность, тотальность, стабильность симптоматики), то на военно-психиатрическую экспертизу было бы направлено гораздо меньше юношей призывного возраста из достаточно благополучных семей. Появление рубрик транзиторных расстройств личности провоцировало врачей-экспертов на диагностику этой патологии там, где ее не было, а имели место акцентуации характера, невротические реакции или затяжное течение пубертатного криза.

Подтверждением изложенной выше точки зрения является еще и то, что все призывники-сироты в 1998 г. имели диагноз возбудимой и неустойчивой психопатии, а все призывники-сироты в 2003 г. – эмоционально неустойчивого (импульсивный тип) и транзиторного эмоционально неустойчивого (импульсивный тип) расстройств личности.

Наконец, необходимо указать, что 11,1 % родителей призывников 1998 г. с указанными типами психопатий получили реальный или условный срок после совершения противоправных действий. В целом у призывников с разными типами психопатий этот показатель равен 4,7 %. В 2003 г. соответствующие показатели равны 3,3 % и 2,9 %.

Призывники с диагнозами возбудимой и неустойчивой психопатии составили в 1998 г. 47,0 %, а призывники с эмоционально неустойчивым (импульсивный тип) и транзиторным эмоционально неустойчивым (импульсивный тип) расстройствами личности – 60,6 %. Если сопоставить сведения о семейной ситуации призывников с этими формами расстройств личности (психопатий) с информацией о всех призывниках с расстройствами личности 1998 и 2003 гг., то получается интересная картина.

В 1998 г. в полных семьях проживали 64,1 % всех призывников с расстройствами личности (психопатиями), а у призывников с диагнозами возбудимой и неустойчивой психопатии полные семьи составили

только 53,4 % (различия экстенсивных показателей были достоверны – $p < 0,05$). Наоборот, неполные семьи – мать и ребенок – зафиксированы в 20,3 % случаев у всех призывников с расстройствами личности и в 26,7 % случаев у призывников с диагнозами возбудимой и неустойчивой психопатии. Эти данные вполне согласуются с приведенной выше точкой зрения отечественных авторов о социальных факторах, способствующих формированию возбудимой и неустойчивой психопатий.

В 2003 г. отмечена ситуация прямо противоположная: полные семьи были зарегистрированы у 77,0 % всех призывников с расстройствами личности и у 81,1 % призывников с эмоционально неустойчивым (импульсивный тип) и транзиторным эмоционально неустойчивым (импульсивный тип) расстройствами личности. Неполные семьи – мать и ребенок – отмечены в 13,6 % случаев у всех призывников с расстройствами личности и только у 6,2 % призывников с эмоционально неустойчивым (импульсивный тип) и транзиторным эмоционально неустойчивым (импульсивный тип) расстройствами.

Воспитание по типу гипопеки, согласно материалам военно-психиатрической экспертизы, обнаружено в 1998 г. у 50,8 % всех призывников с расстройствами личности и в 55,0 % случаев у призывников с диагнозами возбудимой и неустойчивой психопатии.

В 2003 г. опять все наоборот и вопреки клинической логике: гипопека в семьях зафиксирована у 48,8 % всех призывников с расстройствами личности и только у 41,9 % с эмоционально неустойчивым (импульсивный тип) и транзиторным эмоционально неустойчивым (импульсивный тип) расстройствами личности.

Полученные данные позволяют еще раз выразить сомнение в обоснованности направления на военно-психиатрическую экспертизу в 2003 г. большого числа молодых людей с малейшими отклонениями от общепринятых стандартов поведения, а также диагностики у них расстройств личности эмоционально неустойчивого (импульсивный тип) и транзиторного эмоционально неустойчивого (импульсивный тип) расстройств личности.

Далее мы проанализировали сведения об образовании и трудовом статусе призывников 1998 и 2003 гг. с этими же типами расстройств личности (психопатий).

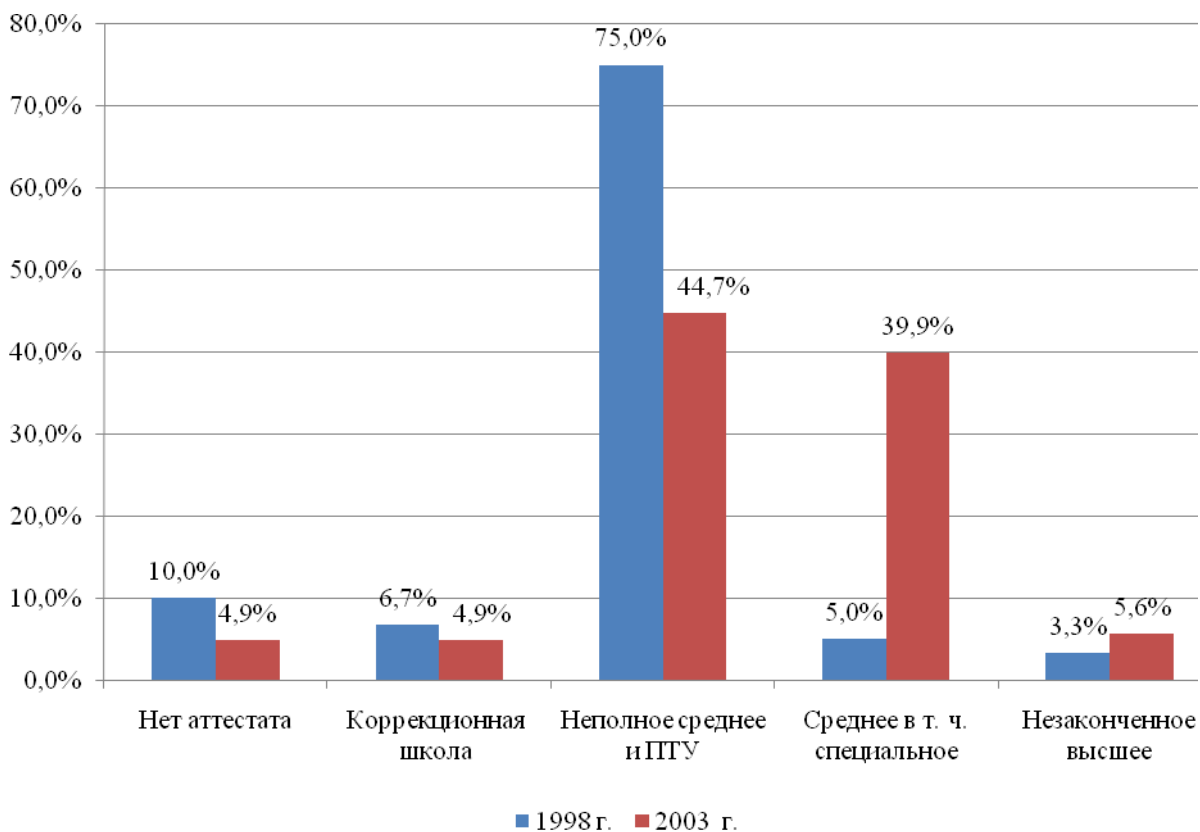


Рис. 8. Уровень образования призывников 1998 г. с возбудимой и неустойчивой психопатиями и призывников 2003 г. с эмоционально неустойчивым (импульсивный тип) и транзиторным эмоционально неустойчивым (импульсивный тип) расстройствами личности

Анализ полученных данных позволяет однозначно утверждать, что образовательный уровень призывников с самыми распространенными и со схожими (можно сказать, идентичными) в клиническом отношении расстройствами личности в 2003 г. был достоверно выше, чем в 1998 г. Так, например, неполное среднее образование (включая обучение в ПТУ) отмечено у 75,0 % призывников 1998 г. с возбудимой и неустойчивой психопатией и только у 44,7 % призывников 2003 г. с эмоционально неустойчивым (импульсивный тип) и транзиторным эмоционально неустойчивым (импульсивный тип) расстройствами личности ($p < 0,01$). Призывники 2003 г. с указанными расстройствами личности в 39,9 % случаев имели законченное среднее (в том числе специальное) образование против 5,0 % призывников 1998 г. ($p < 0,01$). В 2003 г. по сравнению с 1998 г. было почти в 2 раза больше призывников с незаконченным высшим образованием: соответственно 5,6 % и 3,3 % (рис. 8).

Примерно такая же картина получается при сопоставлении сведений о трудовом статусе призывников 1998 г. с возбудимой и не-

устойчивой психопатией (рис. 9) и призывников 2003 г. с эмоционально неустойчивым (импульсивный тип) и транзиторным эмоционально неустойчивым (импульсивный тип) расстройствами личности (рис. 10).

При сопоставлении данных о неработающих призывниках с указанными расстройствами личности выявлены статистически достоверные различия экстенсивных показателей между 1998 и 2003 гг.: соответственно 76,7 % и 66,2 % ($p < 0,05$). Экстенсивные показатели, отражающие занятость призывников неквалифицированным и квалифицированным трудом, наоборот, выше в 2003 г., но статистически достоверных различий выявить не удалось.

Таким образом, при сопоставлении данных о самых многочисленных среди призывников клинических вариантах расстройств личности, где, как правило, имеет место наиболее выраженная социальная дезадаптация, социально-демографические показатели 2003 г. гораздо благоприятнее 1998 г.

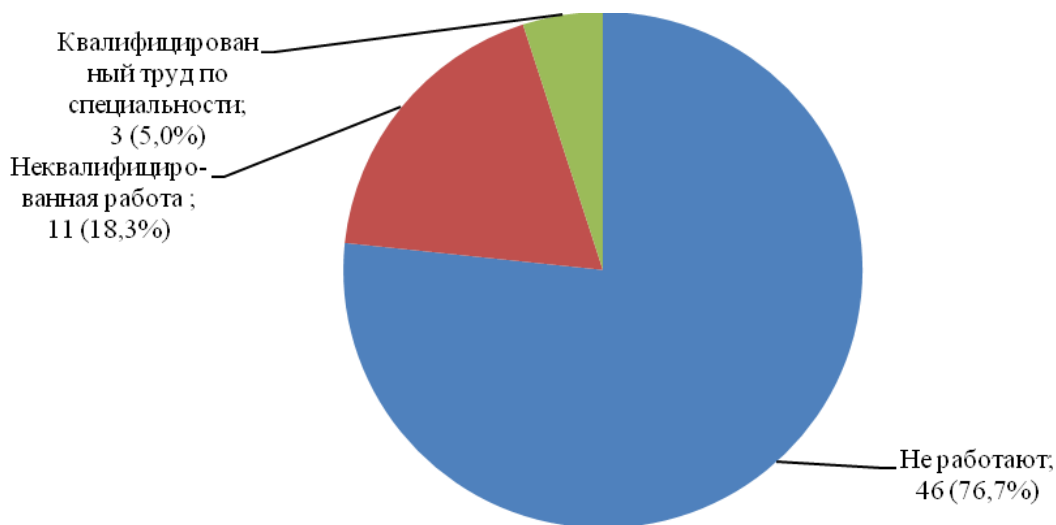


Рис. 9. Трудовой статус призывников 1998 г. с возбудимой и неустойчивой психопатиями и призывников 2003 г. с эмоционально неустойчивым (импульсивный тип) и транзиторным эмоционально неустойчивым (импульсивный тип) расстройствами личности

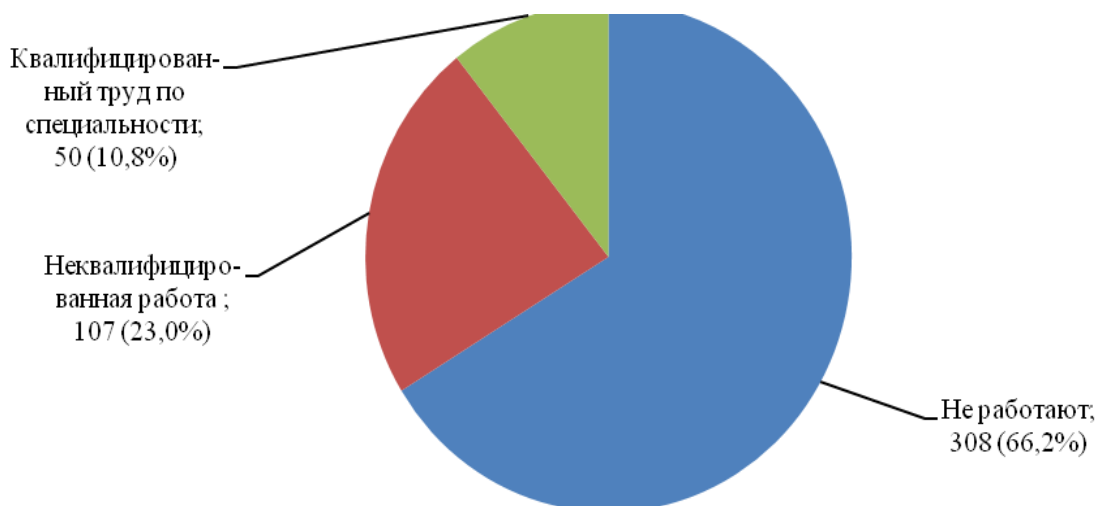


Рис. 10. Трудовой статус призывников 1998 г. с возбудимой и неустойчивой психопатией и призывников 2003 г. с эмоционально неустойчивым (импульсивный тип) и транзиторным эмоционально неустойчивым (импульсивный тип) расстройствами личности

Сравнительная характеристика девиантного поведения призывников 1998 г. с возбудимой и неустойчивой психопатией и призывников 2003 г. с эмоционально неустойчивым (импульсивный тип) и транзиторным эмоционально неустойчивым (импульсивный тип) расстройствами личности

Как и следовало ожидать, призывники 1998 и 2003 гг. с указанными клиническими видами расстройств личности отличались исключительно высоким уровнем девиантного поведения (рис. 11).

При сопоставлении сведений о призывниках 1998 и 2003 гг. выявляются статистически достоверные различия экстенсивных показателей по таким видам отклоняющегося поведения, как уголовные преступления, злоупотребление алкоголем и употребление наркотиков (токсикомании). Во всех случаях показатели 2003 г. оказались ниже, чем 1998 г. Это позволяет утверждать, что призывники 1998 г. с возбудимой и неустойчивой психопатией отличались большей криминогенностью, чем призывники 2003 г. с эмоционально неустойчивым (импульсивный тип) и транзиторным эмоционально неустойчивым (импульсивный тип) расстройствами личности.



Рис. 11. Сведения о девиантном поведении призывников 1998 г. с возбудимой и неустойчивой психопатией и призывников 2003 г. с эмоционально неустойчивым (импульсивный тип) и транзиторным эмоционально неустойчивым (импульсивный тип) расстройствами личности

Если сравнить приведенные на рисунке 11 данные со сведениями о девиантном поведении всех призывников в 1998 и 2003 гг. (рис. 6), то получается, что почти все виды отклоняющегося поведения достоверно чаще отмечались у призывников с возбудимой и неустойчивой психопатиями, а также эмоционально неустойчивым (импульсивным), включая транзиторный вариант, расстройством личности. Например, призывники 1998 г. с указанными видами психопатий совершили 93,5 % хулиганских действий и 100 % уголовных преступлений, а в 2003 г. – соответственно 96,0 % и 97,0 %.

Есть, правда, различия противоположного характера: суициды вообще не встречались у призывников 1998 г. с возбудимой и неустойчивой психопатиями, а в 2003 г. у призывников с эмоционально неустойчивым (импульсивный тип) и транзиторным эмоционально неустойчивым (импульсивный тип) расстройствами личности отмечались достоверно реже, чем в целом у призывников с расстройствами личности: соответственно 1,7 % и 7,4 % ($p < 0,05$). Ни в одном из 8 случаев, квалифицированных как суицидальная попытка у призывников 2003 г., не было реального намерения покончить счеты с жизнью. Все эти «суицидальные попытки» были совершены на высоте эмоционального возбуждения во время конфликтов с окружающими, носи-

ли шантажный характер или имели своей целью вызвать сочувствие для уменьшения вины.

Нам представляется обоснованным утверждать, что призывники с расстройствами личности возбудимого (импульсивного) типа реально являются потенциальными нарушителями воинской дисциплины и, возможно, совершения во время военной службы противоправных поступков. Именно они, а не юноши с инфантильным расстройством личности, которых в 2003 г. стало в 137 (!) раз больше, чем в 1998 г., представляют реальную опасность для армии и общества.

Сравнительная социально-демографическая характеристика призывников 1998 г. с шизоидной и мозаичной психопатией и призывников 2003 г. с шизоидным и смешанным, в том числе транзиторным, расстройствами личности

Нам представляется достаточно корректным сравнение социально-демографических характеристик призывников 1998 г. с шизоидной и мозаичной психопатией и призывников 2003 г. с шизоидным и смешанным расстройствами личности, в том числе транзиторным, так как диагностические критерии этих форм патологии практически идентичны. Мы уже неоднократно указывали на необоснованность использования для диагностики расстройств личности терминов «транзиторное расстройство», но практика военно-психиатрической экспертизы 2003 г. была именно такова. Совместное рассмотрение социально-демографических характеристик призывников с шизоидным и смешанным расстройствами личности (психопатиями) связано с тем, что шизоидное расстройство имеет, безусловно, конституциональную природу, а в случаях смешанного расстройства конституциональный аспект также присутствует: шизо-эпилептоидные, истеро-шизоидные, истероэпилептоидные расстройства.

Сведения о родительских семьях призывников 1998 и 2003 гг. с указанными видами расстройств личности показаны на рисунке 12.

Как оказалось, у призывников с шизоидной психопатией (1998 г.) и шизоидным расстройством личности (2003 г.) были выявлены только два типа семей – полные с биологическими родителями и неполные, где мать жила с ребенком.

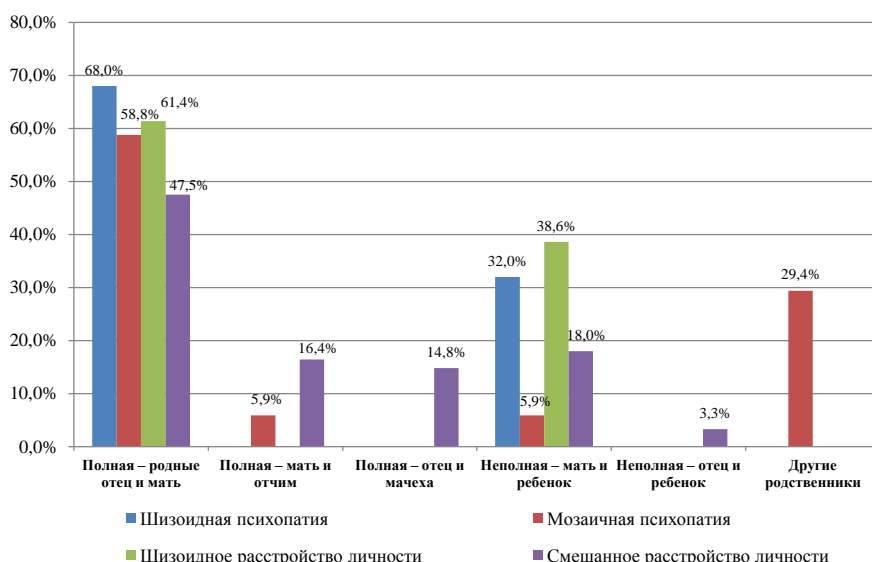


Рис. 12 Состав семей, в которых росли и воспитывались призывники 1998 г. с шизоидной и мозаичной психопатиями и призывники 2003 г. с шизоидным смешанным расстройством личности

Нам трудно объяснить, почему это так, но не вызывает сомнений, что шизоидное расстройство личности относится к так называемым ядерным (или конституциональным) психопатиям по терминологии отечественных авторов [Личко А. Е., 1983], формирование которых определяется, в первую очередь, наследственностью. Поэтому семейная ситуация не столь важна в этих случаях в отличие от, например, эмоционально неустойчивой (возбудимой) формы патологии характера.

Статистически достоверных различий между экстенсивными показателями 1998 и 2003 гг. не найдено: примерно 2/3 призывников с шизоидным расстройством личности проживали в родительских семьях и 1/3 призывников – с матерью.

Гораздо более разнообразной семейная ситуация оказалась у призывников с мозаичной психопатией (1998 г.) и смешанным (включая транзиторное) расстройством личности. В 1998 г. более половины призывников с указанным диагнозом проживали в родительских семьях – 58,8 %. 29,4 % призывников проживали с другими родственниками – бабушками и дедушками, в семьях братьев и сестер своих родителей, со старшим братом. В 2003 г. таких случаев вообще не

встретилось, зато были представлены все типы полных и неполных семей. При сопоставлении экстенсивных показателей 1998 и 2003 гг. достоверных различий не выявлено из-за малочисленности сравниваемых групп.

В заключение необходимо указать, что среди родителей призывников 1998 и 2003 гг. с шизоидным расстройством личности не обнаружено ни одного случая противоправного поведения с последующим привлечением к административной или уголовной ответственности. Однако 5 родителей призывников 1998 г. (20,0 %) и 8 призывников 2003 г. (18,2 %) наблюдались психиатрами.

Сведения об уровне образования и трудовом статусе призывников 1998 и 2003 гг. с указанными расстройствами личности представлены на рисунках 13 – 17.

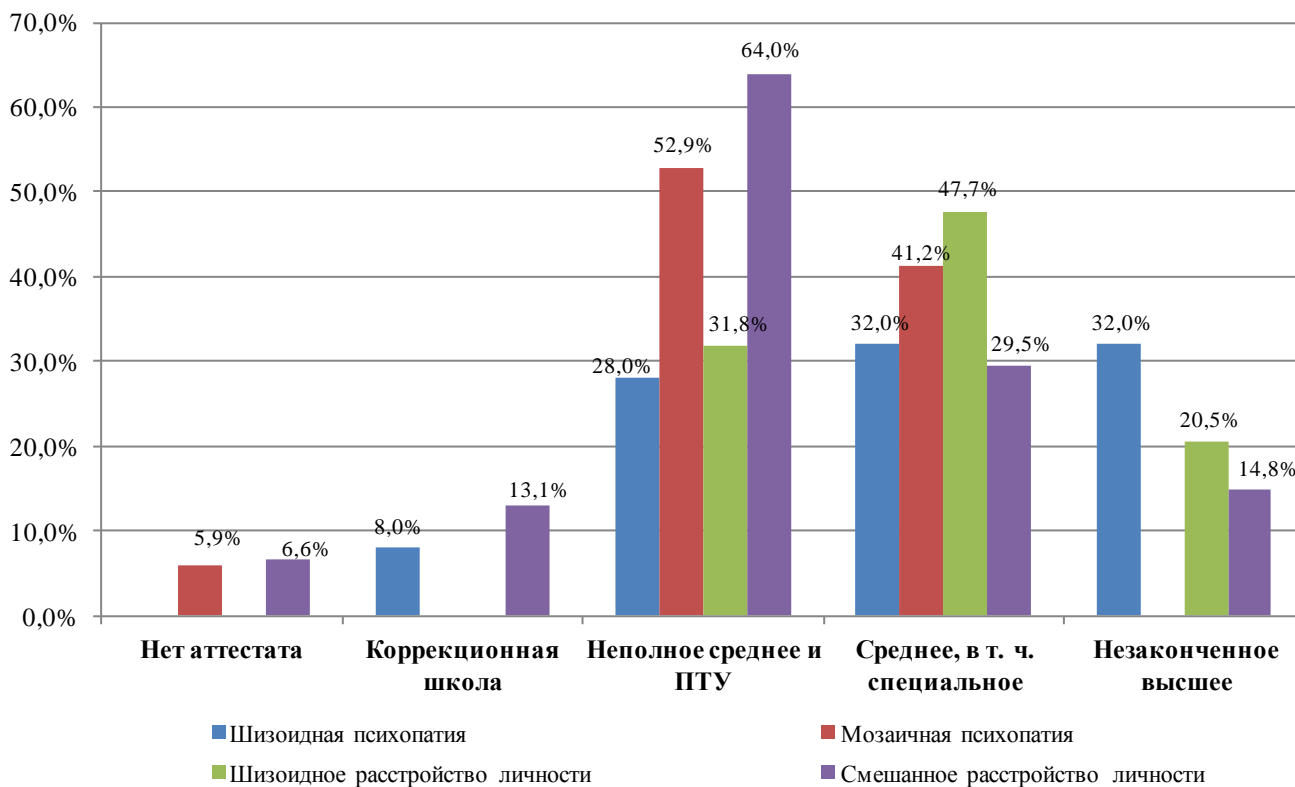


Рис. 13 Сведения об уровне образования призывников 1998 г. с шизоидной и мозаичной психопатией и призывников 2003 г. с шизоидным и смешанным расстройствами личности, в том числе транзиторным

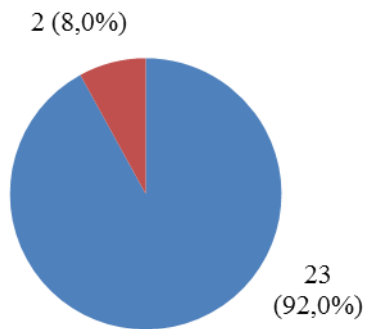
В результате проведенного анализа выяснилось, что имеются достоверные различия по уровню образования между призывниками с диагнозом шизоидной и мозаичной психопатии (смешанного расстройства личности). Так, например, ни в 1998, ни в 2003 гг. среди

призывников с шизоидным расстройством личности не зафиксировано лиц, не имеющих аттестата о среднем образовании. Однако среди призывников с мозаичной психопатией (1998 г.) и смешанным расстройством личности (2003 г.) таковых оказалось, соответственно, 5,9 % и 6,6 %.

Достоверной является разность экстенсивных показателей как в 1998 г., так и в 2003 г., характеризующих число призывников с шизоидной и мозаичной психопатией, которые получили неполное среднее образование или окончили профессионально-технические училища. В обоих случаях (1998 и 2003 гг.) процент лиц, получивших такое образование, оказался выше у призывников с мозаичной психопатией (смешанным расстройством личности), чем у призывников с шизоидной психопатией. Наоборот, среди призывников с шизоидной психопатией (1998 г.) и шизоидным расстройством личности (2003 г.) имелось достоверно больше лиц с неоконченным высшим образованием. Более того, по этому показателю призывники с шизоидным расстройством личности достоверно отличались от всей группы призывников 1998 г. и 2003 г., а тем более от призывников с возбудимой и неустойчивой психопатией и эмоционально неустойчивым (включая транзиторное) расстройством личности. Безусловно, призывники с шизоидным расстройством личности и в 1998 г., и в 2003 г. имели самый высокий уровень образования.

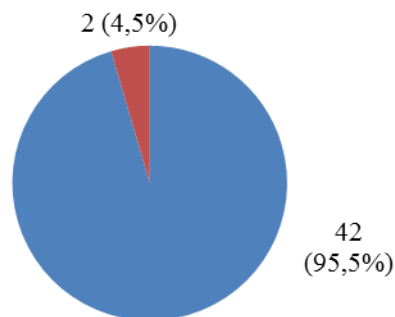
Совершенно иным образом выглядит трудовой статус призывников с шизоидной психопатией и смешанным расстройством личности в 1998 и 2003 гг. (рис. 14—17).

Приведенные на рисунках 14 и 15 сведения о трудовом статусе свидетельствуют о поразительно низком уровне трудовой адаптации призывников с шизоидной психопатией (1998 г.) и шизоидным расстройством личности (2003 г.). В целом среди призывников с расстройствами личности в 1998 г. было 63,3 % неработающих, а в 2003 г. — 52,7 %. Различия этих экстенсивных показателей и показателей неработающих призывников с шизоидной психопатией и шизоидным расстройством личности были высоко достоверны ($p < 0,01$).



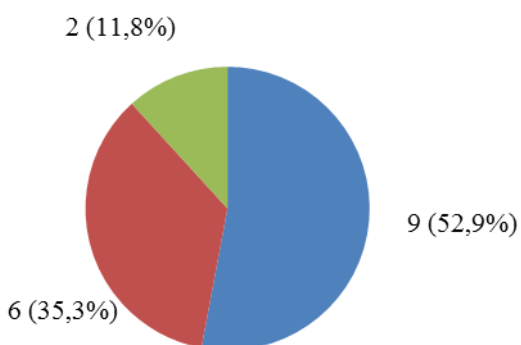
- Не работают
- Неквалифицированная работа
- Квалифицированный труд по специальности

Рис. 14. Трудовой статус призывников 1998 г. с диагнозом шизоидная психопатия



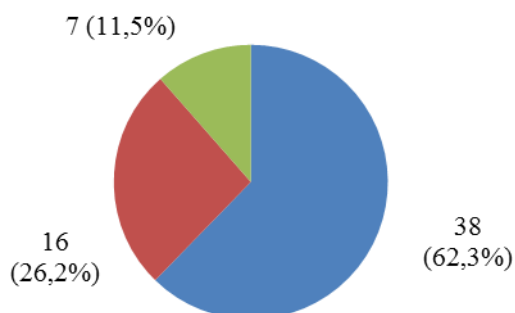
- Не работают
- Неквалифицированная работа
- Квалифицированный труд по специальности

Рис. 15. Трудовой статус призывников 2003 г. с диагнозом шизоидное расстройство личности



- Не работают
- Неквалифицированная работа
- Квалифицированный труд по специальности

Рис. 16. Трудовой статус призывников 1998 г. с диагнозом мозаичная психопатия



- Не работают
- Неквалифицированная работа
- Квалифицированный труд по специальности

Рис. 17. Трудовой статус призывников 2003 г. с диагнозом смешанное расстройство личности

Таким образом, призывники с шизоидными расстройствами личности представляют в социальном отношении особую группу лиц с самым высоким уровнем образования и самой низкой трудовой адаптацией. Не вызывает сомнений, что такое парадоксальное сочетание является следствием специфики психопатологической симптоматики.

Экстенсивные показатели неработающих призывников с мозаичной психопатией (1998 г.) (рис. 16) и смешанным расстройством

личности (2003 г.) (рис. 17) достоверно отличаются от показателей призывников с шизоидными расстройствами и не отличаются от показателей неработающих призывников среди общего контингента призывников с расстройствами личности, как в 1998 г., так и в 2003 г.

Сравнительная характеристика девиантного поведения призывников 1998 г. с шизоидной и мозаичной психопатией и призывников 2003 г. с шизоидным и смешанным (включая транзиторное) расстройствами личности

Мы предполагали, что противоправная активность призывников с шизоидной психопатией (расстройством личности) будет много ниже, чем у призывников 1998 и 2003 гг. в целом. Основанием для такого предположения была полученная нами информация о трудовом статусе призывников с шизоидными расстройствами. Негативная симптоматика, которая занимает определенное место в клинике шизоидных расстройств, обуславливает общее снижение мотивации и воли к выполнению любой деятельности, в том числе противоправной. Так и оказалось (табл. 5).

У 25 призывников 1998 г. с шизоидной психопатией отмечено всего 3 случая противоправного поведения: у одного молодого человека имела место суицидальная попытка, еще у двоих – бродяжничество с попыткой отшельнического образа жизни. Таким образом, только у 12,0 % призывников с шизоидной психопатией в 1998 г. отмечалось девиантное поведение, причем, если можно так выразиться, в необременительных для окружающих формах.

Т а б л и ц а 5

Сведения о девиантном поведении призывников 1998 г. с шизоидной и мозаичной психопатией и призывников 2003 г. с шизоидным и смешанным (включая транзиторное) расстройствами личности

Форма девиантного поведения	1998 г.				2003 г.			
	Психопатия				Расстройство личности			
	шизоидная		мозаичная		шизоидное		смешанное	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Бродяжничество	2	8,0	3	17,4	4	9,1	5	8,2
Хулиганство	-	-	3	17,4	-	-	11	18,0
Уголовные преступления	-	-	-	-	-	-	5	8,2
Злоупотребление алкоголем	-	-	7	41,2	2	4,5	23	37,7
Токсикомания и употребление наркотиков	-	-	4	23,5	5	11,4	12	19,7
Суицидальные попытки	1	4,0	6	35,3	7	15,9	11	18,0

Действительно, здесь не было ни хулиганских действий, ни краж, ни, тем более, преступлений против личности. Похожая ситуация отмечена и в 2003 г.: ни хулиганских действий, ни уголовных преступлений призывники с шизоидным расстройством личности не совершали. В 4 раза по сравнению с 1998 г. вырос показатель суицидальных действий и появились такие формы девиантного поведения, как злоупотребление алкоголем и употребление наркотиков. Это не соответствует общей тенденции, выявленной при анализе противоправного поведения всех призывников с расстройствами личности 1998 и 2003 гг. Напомним, экстенсивные показатели, соответствующие употреблению наркотиков и суицидам, в 2003 г. были достоверно меньше, чем в 1998 г. Таким образом, призывники с шизоидным расстройством личности резко отличаются от всех других не только уровнем образования и трудовым статусом, но и минимальной противоправной активностью.

Девиантное поведение призывников 1998 г. с мозаичной психопатией и призывников 2003 г. со смешанным расстройством личности достоверно различается только по двум параметрам: в 1998 г. они не совершали уголовных преступлений, а в 2003 г. таких случаев было 5. Экстенсивные показатели суицидальных действий и употребления наркотиков, наоборот, ниже в 2003 г., что соответствует общей тенденции, о которой сказано выше. По остальным видам противоправного поведения различий между призывниками 1998 и 2003 гг. не выявлено.

В заключение нужно сказать, что выполненный нами анализ социально-демографических характеристик призывников 1998 и 2003 гг. с расстройствами личности (психопатиями) выявил целый ряд различий, одни из которых обусловлены изменившейся практикой работы военно-врачебных комиссий при военкоматах и психиатров-экспертов, а другие – клиническим своеобразием патохарактерологических расстройств.

Глава 4

КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИЗЫВНИКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ, ПРОШЕДШИХ ВОЕННО- ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ ЭКСПЕРТИЗУ В 1998 И 2003 ГГ.

Катамнестическое прослеживание судьбы психически больных давно используется для оценки течения заболевания и эффективности терапевтических и реабилитационных программ. Большинство таких работ посвящено процессуальным заболеваниям и, прежде всего, шизофрении [Амбрумова А. Г., 1962; Беляева К. И., 1968; Семин И. Р., 1981]. Безусловно, проследить судьбу больных с неблагоприятным течением патологического процесса гораздо легче, чем тех пациентов, у которых отмечаются многолетние ремиссии, или расстройства имеют минимальную прогрессивность [Гурович И. Я., Сальникова Л. И., 1994]. В отношении расстройств личности (психопатий) после капитальной работы П. Б. Ганнушкина (1933) катамнестические исследования на репрезентативном клиническом материале не проводились. Это обусловлено чрезвычайной трудностью прослеживания судьбы пациентов, которые не считают себя больными, так как симптоматика носит эгосинтонный характер, и не обращаются за психиатрической помощью. Социальная адаптация большинства юношей с расстройствами личности, как правило, увеличивается по мере того, как они взрослеют и набираются жизненного опыта.

4.1. Результаты катамнестического изучения призывников с расстройствами личности (психопатиями), прошедших военно-психиатрическую экспертизу в 1998 г.

Сбор катамнестических сведений был начат в 2011 г. и завершен в июне 2013 г. Таким образом, в тех случаях, когда нам удавалось

проследить судьбы призывников 1998 г. с диагнозом психопатии, длительность катамнеза достигала 15 лет.

Из 128 призывников, которым в 1998 г. во время военно-психиатрической экспертизы был выставлен диагноз психопатии, 81 человек (63,3 %) до июня 2013 г. в диспансерное отделение Томской клинической психиатрической больницы никогда не обращались и никогда в последующем не стационарировались. В их амбулаторных картах имеются только акты стационарной военно-психиатрической экспертизы с указанием диагноза и признанием испытуемых негодными к воинской службе. Можно предположить, что некоторые из них выехали за пределы Томской области, но большинство, как свидетельствует медицинская документация, в психиатрической помощи не нуждались и за ней не обращались.

Из оставшихся 47 человек только 6 состояли в июне 2013 г. на диспансерном учете, причем 1 находился на активном диспансерном наблюдении. Еще 4 человека состояли на консультативном учете. Остальные 37 человек (28,9 %) в разные сроки после проведения военно-психиатрической экспертизы были сняты с психиатрического учета в связи с отсутствием психических расстройств.

Таким образом, через 15 лет после прохождения стационарной военно-психиатрической экспертизы в 1998 г., где 128 призывникам из Томска и Томской области был выставлен диагноз психопатии, только 10 человек (7,8 %) наблюдались в диспансерном отделении ТКПБ в связи с хроническими психическими расстройствами.

В диагностическом отношении состоящие на диспансерном учете спустя 15 лет после военно-психиатрической экспертизы призывники 1998 г. распределились следующим образом:

- эмоционально неустойчивое расстройство личности (импульсивный тип) – 1 случай;
- шизоидное расстройство личности – 3 случая;
- шизофрения параноидная, эпизодическое течение; сопутствующий диагноз: употребление алкоголя с явным вредом для здоровья и социального статуса – 1 случай (состоит на активном диспансерном наблюдении);
- органическое расстройство личности вследствие эпилепсии – 1 случай.

Как оказалось, из 25 призывников, которым в 1998 г. был выставлен диагноз шизоидной психопатии, 4 наблюдались психиатрами 15 лет спустя после экспертизы, причем 3 с прежним диагнозом, а у 1

из них развилось процессуальное заболевание. Первая госпитализация с психотической параноидной симптоматикой случилась у него в 2003 г., т. е. через 5 лет после установления диагноза шизоидной психопатии. После этого пациент еще 3 раза госпитализировался в Томскую клиническую психиатрическую больницу, в том числе 2 раза недобровольно по заявлениям родителей, так как вымогал у них деньги, был агрессивен, злоупотреблял спиртными напитками. В 2007 г. был поставлен на активное диспансерное наблюдение, имеет II группу инвалидности.

3 пациента с диагнозом шизоидного расстройства личности состояли на диспансерном учете и наблюдались психиатрами в 2013 г. В одном случае диагноз сформулирован как «шизоидное расстройство личности с ипохондрическими навязчивостями»: пациент регулярно обращался в диспансер, а также к врачам других специальностей с жалобами ипохондрического характера (одышка, нехватка воздуха, распирающие боли в животе, «непереваривание пищи» и т. д.), которые не соответствовали результатам клинического и лабораторного обследования. Назначенные психотропные препараты он принимал нерегулярно, опасаясь «побочного действия», так как внимательно изучал вкладыши с описанием фармакологических свойств медикаментов. Кроме того, он обращался к «народным целителям», пил настои трав, соблюдал разработанную им самим диету. В социальном отношении этот пациент имел достаточно хороший уровень адаптации, был женат, брак распался через 4 года после оформления супружеских отношений, постоянно работал, имея среднее техническое образование, жил самостоятельно в квартире матери. Еще 2 пациента с диагнозом «шизоидная психопатия» наблюдались врачами диспансерного отделения ТКПБ не так регулярно. Обращения за психиатрической помощью были связаны в этих случаях с расстройствами сна, настроения (тревожные, депрессивные состояния), прохождением комиссии для трудоустройства. Все 3 пациентов работали, имели собственные семьи (в одном случае – повторный брак).

В одном случае у пациента, которому в 1998 г. на военно-психиатрической экспертизе был выставлен диагноз возбудимой психопатии, спустя 2 года, т. е. в 2000 г., впервые в жизни развился развернутый судорожный припадок. Он обследовался и лечился по поводу эссенциальной артериальной гипертензии у невропатологов до 2004 г., когда впервые был направлен неврологами в диспансерное отделение ТКПБ в связи с расстройствами поведения – грубость, сло-

весная агрессия в адрес медицинских работников, обращение с жалобами в различные инстанции на «неправильное лечение». От госпитализации в психиатрический стационар категорически отказывался за все время наблюдения, как и от группы инвалидности. На фоне регулярного приема противоэпилептических препаратов частота припадков снизилась до нескольких раз в год. В 2013 г. проживал с родителями, периодически работал с оформлением трудового договора или без оформления трудовых отношений дворником, плиточником-отделочником на стройках или ремонте зданий.

Наше внимание, естественно, привлек единственный случай, где больной из самой многочисленной группы призывников с диагнозом возбудимой психопатии (42 человека – 32,9 % от числа всех призывников с диагнозом психопатии) наблюдался врачами-психиатрами диспансерного отделения ТКПБ в июне 2013 г. (т. е. через 15 лет после военно-психиатрической экспертизы) с тем же диагнозом (эмоционально неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип). Опишем данный клинический случай подробнее.

М-н А. В., 1979 г. рождения, житель Томска. Направлен на военно-психиатрическую экспертизу Октябрьским райвоенкоматом, проходил ее с 01.03.1998 г. по 16.03.1998 г. в Томской областной клинической психиатрической больнице.

Из анамнеза известно, что наследственность не отягощена, родился в срок младшим из 2 детей. Отец злоупотреблял алкоголем, работал слесарем, мать – рабочая на хлебокомбинате. Вес при рождении – 2 800 граммов, долго не кричал, в младенчестве был очень беспокойным, плохо спал и питался. Отмечалось отставание в весе, но ходить и говорить начал вовремя. В детский сад пошел в 4 года, долго привыкал к новой обстановке, плакал, сидел в стороне, не принимал участия в играх с другими детьми. Однако постепенно адаптировался и охотно посещал ДДУ. В школе с 7 лет, опять с трудом привыкал к новой обстановке, стеснялся отвечать на уроках, раздражался, плакал. Учился слабо, но перешел во второй класс. В возрасте 8 лет впервые появились энурез и навязчивые движения – подергивание плечевых мышц и мимической мускулатуры. Невропатологом был выставлен диагноз нейропатии с навязчивыми движениями, назначен прием сибазона и пирацетама. Случаи ночного недержания мочи постепенно становилось все реже, но продолжались до 15 лет, несмотря на проводившееся лечение. В 13 лет изменился характер навязчивых движений – появились ночной тризм, подпрыгивания на месте, вра-

щения головой. ЭЭГ патологии не выявила. Назначались триоксазин, амитриптилин.

После окончания 8-го класса поступил в ПТУ по специальности столяр. Из характеристики: «С трудом усваивает теоретические знания, но любит заниматься практической работой. Легко раздражается, конфликтует с другими учениками, может быть грубым и бестактным в общении с преподавателями». Невропатологом назначался нитразепам, выставлен диагноз: минимальная мозговая дисфункция с навязчивыми движениями. После окончания училища отказался работать по специальности. Пошел работать в автомастерскую, владелец которой был в приятельских отношениях с отцом.

После прохождения военно-психиатрической экспертизы, где был выставлен диагноз возбудимой психопатии (статья 18 «б»), дважды (в 1999 и 2002 гг.) самостоятельно обращался к участковому психиатру с жалобами на головные боли и раздражительность. Назначались финлепсин, сонапакс, рассасывающая и дегидратационная терапия. В 2000 г. в диспансер обратился отец пациента, сообщив, что у них «хронический конфликт» с сыном, были выписаны те же медикаменты. С 2002 г. за психиатрической помощью не обращался, стал жить отдельно от родителей в гражданском браке с девушкой младше его по возрасту. Посещения на дому в 2006, 2009, 2011, 2013 гг. зафиксировали полную социальную адаптацию: успешно работает автослесарем, брак оформлен, родился ребенок. Положительно характеризуется соседями, не злоупотребляет спиртным, не курит. В июне 2013 г. состоит на диспансерном учете с диагнозом эмоционально неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип.

Представленный случай отличается тем, что еще в детском возрасте у больного отмечались неврологические нарушения, по поводу которых он наблюдался и лечился у детского невропатолога. Выраженные трудности адаптации в детском саду и в школе спровоцировали развитие новой симптоматики – появились энурез и навязчивые движения. Параллельно у мальчика формировался патологический характер с неадекватными эмоциональными реакциями, несдержанностью, грубостью в отношении родителей, преподавателей и других учеников. Диагноз возбудимой психопатии, выставленный на военно-психиатрической экспертизе в 1998 г., клинически полностью обоснован и соответствует представлениям советского периода об «органической психопатии». В дальнейшем «органический фон» давал о себе знать головными болями и раздражительностью, от которой те-

перь сам пациент стремился избавиться. После того, как он самостоятельно выбрал себе профессию и стал жить отдельно от родителей в гражданском браке, расстройств поведения не отмечалось. Последние 11 лет он за психиатрической помощью не обращался, полностью социально адаптирован, как свидетельствуют результаты посещения его на дому работниками диспансера. Можно сказать, что он состоит на диспансерном учете в силу инерции и должен был быть давно снят с психиатрического учета. Таким образом, единственный призывник 1998 г. с диагнозом возбудимой психопатии, который спустя 15 лет наблюдается психиатрами, полностью социально адаптирован и не нуждается в помощи психиатров, как и все другие призывники этого года с таким диагнозом.

Полученный нами материал позволяет уверенно говорить о регрессионном течении клинических проявлений эмоционально неустойчивого расстройства личности импульсивного типа (возбудимой психопатии), диагностированного у юношей призывного возраста.

Как было сказано выше, 4 призывника 1998 г., прошедшие военно-психиатрическую экспертизу, состояли в июне 2013 г. на консультативном учете в диспансерном отделении ТКПБ. Диагностически речь идет о 3 случаях шизоидного расстройства личности и 1 случае эмоционально неустойчивого расстройства (импульсивный тип). В 1998 г. это были шизоидная и возбудимая психопатии.

У пациента с эмоционально неустойчивым расстройством личности (импульсивный тип) клинические проявления во многом были схожи с теми, что описаны в предыдущем клиническом примере (призывник М-н А. В.). Он так же до направления на военно-психиатрическую экспертизу наблюдался и лечился у невропатологов, так как в 1995 г. в драке получил тяжелую черепно-мозговую травму с ушибом мозга и более месяца находился в нейрохирургическом отделении. В 1998 г. за 2 месяца до прохождения военно-психиатрической экспертизы проходил стационарное лечение уже в неврологическом стационаре по поводу «остаточных явлений черепно-мозговой травмы», затем принимал амбулаторное лечение. Психический статус на момент проведения экспертизы соответствовал возбудимой психопатии органического генеза, как в предыдущем клиническом примере. После выписки из психиатрического стационара не обращался в диспансерное отделение ТКПБ до 2007 г. В октябре 2007 г. пришел на прием к участковому психиатру с жалобами на головные боли, бессонницу, раздражительность. В ноябре того же

года в диспансер поступил запрос из милиции в связи с возбуждением против пациента уголовного дела. Был дан ответ о том, что он состоит на диспансерном учете в связи с эмоционально неустойчивым расстройством личности (импульсивный тип). На судебно-психиатрическую экспертизу он не поступал в дальнейшем, в диспансер до июня 2013 г. не обращался. В 2012 г. переведен на консультативный учет. Можно только предполагать, с чем связано его обращение за психиатрической помощью спустя 9 лет после военно-психиатрической экспертизы – или это установочное поведение, желание «спрятаться за психиатрический диагноз» от уголовной ответственности, или реальное изменение психического состояния в связи с ситуацией следствия. Формально он давно должен был быть снят с психиатрического учета.

3 призывника 1998 г. с шизоидным расстройством личности, которые находились на консультативном учете в диспансерном отделении ТКПБ в июне 2013 г., обращались к врачам-психиатрам только для решения вопросов трудоустройства, получения водительских прав или прохождения медицинской комиссии при переходе на новое место работы. Один из них в 2006 г. написал заявление с просьбой снять его с психиатрического учета, но пройти повторное стационарное обследование отказался. Все они были вполне социально адаптированы и никогда не получали медикаментозного лечения в медицинских учреждениях психиатрического профиля.

Таким образом, из 128 призывников 1998 г. с диагнозом расстройства личности (психопатии) через 15 лет после прохождения военно-психиатрической экспертизы психиатрами наблюдались всего 10 человек, причем 7 из них с расстройствами шизофренического спектра (6 человек с шизоидным расстройством личности и 1 пациент с параноидной шизофренией). 2 пациента с эмоционально неустойчивым расстройством личности (импульсивный тип) должны были быть сняты с психиатрического учета по существующим критериям до 2013 г., так как более 5 лет не обращались к психиатрам. Еще 1 больной наблюдался в 2013 г. с другим диагнозом, чем выставленный на военно-психиатрической экспертизе в 1998 г. – психически расстройства в связи с эпилепсией.

Полученный нами в результате катamnестического исследования материал позволяет сделать вывод о том, что пациенты с диагностированным в юности шизоидным расстройством личности более других нуждаются в помощи и поддержке психиатров в связи с возмож-

ным началом процессуального заболевания, необходимостью медикаментозной коррекции состояния и решением экспертных вопросов. Напомним, что всего среди призывников 1998 г., прошедших стационарную военно-психиатрическую экспертизу, было 25 человек с диагнозом шизоидной психопатии. Через 15 лет на учете в диспансерном отделении ТКПБ состояли 7 из них, что составляет почти треть – 28 %. Для сравнения приведем такие данные: из 42 призывников с самым распространенным в 1998 г. диагнозом возбудимой психопатии на психиатрическом учете через 15 лет состояли всего 2 человека, что составляет 4,8 %.

37 призывников 1998 г. с диагнозом психопатии были сняты с психиатрического учета в разные сроки с 2000 по 2012 г., так как в течение 5 лет не обращались к врачам диспансерного отделения ТКПБ за медицинской помощью или для решения экспертных вопросов. Подробная клиническая характеристика этих случаев будет дана ниже.

Еще одним источником информации для катamnестического анализа призывников 1998 г. с диагнозом психопатии были акты амбулаторной и стационарной судебно-психиатрической экспертизы, проведенной в ТКПБ с 1999 по 2013 г.

Изучение этих документов позволило нам установить, что 3 призывника 1998 г. с диагнозом психопатии проходили судебно-психиатрическую экспертизу в указанные сроки, причем один из них – дважды. В диагностическом отношении это были 2 случая неустойчивой психопатии и 1 случай возбудимой психопатии. Приводимое описание клинического примера позволит рассмотреть один из них подробнее.

М-в Е. А., 1979 г. рождения, житель Томска.

Наследственность хроническими психическими заболеваниями не отягощена. Беременность у матери испытуемого протекала с патологией, ребенок родился с признаками легкой асфиксии. В раннем детстве тяжелых заболеваний и травм не переносил, был двигательно расторможенным, непослушным. Отец ушел из семьи, когда сыну было 3 года, в последующем воспитывался только матерью. В школу пошел своевременно, удовлетворительно осваивал учебную программу. По характеру формировался вспыльчивым, раздражительным, не переносил запреты и ограничения, легко проявлял агрессию по отношению даже к старшим. В младшем подростковом возрасте стремил-

ся выйти из-под влияния матери, время проводил в асоциальных компаниях.

После окончания 9 классов непродолжительное время обучался в ПТУ, не имея устойчивых интересов, учебу бросил. Часто менял места работы, время проводил в кругу лиц, имеющих криминальные наклонности. В 1996—1997 гг. дважды привлекался к уголовной ответственности за участие в грабежах, но судебно-психиатрическая экспертиза не проводилась. Был осужден условно, однако должных выводов для себя не сделал. В 1998 г. был направлен в Томскую клиническую психиатрическую больницу для прохождения военно-психиатрической экспертизы. В стационаре держался с бравадой, самоуверенно, легко раздражался, был эгоцентричен, претенциозен, не скрывал, что ранее злоупотреблял алкоголем, игнорировал общепринятые нормы поведения.

С диагнозом «психопатия возбудимого круга» был признан негодным к службе в армии. За психиатрической помощью больше никогда не обращался.

В 1999 г. в группе лиц совершил кражу, в связи с чем был осужден на 4,5 года лишения свободы. Освободившись из мест лишения свободы условно досрочно в декабре 2001 г., работал рабочим в различных организациях, нигде подолгу не удерживался. Проживал в гражданском браке с женщиной старше его по возрасту, у которой имелся ребенок. В 2002 г. получил производственную травму кисти с хирургической ампутацией трех пальцев, в связи с чем ему была определена группа инвалидности с 30 % утратой трудоспособности. Примерно в это же время стал употреблять кустарно изготовленные опиаты путем внутривенных инъекций, у него быстро возросла толерантность, появилась психическая и физическая зависимость. Из материалов уголовного дела известно, что 14 мая 2003 г. в дневное время М-в Е. А. незаконно сбыв гражданину К-у наркотическое средство – опий весом 0,15 грамма. В ходе следствия испытуемый давал последовательные показания. Находясь в следственном изоляторе, поддерживал ровные отношения с окружающими, режим не нарушал.

В связи с тем, что испытуемый ранее наблюдался психиатрами, возникли сомнения в его психической полноценности, и по данному делу была назначена амбулаторная комплексная психолого-психиатрическая экспертиза, которая проведена в июле 2003 г.

Поведение во время проведения экспертизы: испытуемый охотно вступает в контакт, держится самоуверенно и претенциозно, пра-

вильно понимает цель экспертизы. Себя стремится представить в выгодном свете, категорически отрицает имеющиеся в медицинской документации сведения о присущих ему на протяжении жизни вспыльчивости, непереносимости ограничений, аффективной неустойчивости, конфликтности. Крайне неохотно признает, что имели место трудности в поведении только в младшем подростковом возрасте. Неоднократные привлечение к уголовной ответственности объясняет случайными причинами, винит во всем подельников и органы следствия, уверяет, что никогда никаких правонарушений не совершал, вину брал на себя из добрых дружеских побуждений. Видя недоверие экспертов, стремится скрыть накапливающее раздражение, упрямо настаивает на своем. Противоправность и наказуемость своих действий испытуемый понимает, достаточно ориентируется в судебно-следственной ситуации, стремится скрыть имеющуюся у него зависимость от опиатов. Однако в ходе обследования, не замечая, сам сообщает об имеющейся физической зависимости от наркотиков, сформированном влечении к ним. Суждения испытуемого эгоцентричные, последовательные, интеллект и функции памяти не нарушены. Бреда и галлюцинаций не обнаружено.

На основании вышеизложенного эксперты пришли к выводу, что испытуемый страдает эмоционально неустойчивым расстройством личности (импульсивный тип) и зависимостью от опиоидов. В отношении инкриминируемого ему деяния вменяем.

В течение 2003–2006 гг. М-в Е. А. отбывал наказание в местах лишения свободы. Освободился 13 июня 2006 г. Объективные сведения о трудоустройстве после освобождения отсутствуют. За психиатрической и наркологической помощью не обращался. 23 октября 2006 г. употреблял спиртные напитки вместе с подельником – Д-вым Р. Ю. После распития бутылки водки и двух бутылок пива совместно совершили кражу сотового телефона, но были задержаны работниками милиции. Повторная судебно-психиатрическая экспертиза пришла к тем же выводам, что и первая: страдает расстройством личности, в отношении инкриминируемого деяния вменяем. Осужден на 2 года лишения свободы.

Этот случай отражает совершенно иную социальную ситуацию, чем в первом клиническом примере. Ее можно охарактеризовать как «асоциальный образ жизни», который пациент вел до прохождения военно-психиатрической экспертизы и после нее. 3 судимости за 10 лет отражают не особенности клинической картины у этого пациента,

ни разу не обращавшегося за психиатрической помощью после военно-психиатрической экспертизы в 1998 г. и дважды признанного вменяемым на судебно-психиатрической экспертизе. Его судьба – результат воспитания в асоциальной среде и усвоение обычаев и нравов криминального сообщества. Выраженность психопатологических проявлений минимальна, что ясно из характера правонарушений: имели место не антисоциальные действия против личности (хулиганство, нанесение телесных повреждения), как можно было бы ожидать при избыточной возбудимости, а кражи и манипуляции с наркотиками.

То же самое можно сказать по поводу двоих призывников 1998 г. с диагнозом неустойчивой психопатии. Характер правонарушений у них не соответствовал клинической картине: в одном случае была квартирная кража, в другом – изготовление кустарных наркотических веществ для продажи.

Нам удалось получить информацию из базы данных областного наркологического диспансера о состоящих на наркологическом учете в 2013 г. призывниках 1998 г. с диагнозом психопатии. Таковых оказалось 16 человек: 2 призывника с диагнозом опийной наркомании, 13 призывников с зависимостью от алкоголя, 1 призывник состоял на профилактическом учете (употребление алкоголя с вредными последствиями для здоровья и социального статуса).

В таблице 6 представлены итоги катamnестического исследования 128 призывников 1998 г., которым в результате проведения военно-психиатрической экспертизы был выставлен диагноз психопатии. Диагнозы были сформулированы уже в соответствии с МКБ-10 (на июнь 2013 г.).

Как показало катamnестическое исследование, из 37 призывников 1998 г. с диагнозом психопатии, снятых с психиатрического учета в период с 2000 по 2012 г., 13 оказались на наркологическом учете в связи с алкоголизмом. В целом распространенность алкоголизма среди призывников 1998 г. с диагнозом психопатии по данным 15-летнего катamnеза составляет 10,9 %.

Если к этому прибавить еще 2 случая опийной наркомании, то вероятность формирования зависимости от психоактивных веществ у лиц, которым в юности был выставлен диагноз психопатии (расстройства личности), является достаточно высокой.

Таблица 6

Результаты катamnестического изучения призывников
1998 г. с диагнозом психопатии

Статус на июнь 2013 г.	абс.	%	Клиническая характеристика
Состоят на психиатрическом учете	10	7,8	6 – шизоидное расстройство личности; 2 – эмоционально неустойчивое расстройство личности (импульсивный тип); 1 – параноидная шизофрения; 1 – психические расстройства в связи с эпилепсией
Сняты с психиатрического учета с 2000 по 2013 г.	37	28,9	19 – эмоционально неустойчивое расстройство личности (импульсивный тип); 6 – истерическое расстройство личности; 5 – шизоидное расстройство личности; 3 – ананкастное расстройство личности; 3 – смешанное расстройство личности; 1 – парциальный инфантилизм. <i>В том числе 13 пациентов состоят на наркологическом учете:</i> 8 – эмоционально неустойчивое расстройство личности (импульсивный тип); 4 – истерическое расстройство личности; 1 – шизоидное расстройство личности
Никогда после 1998 г. не обращались к психиатрам	81	63,3	41 – эмоционально неустойчивое расстройство личности (импульсивный тип); 4 – параноидное расстройство личности; 13 – шизоидное расстройство личности; 8 – истерическое расстройство личности; 14 – смешанное расстройство личности; 1 – астеническое расстройство личности. <i>В том числе 3 пациента состоят на наркологическом учете:</i> 2 – эмоционально неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип (опийная наркомания); 1 – эмоционально неустойчивое расстройство личности, импульсивный тип (алкоголизм). <i>Эти же 3 пациента прошли судебно-психиатрическую экспертизу</i>
Всего	128	100	

Поразительным контрастом по сравнению с приведенной выше информацией выглядят катamnестические данные о 81 призывнике 1998 г. с диагнозом психопатии, которые никогда после военно-психиатрической экспертизы не обращались к психиатрам. Только 3 пациента, проходившие судебно-психиатрическую экспертизу в связи с уголовными преступлениями, состоят на учете у наркологов. О судьбе остальных 78 человек (60,9 %) нам не удалось получить никаких сведений.

Это примерно соответствует приведенным в работе Ю. А. Краснятовой (2007) данным по результатам катamnестического изучения с 2000 по 2006 г. 2 604 больных опийной наркоманией из Томска и Томской области: не удалось получить никаких сведений о 64,7 % пациентов.

4.2. Результаты катamnестического изучения призывников с расстройствами личности (психопатиями), прошедших военно-психиатрическую экспертизу в 2003 г.

При прослеживании судьбы призывников 2003 г. с диагнозом расстройства личности мы использовали те же источники, что и при изучении судьбы призывников 1998 г. с диагнозом психопатии. Это были архив Томской клинической психиатрической больницы, база данных диспансерного отделения ТКПБ и база данных Томского областного наркологического диспансера. Кроме того, мы проанализировали акты амбулаторной и стационарной судебно-психиатрической экспертиз, выполненных в Томской клинической психиатрической больнице в 2004—2013 гг. В этой исследовательской группе длительность катamnеза составила 10 лет (проанализирован статус пациентов на июнь 2013 г.).

Как оказалось, 455 пациентов (59,45 %) никогда после военно-психиатрической экспертизы не обращались к психиатрам. В их амбулаторных картах имеются только эпикризы из историй болезни акты экспертизы.

Амбулаторные карты 236 призывников (30,8 %) 2003 г. с расстройствами личности сданы в архив в срок от 2006 до 2013 г. в связи со снятием с психиатрического учета.

Только 75 человек (9,75 %) из 766 прошедших в 2003 г. военно-психиатрическую экспертизу с диагнозом расстройства личности состояли в июне 2013 г. на учете в диспансерном отделении ТКПБК,

причем 70 из них – на консультативном и всего 5 – на диспансерном учете.

Из 5 пациентов, которые состоят на диспансерном учете через 10 лет после прохождения военно-психиатрической экспертизы, у 3 человек имеется всё тот же диагноз, что был установлен в 2003 г. – шизоидное расстройство личности. Еще 2 больных состоят на учете с иным диагнозом, чем был установлен во время военно-психиатрической экспертизы. В одном случае диагноз эмоционально неустойчивого расстройства личности (импульсивный тип) сменился на параноидную шизофрению, эпизодическое течение. В другом случае диагноз транзиторного зависимого расстройства личности был изменен на недифференцированную шизофрению с нарастающим дефектом.

Рассмотрим эти клинические случаи подробнее.

Р-т А. А., 1985 г. рождения, проживает в Молчановском районе Томской области.

Проходил стационарную военно-психиатрическую экспертизу в ТКПБ с 20.02.2003 г. по 01.03.2003 г.

Родился в Томской области младшим из трех братьев в полной семье. Отец работал механизатором в совхозе, мать – на почте. Есть сведения о злоупотреблении отца алкоголем, но к наркологам он никогда не обращался. Воспитывался в условиях гипоопеки, большую часть времени проводил в компаниях подростков вместе со старшими братьями. Травм черепа, тяжелых инфекций в дошкольном возрасте не было. В школу пошел с 7 лет, учился плохо, пропускал занятия, грубил учителям, конфликтовал со сверстниками. С 14 лет был поставлен на учет в инспекции по делам несовершеннолетних из-за участия в драках, употребления алкоголя и анаши. 3 года повторно осваивал программу 5-го класса. После окончания 8 класса поступил в ПТУ, где и учился на первом курсе на момент проведения военно-психиатрической экспертизы в 2003 г. Из характеристики: неусидчив, часто отвлекается, без разрешения ходит по классу или вообще уходит с урока. Вспыльчив и агрессивен, адистантно ведет себя с педагогами. В 2002 г. осужден условно за участие в групповой краже цветных металлов.

Во время проведения военно-психиатрической экспертизы вел себя вызывающе, открыто нарушал правила распорядка – курил в палате, на замечания медперсонала отвечал нецензурной бранью. Будучи приглашен на беседу к врачу, вошел в кабинет, уселся боком на

стул и, с отсутствующим видом глядя в окно, громко заявил: «Ну, что там у вас, давайте скорей, мне некогда». На вопросы отвечает контрвопросами, сообщает, что «учиться – только время зря тратить: у меня бабка вообще неграмотная была, а у отца – 4 класса образования». В ночь на 1 марта после отбоя сгруппировал вокруг себя других больных и самовольно включил телевизор, чтобы посмотреть хоккейный матч. На замечания дежурной медсестры не реагировал. Был вызван дежурный врач, затем санитары из режимного отделения. Больного перевели в режимное отделение, купировали, так как он оказывал яростное сопротивление, а на следующий день выписали с диагнозом эмоционально неустойчивое расстройство личности (импульсивный тип).

До 2007 г. к психиатрам не обращался, работал вначале в совхозе с отцом, потом – на сезонных работах без оформления трудовых отношений. 04.03.2007 г. доставлен в ТКПБ в порядке скорой помощи в связи с неправильным поведением дома, где «разбил мебель, топором начал рубить стены, не спал несколько ночей, разговаривал сам с собой».

При поступлении на стационарное лечение отмечена гигиеническая запущенность больного: длинные сальные волосы, грязная одежда, грязные руки. Выявляются признаки синдрома Кандинского-Клерамбо – звучание чужих мыслей в голове, отнятие своих. Параллельно отмечаются слуховые истинные галлюцинации – «голос свыше говорит об инновациях», в которых должен участвовать больной. Высказывает мысли, что «попал под власть бесов», пытался избавиться от них, обратившись к священнику, мыл голову «святой водой». Объясняет, что рубил стены дома, чтобы найти устройство для «прослушки», с этой же целью выбросил из сотового телефона сим-карту, так как через нее узнавали его мысли и отдавали приказания. После терапии нейролептиками выписан с диагнозом острого полиморфного психотического расстройства с симптомами шизофрении.

Поддерживающее лечение не принимал, в третий раз поступил в ТКПБ 03.11.2009 г. Состояние характеризовалось параноидным синдромом с идеями величия. Многочисленные истинные и псевдогаллюцинации сочетались с бредом преследования, величия, значения. Не выходил из дома из страха, будучи уверен, что на него «объявлена охота». В то же время утверждал, что его «вызывают на связь Ельцин и Путин». Узнавал о «предстоящем сеансе связи», выглядывая из окна: если сосед оставлял возле крыльца метлу, то «надо было связы-

ваться с Москвой». Лечился в стационаре 2,5 месяца. Выписан после инъекций препарата пролонгированного действия, даны рекомендации по его использованию районному врачу-психиатру.

Диагноз: параноидная шизофрения, эпизодическое течение.

До июня 2013 г. больной не обращался в диспансерное отделение ТКПБ и не поступал на стационарное лечение.

В приведенном выше примере, как нам кажется, пациент не был должным образом обследован во время военно-психиатрической экспертизы. Из-за выраженного антисоциального поведения в стационаре его выписали через неделю после поступления без консультации психолога. Не исключено, что при патопсихологическом обследовании были бы выявлены специфические расстройства мышления, которые бы позволили трактовать поведение больного как гебоидное. Во всяком случае последовавшие затем два психотических эпизода соответствуют динамике развития шизофренических расстройств, когда психопатоподобный этап сменяется параноидным.

Еще один случай изменения психиатрического диагноза после проведения военно-психиатрической экспертизы имеет совершенно иное клиническое оформление.

А-в В. Л., 1984 г. рождения, проживает в Томском районе Томской области.

Проходил стационарную военно-психиатрическую экспертизу в ТКПБ с 12.04.2003 г. по 23.04.2003 г.

Родился в семье сельских учителей, раннее развитие протекало без особенностей. Рос в домашней обстановке заботы и любви, старшая сестра помогала родителям ухаживать за ребенком. При посещении детских дошкольных учреждений часто болел, дома чувствовал себя гораздо комфортней, чем в детском саду, потому что там его часто «обижали» другие дети. Не мог постоять за себя, при конфликтах со сверстниками стремился куда-нибудь спрятаться так, что его приходилось искать воспитателям. Поэтому детский сад посещал очень непродолжительное время.

В школу пошел с 7 лет, мать больного готовила с ним все задания, которые давали в школе, так как сама была преподавателем начальных классов. Однако, даже будучи предварительно подготовлен дома, находясь в классе, никогда сам не поднимал руки, чтобы ответить на вопросы учителя. Когда же его вызывал ответить учитель, терялся, говорил тихо, «себе под нос» или вообще молчал. Оценки выставлялись, в основном, по результатам письменных работ,

хотя после 4-го класса стал увереннее отвечать устно. Активного участия в жизни класса и школы не принимал, но все возложенные на него поручения выполнял.

После окончания 9-го класса поступил в сельхозтехникум с намерением потом окончить сельхозинститут и стать агрономом. На момент проведения военно-психиатрической экспертизы был студентом второго курса техникума.

В отделении отличался необщительностью и стремлением как можно скорее пройти все исследования, чтобы выписаться. Неоднократно заходил в кабинет врача с такими просьбами или ждал его возле дверей кабинета. Не мог определенно сформулировать свое отношение к службе в армии: с одной стороны – «надо, так пойду служить», с другой стороны, спрашивал врача – «а ведь есть люди, которые не служили? И ничего – живут». В патопсихологическом заключении говорится о таких особенностях личности, как «высокий уровень тревожности, неустойчивая самооценка, стремление минимизировать социальные контакты, инфантильные и зависимые черты».

Выписан с диагнозом транзиторное зависимое расстройство личности, что исключало призыв в армию.

До 2012 г. за психиатрической помощью не обращался. Закончил сельхозтехникум и поступил в институт. Неожиданно для родителей, сдав зимнюю сессию в 2006 г., отказался после каникул приступать к учебе. Сообщил, что ему не нравится будущая специальность и не устраивает, как преподают в сельхозинституте. Не соглашался с предложением родителей перевестись на другую специальность или в другой вуз. Дома почти всё время проводил за компьютером или читал литературу в стиле «фэнтези». Когда родители потеряли надежду дать сыну высшее образование, было несколько попыток его трудоустроить. По месту работы везде характеризовался как «медлительный», «неисполнительный», «ленивый». Иногда, не выполнив задания, уходил домой. С 2009 г. вообще не работал. Отношения с родителями, особенно с отцом, становились все более конфликтными. Стал избирателен в еде, так как в интернете нашел информацию о «вредных и полезных продуктах». Почти перестал есть мясо, просил, чтобы ему каждый день готовили макаронные изделия и покупали свежие фрукты, поправился на несколько килограммов. В последние месяцы перед поступлением в ТКПБ наоборот похудел, так как питался крайне нерегулярно. Со слов матери: «Если не позовешь к столу, то сам не вспомнит, может целый день не есть, лежит,

смотрит в потолок, что-то бормочет». Точно также не выполнял самостоятельно ежедневные гигиенические процедуры – мылся и брился только по настоянию родителей.

В отделении в беседе с врачом сообщил, что «пытается разобраться в себе и в своем организме». Выяснилось, что изменение питания было связано со своеобразными неприятными ощущениями в животе: «это мне дали информацию о неправильном питании». Однако эти ощущения повторялись и тогда, когда питание стало «правильным». На вопрос о том, кто или что подает эту информацию, пациент ответить не мог: «до сих пор не разобрался». Во время беседы с врачом лицо гипомимичное, почти не смотрит на собеседника, неаккуратен в одежде, непричесан. Некоторые ответы больного трудно однозначно интерпретировать из-за аморфности мышления. Например, на вопрос «Могут ли врачи помочь ему?» – ответил: «Вы зачем это спрашиваете? У нас в поселке ни одного врача нет». Безразличен к будущему и собственной судьбе, сообщает, что «работать не может». На вопрос «На какие средства собираетесь жить?» – отвечает: «Не знаю, как сейчас живу, так и дальше буду». Психолог выявил специфические для шизофрении расстройства мышления. Находился в стационаре более 2,5 месяцев. Выписан практически в том же состоянии, что и при поступлении. В отделении благодаря полноценному и регулярному питанию поправился почти на 3 килограмма.

Диагноз: недифференцированная шизофрения, непрерывное течение с нарастающим дефектом. В 2013 г. пациенту определена II группа инвалидности.

Этот случай соответствует трансформации псевдоневротических расстройств (патологическая застенчивость, ранимость, грацильность с элементами социофобии) в процессуальное заболевание, обуславливающее полную социальную дезадаптацию из-за выраженной негативной симптоматики. Необычные телесные ощущения больного, которые он даже затрудняется описать, ближе всего к сенестопатиям. Однако пациент расценивает их как «особые знаки». В то же время четкой бредовой фабулы, определяющей поведение больного, выявить не удастся. Вряд ли можно предъявлять претензии врачам, проводившим военно-психиатрическую экспертизу в 2003 г., по поводу того, что они не «разглядели» шизофренический процесс за фасадом инфантильно-зависимых черт личности. Ведь кроме этого пациента еще у 6 призывников в 2003 г. было диагностировано зависимое рас-

стройство личности, но катamnестическое исследование не зафиксировало у них трансформации личностных девиаций в шизофрению.

Таким образом, у всех 5 больных, состоящих на диспансерном учете в 2013 г. (через 10 лет после прохождения военно-психиатрической экспертизы), наблюдались расстройства шизофренического спектра: в 3 случаях диагностировано шизоидное расстройство личности, в 1 случае – параноидная шизофрения, эпизодическое течение, еще в 1 случае – недифференцированная шизофрения, непрерывное течение с нарастающим дефектом.

Как было сказано выше, 70 призывников 2003 г. с диагнозом расстройства личности через 10 лет (в 2013 г.) состояли на консультативном учете в диспансерном отделении ТКПБ. Выяснились две причины того, что их амбулаторные карточки не были сданы в архив, как в большинстве других случаев: они обращались после экспертизы в диспансер за оказанием психиатрической помощи или для решения экспертных вопросов.

Обращения 12 пациентов к врачам-психиатрам (иногда обращения не самих больных, а их родственников) были связаны с декомпенсациями, реакциями или фазовыми состояниями в рамках личностных расстройств, впервые диагностированных в 2003 г. Ни в одном случае первоначальный диагноз не был изменен или пересмотрен, т. е. при всех обращениях наблюдалась симптоматика, гомономная для клиники именно того расстройства личности, которое диагностировано в 2003 г. Почти всем больным при обращении назначалось медикаментозное лечение, но 3 пациента направлялись на психотерапию, курс которой не закончил ни один из них. Добавим – ни один больной не был направлен на стационарное лечение.

Обращений в диспансер с целью снятия психиатрического диагноза, получения разрешения на вождение автомобиля, приобретение охотничьего оружия, работу в обычных и особых условиях, оформления опекуна и т. п. отмечалось гораздо больше – 58.

В таблице 7 приведена нозологическая характеристика всех призывников 2003 г. с расстройствами личности по результатам катamnестического исследования.

То, что касается состоящих на консультативном учете больных с диагнозом расстройства личности, то 55 из 70 случаев (78,6 %) – это больные с диагнозом эмоционально неустойчивого расстройства личности (импульсивный тип). У 13 пациентов диагноз был уточнен: вместо транзиторного эмоционально неустойчивого расстройства

личности (импульсивный тип) был выставлен диагноз эмоционально неустойчивого расстройства личности (импульсивный тип).

Т а б л и ц а 7

Результаты катamnестического изучения призывников 2003 г.
с диагнозом расстройства личности

Статус на июнь 2013 г.	абс.	%	Клиническая характеристика
Состоят на диспансерном учете	5	0,65	3 – шизоидное расстройство личности; 1 – параноидная шизофрения; 1 – недифференцированная шизофрения
Состоят на консультативном учете	70	9,1	55 – эмоционально неустойчивое расстройство личности (импульсивный тип); 2 – эмоционально неустойчивое (пограничный тип) расстройство личности; 6 – шизоидное расстройство личности; 3 – смешанное расстройство личности; 3 – зависимое расстройство личности; 1 – истерическое расстройство личности
Сняты с психиатрического учета с 2004 по 2013 г.	236	30,8	109 – эмоционально неустойчивое расстройство личности (импульсивный тип); 42 – смешанное расстройство личности; 34 – шизоидное расстройство личности; 32 – инфантильное расстройство личности; 10 – истерическое расстройство личности; 6 – тревожно-уклоняющееся расстройство личности; 1 – диссоциальное расстройство личности
Никогда после 2003 г. не обращались к психиатрам	455	59,45	199 – эмоционально неустойчивое расстройство личности (импульсивный тип); 102 – транзиторное эмоционально неустойчивое расстройство личности (импульсивный тип); 105 – инфантильное расстройство личности; 18 – диссоциальное расстройство личности; 12 – истерическое расстройство личности; 16 – смешанное расстройство личности; 3 – зависимое расстройство личности
Всего	766	100	

Две категории призывников 2003 г. с расстройствами личности продолжительнее всего наблюдались психиатрами после военно-психиатрической экспертизы: это, во-первых, больные с эмоционально неустойчивым расстройством личности (импульсивный тип) и, во-вторых, пациенты с шизоидным расстройством личности. Через 10 лет после проведения военно-психиатрической экспертизы состояли на психиатрическом учете 15,8 % призывников, получивших в 2003 г. диагноз эмоционально неустойчивого расстройства личности (импульсивный тип), и 13,6 % призывников, получивших диагноз шизоидного расстройства личности.

Остальные типы расстройств личности среди состоящих на психиатрическом учете пациентов были представлены единичными случаями, хотя 3 из 6 призывников 2003 г. с зависимым расстройством личности в 2013 г. состояли на консультативном учете. Если к этому прибавить еще один случай, описанный выше, где произошло изменение диагноза транзиторного зависимого расстройства личности на недифференцированную шизофрению, то этот тип патологии характера выглядит, по нашим данным, прогностически самым неблагоприятным в отношении социальной адаптации без помощи психиатров. Хотя незначительное число случаев (всего 7) не позволяет сделать уверенное заключение.

Среди 236 призывников 2003 г. с диагнозом расстройств личности, медицинские карты которых в разное время были сданы в архив в связи с заявлениями о желании сняться с психиатрического учета и полной социальной адаптацией или из-за непосещения диспансера в течение 5 лет, также преобладают пациенты с эмоционально неустойчивым расстройством личности (импульсивный тип) – 109 человек (46,2 %).

Естественно, что снятию с психиатрического учета по заявлению предшествовало комиссионное изучение клинического статуса заявителя, степени его социальной адаптации и патопсихологическое исследование. Во всех случаях, где в результате военно-психиатрической экспертизы 2003 г. был выставлен диагноз транзиторного эмоционально неустойчивого расстройства личности (импульсивный тип), врачами диспансера он заменен на диагноз эмоционально неустойчивого расстройства личности (импульсивный тип).

Вторыми по численности среди снятых с психиатрического учета призывников 2003 г. оказались пациенты со смешанным расстройством личности (42 человека). На третьем месте оказались больные с

шизоидным расстройством личности (34 человека). Кроме того, в число снятых в разное время с психиатрического учета входили больные с инфантильным (32 человека), истерическим (10 человек), тревожно-уклоняющимся (6 человек) и диссоциальным (3 человека) расстройствами личности.

455 призывников 2003 г. (59,45 %), которым во время военно-психиатрической экспертизы диагностированы расстройства личности, никогда после этого не обращались за психиатрической помощью и не посещали психоневрологический диспансер. Больше всего в данном контингенте было лиц с эмоционально неустойчивым (включая транзиторное) расстройством личности, импульсивный тип (301) и инфантильным (105).

Таким образом, за 10 лет после установления психиатрического диагноза, ставшего причиной негодности к воинской службе, 455 человек из 766, то есть почти 60 %, не наблюдались психиатрами и, можно предполагать, были в достаточной степени социально адаптированы. Эти данные позволяют усомниться в том, что диагноз расстройств личности у большого числа призывников 2003 г. был клинически обоснован. Во всяком случае это касается эмоционально неустойчивого (импульсивный тип) и инфантильного расстройств личности.

Катамнестическое исследование призывников 2003 г. с расстройствами личности выявило такой факт, который не встречался при прослеживании судьбы призывников 1998 г. четверо юношей-призывников, признанных в результате военно-психиатрической экспертизы не подлежащими призыву в армию в 2003 г., обратились в военкоматы в 2005—2007 гг. с просьбой пройти повторную экспертизу для службы в армии по контракту. Все 4 повторно прошли стационарную военно-психиатрическую экспертизу и были признаны психически здоровыми. Хотя в 2003 г. этим призывникам были выставлены диагнозы транзиторного эмоционально неустойчивого расстройства личности (импульсивный тип) – 3 случая и смешанного расстройства личности – 1 случай.

Этот факт еще раз указывает на сомнительность диагностической квалификации расстройств личности у призывников 2003 г.

В рамках катамнестического исследования мы с помощью сотрудников областного наркологического диспансера проанализировали содержащуюся в электронной базе данных этого учреждения информацию, чтобы выявить тех лиц, которые в 2003 г. прошли военно-

психиатрическую экспертизу в ТКПБ и получили диагноз расстройства личности.

В результате выяснилось, что на наркологическом учете состоят 44 призывника 2003 г., которым был выставлен диагноз расстройства личности, причем в 37 случаях речь идет о зависимости от алкоголя, а еще в 7 – зависимости от наркотических веществ. Иными словами, в течение 10 лет после прохождения военно-психиатрической экспертизы у 5,7 % призывников 2003 г. с расстройствами личности сформировалась клиника зависимости от психоактивных веществ. В 2003 г. у этих лиц были зафиксированы во время военно-психиатрической экспертизы следующие диагнозы:

- эмоционально неустойчивое расстройство личности (импульсивный тип) – 22 случая (20 – алкоголизм, 2 – наркомания);
- транзиторное эмоционально неустойчивое расстройство личности (импульсивный тип) – 8 случаев (7 – алкоголизм, 1 – наркомания);
- смешанное расстройство личности – 5 случаев (2 – алкоголизм, 3 – наркомания);
- шизоидное расстройство личности – 3 случая (все 3 – алкоголизм);
- инфантильное расстройство личности – 3 случая (все 3 – алкоголизм);
- диссоциальное расстройство личности – 2 случая (оба – алкоголизм);
- истерическое расстройство личности – 1 случай (наркомания).

Данные официальной наркологической статистики свидетельствуют о том, что зависимость от психоактивных веществ у юношей с эмоционально неустойчивым расстройством личности (импульсивный тип) развивается реже, чем у их сверстников со смешанным расстройством личности: соответственно 6,4 % и 8,2 %. Различия этих экстенсивных показателей были статистически достоверны ($p < 0,05$).

Наконец, изучение актов судебно-психиатрических экспертиз за 2003—2013 гг., проведенных в Томской клинической психиатрической больнице, позволило охарактеризовать противоправные действия призывников 2003 г. с расстройствами личности. В таблице 8 приведены сведения о характере противоправных действий, времени их совершения призывниками 2003 г. с расстройствами личности, а также форме психиатрического наблюдения за ними.

Таблица 8

Характер противоправных действий, год их совершения призывниками 2003 г. с расстройствами личности и форма психиатрического наблюдения

Диагноз	Год правонарушения	Характер правонарушений	Психиатрическое наблюдение	Примечание
Эмоционально неустойчивое РЛ (импульсивный тип)	2003	Убийство	0	-
	2003	Дезертирство	Архив-2006	-
	2003	Убийство	Архив-2013	Алкогольная зависимость
	2003	Убийство	0	-
	2004	Личностные	Архив-2010	-
	2004	Убийство	Архив-2013	Алкогольная зависимость
	2004	Имущественные	0	-
	2004 ^m	Имущественные	0	Диагноз снят
	2004	Сбыт наркотика	0	Наркотическая зависимость
	2005	Имущественные	К	мось
	2005	Имущественные	Архив-2011	-
	2005	Убийство	Архив-2010	Алкогольная зависимость
	2005	Убийство	Архив-2013	Алкогольная зависимость
	2005	Имущественные	Архив-2011	Алкогольная зависимость
	2005	Имущественные	Архив-2010	Наркотическая зависимость
	2006	Личностные	Архив-2013	мось
	2006	Имущественные	Архив-2012	-
	2006	Убийство	0	Алкогольная зависимость
	2007	Личностные	0	-
	2007	Имущественные	Архив-2012	-
	2007	Личностные	0	-
	2008	Имущественные	Архив-2013	-
	2008	Личностные	Архив-2008	-
	2008	Имущественные	Архив-2013	-
	2008*	Сбыт наркотика	К	Наркотическая зависимость
	2009	Убийство	Архив-2011	мось
	2010 ^m	Убийство	0	-
	2010	Убийство	Архив-2011	Наркотическая зависимость
	2011	Организация протитуции	Архив-2003	мось
	2011*	Имущественные		-
			Смена диагноза	
			Алкогольная зависимость	
			-	

Продолжение таблицы

Инфан-фан-тильное РЛ	2004	Имущественные	Архив-2011	Смена диагноза
	2005	Имущественные	0	Диагноз снят
	2007	Имущественные	0	-
	2008	Имущественные	0	-
	2008	Имущественные	0	Алкогольная зависимость
Диссоциальное РЛ	2009	Имущественные	0	-
	2004	Имущественные	Архив-2009	-
	2004*	Имущественные	Архив-2010	Алкогольная зависимость
Смешанное РЛ	2005*	Имущественные		
	2005	Убийство	0	-
Историческое РЛ	2003	Имущественные	0	Диагноз снят
Историческое РЛ	2011	Сбыт наркотика	Архив-2011	Наркотическая зависимость

В таблице 10 используются следующие обозначения: буква «т» возле года совершения правонарушения обозначает транзитное расстройство личности, а звездочка (*) – правонарушения, совершенные дважды одним и тем же лицом. К имущественным правонарушениям отнесены кражи, хищения, растраты. К преступлениям против личности – хулиганство, нанесение тяжких и менее тяжких телесных повреждения. В столбце «Психиатрическое наблюдение» 0 соответствует ситуации, когда пациент не наблюдался психиатрами после прохождения военно-психиатрической экспертизы и совершения противоправных действий до июня 2013 г. В этом же столбце приведена дата, когда амбулаторная карта больного была сдана в архив (например, Архив-2010). 2 пациента состояли на консультативном учете в июне 2013 г. через 8 и 5 лет после совершения противоправных действий, они обозначены буквой «К». Наконец, в столбце «Примечания» приведены сведения об алкогольной или наркотической зависимости больных, а также о смене или снятии психиатрического диагноза во время проведения судебно-психиатрической экспертизы.

Итак, катamnестическое изучение призывников 2003 г. с расстройствами личности свидетельствует об их высокой криминогенности: за 10 лет после прохождения военно-психиатрической экспертизы 40 человек (в том числе 2 из них – дважды) совершили противо-

правные поступки и были привлечены к уголовной ответственности. Во всех случаях испытуемые при проведении судебно-психиатрической экспертизы были признаны вменяемыми. Обращает на себя характер совершенных преступлений: 11 убийств (!), 3 случая сбыта наркотиков и даже организация проституции, не говоря уже о многочисленных имущественных правонарушениях. Один случай дезертирства был связан с повторной военно-психиатрической экспертизой. Первая экспертиза была проведена призывнику в феврале 2003 г. в связи с тем, что он наблюдался с 5 до 12 лет детскими психиатрами с диагнозом «перинатальное поражение ЦНС, задержка психического развития». Заключение: без психических расстройств. В мае 2003 г. он был призван в армию, из воинской части в октябре этого же года дезертировал. В ноябре 2003 г. после повторной военно-психиатрической экспертизы выставлен диагноз «эмоционально неустойчивое расстройство личности (импульсивный тип)».

Несомненный интерес представляют 5 случаев смены или снятия психиатрического диагноза, установленного в ходе военно-психиатрической экспертизы, после проведения судебно-психиатрической экспертизы. В 2 случаях врачи-эксперты изменили диагноз: вместо транзиторного эмоционально неустойчивого расстройства личности (импульсивный тип) выставлен диагноз эмоционально неустойчивого расстройства личности (импульсивный тип), а вместо инфантильного расстройства личности диагностировано органическое расстройство личности. В 3 случаях испытуемые после проведения судебно-психиатрической экспертизы были признаны психически здоровыми. Во время военно-психиатрической экспертизы им были выставлены диагнозы транзиторного эмоционально неустойчивого расстройства личности (импульсивный тип), инфантильного расстройства личности и смешанного расстройства личности. Это произошло соответственно через 1, 2 года и менее 1 года после проведения военно-психиатрической экспертизы. Если к этому добавить 4 случая, когда по результатам повторной военно-психиатрической экспертизы был снят ранее установленный диагноз (бывшие «больные» пошли служить по контракту), то получается, что 7 пациентов с расстройствами личности «выздоровели» без помощи психиатров. Это еще раз ставит под сомнение обоснованность диагнозов расстройств личности в большом числе случаев у призывников 2003 г.

Во всех случаях зависимости от алкоголя или наркотиков больные состояли на учете в областном наркологическом диспансере, не-

смотря на то что их амбулаторные карточки в некоторых случаях были сданы в архив психиатрического диспансера. Кстати, нам не удалось установить какой-либо закономерности в том, когда амбулаторные карточки призывников 2003 г. с расстройствами личности сдавались в архив. В 16 из 40 рассматриваемых случаев с правонарушениями психиатры диспансера вообще не видели больных после проведения военно-психиатрической экспертизы: в карточках имеются только акты этой экспертизы, нет даже актов судебно-психиатрической экспертизы. В остальных случаях в амбулаторных карточках есть акты судебно-психиатрической экспертизы, но карточки сдавались в архив в различные сроки – от 1 года до 7 лет после совершения правонарушений. Обращение за оказанием психиатрической помощи после отбытия срока наказания зафиксировано только в 3 случаях: 1 упоминавшийся выше случай смены диагноза инфантильного расстройства личности на органическое расстройство личности и 2 случая эмоционально неустойчивого расстройства личности (импульсивный тип). Оба этих пациента состояли на консультативном учете в диспансерном отделении ТКПБ в июне 2013 г.

Самый необычный случай описан в следующем клиническом примере.

К-в Е. М., 1985 г. рождения, проживает в Томске.

Проходил стационарную военно-психиатрическую экспертизу в ТКПБ с 18.01.2003 г. по 03.02.2003 г.

Родился младшим из двоих детей в социально неблагополучной семье. Отец склонен к злоупотреблению спиртными напитками, за совершение уголовных правонарушений дважды отбывал наказания в местах лишения свободы. Достоверных сведений о протекании беременности, родов, раннем развитии нет. Мать по характеру добрая, отзывчивая женщина, работает в строительной организации штукатуром-маляром. Воспитывался в обстановке гипоопеки, по характеру формировался вспыльчивым, раздражительным, самолюбивым, не терпящим ограничений и противоречий. Старший брат проходил военную экспертизу в Томской психиатрической больнице, по результатам которой диагностирована «легкая умственная отсталость». В армии не служил, склонен к употреблению наркотиков.

В школу пошел своевременно, учился без затруднений, классов не дублировал, но интереса к приобретению знаний не обнаруживал, часто прогуливал занятия в школе. В подростковом возрасте стал вращаться в кругу асоциальных сверстников. Окончив 7 классов,

школьное обучение оставил, в учебно-производственном центре получил строительную профессию. В характеристике из УПЦ отмечено, что проявил себя учеником неординарным: учился по настроению, мог быть работоспособным, доброжелательным, временами же бывал «неуправляемым», отказывался признавать свои очевидные ошибки. Уже в тот период времени курил и эпизодически употреблял спиртные напитки, в конфликтных ситуациях демонстрировал выраженную агрессию, но в поле зрения правоохранительных органов не попадал. После окончания УПЦ работал по специальности в различных частных организациях.

В связи с особенностями характера и характеристикой из УПЦ в 2003 г. проходил военно-психиатрическую экспертизу. Во время обследования бравировал тем, что он по характеру грубый, несдержанный, в отделении угрожал совершить побег, так как не терпел однообразной обстановки, грубил медперсоналу. Психологическое обследование выявило у него повышенную импульсивность, конфликтность, низкий контроль над эмоциями, невысокий уровень интеллекта. Не скрывал своего нежелания служить в армии. С диагнозом «эмоционально неустойчивое расстройство личности (импульсивный тип)» был признан ограниченно годным к военной службе и в армию не призывался.

В дальнейшем продолжал работать в различных строительных организациях. В ноябре 2003 г. обратился в диспансерное отделение ТКПБ с заявлением о снятии с психиатрического учета, так как окончил курсы крановщиков и должен был приступить к работе на башенном кране. После проведения патопсихологического исследования и комиссионного осмотра было решено перевести его на консультативный учет, тем более что была представлена положительная характеристика с места работы. Трудно сказать почему, но сразу после этого амбулаторная карточка была сдана в архив. До момента проведения судебно-психиатрической экспертизы за психиатрической помощью не обращался.

В 2007 г., находясь в состоянии алкогольного опьянения, во время вспышки гнева разбил чужой сотовый телефон, за умышленную порчу имущества был осужден к 1 году условного наказания. На этот раз судебно-психиатрическая экспертиза не назначалась.

С 2009 г. состоит в гражданском браке, от которого имеет ребенка. С 2008 г. работает в частной столярной мастерской. В характеристике, подписанной владельцем этой мастерской, сказано, что про-

явил себя только с положительной стороны как ответственный, старательный и трудолюбивый сотрудник, пользующийся уважением в коллективе. Соседями по месту жительства также характеризуется с положительной стороны. На учете у наркологов не состоит.

Из материалов уголовного дела известно, что К-в Е. М. в период с 2008 по 2010 г. занимался организацией проституции в Томске. К-в Е. М. руководил группой женщин-сутенеров, каждая из которых, в свою очередь, занималась вовлечением в занятие проституцией других женщин. Они получали за это деньги и частично передавали их женщинам-сутенерам. К-в Е. М. осуществлял регулярный сбор денег в установленной сумме и в установленное время у женщин-сутенеров. Допрошенный в качестве подозреваемого, К-в Е. М. давал последовательные признательные показания, подчеркивая, что не знал о преступном характере своей деятельности. В связи с тем, что в 2003 г. он находился на военной экспертизе в ТКПБ, следствие назначило в его отношении амбулаторную судебно-психиатрическую экспертизу.

На судебно-психиатрической экспертизе держался свободно, уверенно, охотно контактировал с врачами-экспертами, иногда был излишне разговорчив. Мышление последовательное, целенаправленное, свои мысли до собеседника доводил без затруднений. Критически оценивая свое положение в следственной ситуации, понимая цель психиатрического обследования, жалоб на функции психики не высказывал, подчеркивал свои положительные стороны. В то же время напоминание ему о привлечении к уголовной ответственности вызывало раздражение, обвинял окружающих в том, что они «выводят его из себя». Эмоционально неустойчив, возражения и противоречия вызвали выраженную эмоциональную реакцию, с трудом корригировал свое поведение.

При расспросе о юридически значимой ситуации занимал последовательную защитную позицию, утверждая, что получал денежные средства, но якобы никогда не интересовался их истинным происхождением. Понимая наказуемость предъявляемых ему обвинений, надеялся, что наказание не будет связано с лишением свободы.

Комиссия психиатров-экспертов пришла к заключению, что у К-ва Е. М. имеется эмоционально неустойчивое расстройство личности (импульсивный тип), в отношении инкриминируемого деяния – вменяем.

В дальнейшем до июня 2013 г. за психиатрической помощью не обращался.

Приведенный выше клинический пример, на наш взгляд, демонстрирует некоторую непоследовательность экспертных оценок психического здоровья К-ва Е. М. Если в январе 2003 г. психиатры-эксперты пришли к выводу, что он страдает эмоционально неустойчивым расстройством личности, несмотря на полную социальную адаптацию и отсутствие данных о зафиксированных нарушениях общественного порядка, то спустя 9 месяцев диагноз был фактически снят. Получается, что психиатры, как говорится, шли на поводу у К-ва Е. М.: если не хочешь служить в армии – вот тебе диагноз, собираешься работать на башенном кране – диагноз снимаем. Неубедительным выглядит и заключение судебно-психиатрической экспертизы в мае 2011 г. Признаков социальной дезадаптации, к которой, априори, должно приводить расстройство личности вследствие выраженности патохарактерологических особенностей, не отмечено за исключением эпизода 4-летней давности (2007 г.). Более того, характер правонарушения свидетельствует о несомненных организаторских способностях К-ва Е. М., умении манипулировать людьми, четко контролировать свое поведение. Как и подавляющее большинство призывников 2003 г. с диагнозом расстройства личности, никогда не получал какую-либо терапевтическую помощь у психиатров, так как не нуждался в лечении. Все контакты с психиатрической службой связаны с экспертными оценками состояния здоровья.

Этот пример, на наш взгляд, особенно ярко иллюстрирует практику гипердиагностики РЛ у призывников, которая имеет «далеко идущие последствия».

4.3. Сравнительный анализ результатов катамнестического изучения призывников с расстройствами личности (психопатиями), прошедших военно-психиатрическую экспертизу в 1998 и 2003 гг.

Несмотря на то, что клиническая структура выявленных у призывников 1998 и 2003 гг. расстройств личности была различной, катамнестическое исследование показало схожие результаты. Так, через 15 лет после прохождения военно-психиатрической экспертизы только 6 призывников 1998 г. с диагнозом расстройства личности состояли на диспансерном и 4 призывников – на консультативном учете

(суммарно – 7,8 %). В 2 случаях диагноз был изменен: вместо шизоидной психопатии была диагностирована параноидная шизофрения, а вместо возбудимой психопатии – органическое расстройство личности вследствие эпилепсии.

Через 10 лет после прохождения военно-психиатрической экспертизы 5 призывников 2003 г. с диагнозом расстройства личности состояли на диспансерном и 70 призывников – на консультативном учете (суммарное число – 9,75 %). Здесь также в 2 случаях произошла смена диагноза. В одном случае диагноз эмоционально неустойчивого расстройства личности (импульсивный тип) сменился на параноидную шизофрению, эпизодическое течение. В другом случае диагноз транзиторного зависимого расстройства личности был изменен на недифференцированную шизофрению с нарастающим дефектом. Различия экстенсивных показателей (9,75 % и 7,8 %) были статистически недостоверны. Не исключено, что если бы длительность катамнеза у призывников 2003 г. была не 10, а 15 лет, как у призывников 1998 г., то их значения были бы еще ближе за счет того, что амбулаторные карточки каждый год сдаются в архив. В общем можно констатировать, что менее 10 % молодых людей, которым во время экспертизы был установлен психиатрический диагноз, нуждаются в длительном наблюдении и врачебной помощи.

В разные сроки после военно-психиатрической экспертизы были сняты с психиатрического учета 28,9 % призывников 1998 г. с расстройствами личности и 30,8 % призывников 2003 г. Различия этих экстенсивных показателей также недостоверны ($p > 0,05$). Причем, если призывников 1998 г. снимали с учета самое раннее через 2 года после экспертизы, то 3 призывников 2003 г. сняли с учета в этот же год. Ни в одном случае, когда призывники 2003 г. наблюдались более или менее продолжительное время врачами диспансерного отделения ТКПБ, не использовался диагноз транзиторного расстройства личности. Термин «транзиторное» просто опускали и в карточках писали, например, вместо транзиторного эмоционально неустойчивого расстройства личности просто эмоционально неустойчивое расстройство личности. Таким образом, диагноз транзиторного расстройства личности использовался только в экспертной практике. Еще один, можно сказать, «несуществующий диагноз» – инфантильное расстройство личности. Из 137 призывников 2003 г. с этим диагнозом через 10 лет после экспертизы ни один из них не наблюдался психиатрами. В 1998 г. такой диагноз был выставлен только 1 призывнику.

Как свидетельствует медицинская документация, 63,3 % призывников 1998 г. и 59,45 % призывников 2003 г. с расстройствами личности встречались с психиатрами лишь единственный раз в жизни – во время проведения военно-психиатрической экспертизы. В их амбулаторных карточках имеются только акты проведенной экспертизы с установленным диагнозом. Очевидно, что они не нуждались во врачебной помощи после вынесения экспертного заключения.

К концу катamnестического наблюдения 16 призывников 1998 г. и 44 призывника 2003 г. с расстройствами личности состояли на учете у наркологов. Это составляет, соответственно, 12,5 % и 5,7 % (различия этих показателей были статистически достоверны – $p < 0,05$). Формально можно сказать, что наркологическая ситуация у призывников 2003 г. являлась более благополучной. Но не следует забывать, что длительность катamnестического наблюдения у призывников 2003 г. на 5 лет меньше, чем у призывников 1998 г.

И, наконец, о противоправном поведении призывников 1998 и 2003 гг. с расстройствами личности. Только 3 призывников 1998 г. за время катamnеза совершили уголовные преступления, прошли судебно-психиатрическую экспертизу, в ходе которой был подтвержден диагноз, установленный на военной экспертизе, но все 3 призывников признаны вменяемыми. Характер правонарушений здесь таков: в 2 случаях совершены имущественные преступления, в 1 случае – изготовление и сбыт наркотика. Каким контрастом в этой относительно благополучной картине являются правонарушения 40 призывников 2003 г., которые совершили 11 убийств и массу других преступлений, включая организацию проституции. Необходимо отметить, что в 3 случаях на судебно-психиатрической экспертизе диагноз, установленный во время военной экспертизы 2003 г., был снят и испытуемые признаны психически здоровыми. Еще в 2 случаях диагноз был изменен. Если к этому прибавить 4 случая повторной военно-психиатрической экспертизы, когда призывники 2003 г. с расстройствами личности были признаны психически здоровыми и пошли служить в армию по контракту, то не вызывает сомнений чрезмерно расширительная трактовка расстройств личности врачами призывных комиссий военкоматов и врачей-экспертов в 2003 г.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На этапе планирования данного исследования мы предполагали выявить количественные и качественные различия призывников с расстройствами личности 1998 и 2003 гг. Однако полученные данные превзошли все наши ожидания.

Как оказалось, военно-врачебными комиссиями военкоматов в 1998 г. на военно-психиатрическую экспертизу было направлено 693 юноши, а в 2003 г. их число было в 2 раза больше – 1339. Безусловно, это отражает не реальный рост психических расстройств среди призывников, а изменение правил и положений, которыми стали руководствоваться врачи-психиатры в военкоматах.

Психиатрический диагноз не был выставлен 240 призывникам в 1998 г. и только 106 призывникам в 2003 г. (незначительное число юношей самовольно покинуло стационар до окончания экспертизы). У 453 (65,4 %) юношей в 1998 г. и у 1233 призывников (92,1 %) в 2003 г. были диагностированы психические расстройства. Статистически достоверный рост психических расстройств у испытуемых, в свою очередь, отражает изменение практики военно-психиатрической экспертизы в 2003 г. по сравнению с 1998 г.

Расстройства личности, составившие в 1998 г. скромную цифру – 28,3 % от всех выявленных психических расстройств, в 2003 г. стали преобладающей формой патологии – 62,1 %, препятствующей призыву в армию. Такое положение сложилось во многом вследствие внедрения в практику методического пособия для врачей «Расстройства личности (психопатии) в практике военно-врачебной экспертизы» [Куликов В. В. и др., 2003]. В нем даны рекомендации по диагностике «транзиторных (парциальных)» расстройств личности, что категорически противоречит общепринятым клиническим критериям. Как известно, таковыми со времен П. Б. Ганнушкина (1933) являются выраженность, стабильность и тотальность. Последние два критерия при диагностике транзиторных (парциальных) расстройств личности не выполняются. Более того, авторы пособия пишут, что диагноз

транзиторного (парциального) расстройства личности носит «динамический (этапный) характер». Иными словами, от него можно без всяких сомнений отказаться по прошествии того или иного времени после экспертизы годности к военной службе. К этому необходимо добавить, что в 2003 г. широко использовался диагноз инфантильного расстройства личности, который отсутствует в МКБ-10.

Несмотря на то, что в 1998 и 2003 гг. врачи-эксперты пользовались разными классификациями заболеваний (соответственно МКБ-9 и МКБ-10), клиническая структура выявленных у призывников расстройств личности во многом схожа. Так, в 1998 г. на долю возбудимой и неустойчивой психопатии пришлось 47,0 % случаев, а практически идентичные по клинике эмоционально неустойчивое и транзиторное эмоционально неустойчивое расстройства личности (импульсивный тип) в 2003 г. составили 60,6 %. Мозаичная психопатия была диагностирована в 13,3 % случаев в 1998 г. и в 7,9 % случаев в 2003 г. А вот юношей с диагнозом шизоидной психопатии в 2003 г. по сравнению с 1998 г. стало почти в 2 раза больше: соответственно 44 и 25 случаев.

Однако экстенсивные показатели этой патологии наоборот уменьшились – 5,7 % и 19,5 %. Радикальным отличием клинической структуры расстройств личности у призывников 2003 г. от 1998 г. было использование диагнозов транзиторного и инфантильного расстройств личности, на долю которых пришлось соответственно 20,5 % и 17,9 %. В 1998 г. транзиторные расстройства личности вообще не диагностировались, а психический инфантилизм диагностирован лишь в 1 случае.

Сопоставление полученных данных о типах психопатий у призывников 1998 г. из городской и сельской местности не выявляет статистически достоверных различий экстенсивных показателей ни в одной диагностической рубрике. В то же время у призывников 2003 г. на 3 диагностические категории – эмоционально неустойчивое расстройство личности (импульсивный тип), транзиторное эмоционально неустойчивое расстройство личности (импульсивный тип) и инфантильное расстройство личности пришлось 65,6 % случаев среди городских призывников и 91,8 % случаев среди сельских юношей-призывников. Различия этих экстенсивных показателей статистически достоверны ($p < 0,05$). Мы затрудняемся объяснить причину таких различий.

У призывников 2003 г. отмечалась более благоприятная семейная ситуация. Об этом же свидетельствует тот факт, что только 15,4 % призывников этого года воспитывались в неполных семьях (в подавляющем большинстве случаев – мать и ребенок), а в 1998 г. таких семей было 21,9 %.

Образовательный уровень и трудовой статус призывников 2003 г. тоже был выше, чем в 1998 г. Например, незаконченное высшее образование имели 13,3 % призывников 2003 г. и только 9,1 % призывников 1998 г. Полное среднее (в том числе специальное) образование имели 39,7 % призывников 2003 г. и только 34,6 % призывников 1998 г. В то же время 8,6 % призывников 1998 г. не имели аттестата о среднем образовании, а в 2003 г. только 4 % не получили аттестата. Различия экстенсивных показателей не удается подтвердить статистически, но тенденция налицо.

Более половины призывников 1998 и 2003 гг. к моменту проведения экспертизы не работали и не учились – соответственно 63,3 % и 52,7 %. Различия этих экстенсивных показателей были достоверны ($p < 0,05$), поэтому можно обоснованно утверждать, что уровень социальной адаптации призывников с расстройствами личности в 2003 г. был выше, чем призывников с психопатиями в 1998 г. Только 36,7 % призывников 1998 г. и 47,3 % призывников 2003 г. работали по найму (достаточно часто без официального оформления трудовых отношений), причем по полученной специальности были трудоустроены только 7,0 % и 7,6 % соответственно. В подавляющем большинстве случаев (в 80,9 % в первой группе и в 84,0 % во второй группе) работавшие призывники были заняты неквалифицированным физическим трудом.

Особого внимания заслуживает информация о распространенности верифицированного девиантного поведения как свидетельство объективного подтверждения выраженности патохарактерологических проявлений у призывников 1998 и 2003 г.

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что за исключением двух форм девиантного поведения – злоупотребления алкоголем и административных нарушений за хулиганство – у призывников 1998 г. достоверно чаще отмечались бродяжничество, уголовные преступления, токсикомании и употребление наркотиков, а также суицидальные попытки. Статистических различий между экстенсивными показателями призывников первой и второй групп по злоупотреблению алкоголем и хулиганству не выявлено ($p > 0,05$).

При сопоставлении социально-демографических характеристик призывников 1998 и 2003 гг. с разными типами расстройств личности выяснилось, что у пациентов с шизоидным расстройством имелось только два типа родительских семей: в 2/3 случаев это были полные родительские семьи, в 1/3 случаев имели место неполные семьи (мать и сын). Ни в 1998 г., ни в 2003 г. среди призывников с шизоидным расстройством личности не выявлено лиц, не имеющих аттестата о среднем образовании, более того – среди призывников с шизоидной психопатией (1998 г.) и шизоидным расстройством личности (2003 г.) было обнаружено достоверно больше лиц с неоконченным высшим образованием, чем среди призывников в целом. Результаты нашего исследования свидетельствуют о поразительно низком уровне трудовой адаптации призывников с шизоидной психопатией (1998 г.) и шизоидным расстройством личности (2003 г.): не работали и не учились 92,0 % призывников 1998 г. и 95,5 % призывников 2003 г.

Катамнестическая информация о призывниках 1998 и 2003 гг. с расстройствами личности была получена на основании изучения архивных данных Томской клинической психиатрической больницы, электронной базы данных диспансерного отделения ТКПБ, электронной базы данных Томского областного наркологического диспансера и актов судебно-психиатрической экспертизы в период с 1998 по 2013 г.

Оказалось, что в июне 2013 г. состоят на диспансерном и консультативном учете и регулярно наблюдаются психиатрами только 10 человек (7,8 %) из призывников 1998 г. и 75 человек (9,8 %) из числа призывников 2003 г. Иными словами, к концу катамнестического срока более 90 % призывников, у которых были диагностированы расстройства личности, «выздоровели» (или никогда не были больны).

Спустя 15 лет после военно-психиатрической экспертизы у 2 призывников 1998 г. изменился диагноз: в одном случае вместо шизоидной психопатии диагностирована параноидная шизофрения с избыточной алкоголизацией и агрессивными тенденциями (больной состоит на АДН), во втором случае вместо возбудимой психопатии выставлен диагноз органического расстройства личности в связи с эпилепсией.

Из призывников 2003 г. через 10 лет после экспертизы также 2 больных состоят на учет с иным диагнозом, чем был установлен во время оценки годности к военной службе. В одном случае диагноз

эмоционально неустойчивого расстройства личности (импульсивный тип) сменился на параноидную шизофрению, эпизодическое течение. В другом случае диагноз транзиторного зависимого расстройства личности был изменен на недифференцированную шизофрению с нарастающим дефектом.

В целом к концу катamnестического срока из 10 регулярно наблюдающихся психиатрами призывников 1998 г. с расстройствами личности 7 человек имели диагнозы шизофренического спектра.

Все 5 призывников 2003 г. с расстройствами личности, состоящие на диспансерном учете в июне 2013 г., имели диагнозы шизофренического спектра. Из 70 состоящих на консультативном учете в 2013 г. призывников 2003 г. 55 человек (78,6 %) были с тем же диагнозом, что был впервые выставлен им во время экспертизы – эмоционально неустойчивое расстройство личности (импульсивный тип).

37 (28,9 %) призывников 1998 г. и 236 (30,8 %) призывников 2003 г. с расстройствами личности в различные сроки за время катamnестического наблюдения были сняты с психиатрического учета в связи с длительным, стабильным улучшением состояния и полной социальной адаптацией.

Наконец в амбулаторных карточках 81 (63,3 %) призывника 1998 г. и 455 (59,45 %) призывников 2003 г. имелись только акты военно-психиатрической экспертизы, т. е. до июня 2013 г. не было ни одного обращения за психиатрической помощью.

16 (12,5 %) призывников 1998 г. и 44 (5,7 %) призывника 2003 г. к концу срока катamnестического наблюдения состояли на учете в Томском областном наркологическом диспансере в связи со злоупотреблением психоактивными веществами или зависимостью от них.

Изучение актов судебно-психиатрических экспертиз за 1998—2013 гг., проведенных в Томской клинической психиатрической больнице, позволило охарактеризовать противоправные действия призывников 1998 и 2003 гг. с расстройствами личности. Оказалось, что только 3 призывника 1998 г. после совершения краж и/или сбыта наркотиков направлялись на судебно-психиатрическую экспертизу и были признаны вменяемыми. 40 призывников с диагнозом расстройства личности 2003 г. после совершения 42 правонарушений (2 человека повторно) направлялись на судебно-психиатрическую экспертизу и также во всех случаях были признаны вменяемыми. Характер правонарушений здесь был совершенно иным: 11 убийств, нанесение

телесных повреждений, кражи, разбой и даже организация проституции.

Нельзя не указать на знаменательный факт: 4 молодых человека, признанные в результате военно-психиатрической экспертизы в 2003 г. не подлежащими призыву, обратились в военкоматы в 2005—2007 гг. с просьбой пройти повторную экспертизу для службы в армии по контракту. Все 4 повторно прошли стационарную военно-психиатрическую экспертизу и были признаны психически здоровыми.

На наш взгляд, результаты катамнестического исследования подтверждают необоснованно расширительную диагностику расстройств личности у призывников 2003 г. Вероятно, драматические, а порой трагические события 90-х гг., связанные с нарушениями воинской дисциплины, дезертирством, расстрелом сослуживцев и широко освещавшиеся в средствах массовой информации, вызвали у военного руководства желание максимально обезопасить военнослужащих от действий «неуравновешенных» коллег. Не последнюю роль играла и борьба «за честь мундира» – стремление оградить военных от негативных публикаций в СМИ. Можно только предполагать, что военные медики получили распоряжение избавить армию от лиц с малейшими проявлениями отклоняющегося поведения, и в результате возникли новые диагностические рубрики, которые использовались только в практике военно-психиатрической экспертизы: транзиторные расстройства личности и инфантильное расстройство личности. Как следствие, среди юношей призывного возраста Томской области со стабильной численностью населения в 2003 г. по сравнению с 1998 г. почти в 6 раз возросло число «психопатов».

Войска недополучили сотни молодых бойцов, которые, пройдя армейскую школу и приобретя воинские специальности, могли бы преодолеть свои патохарактерологические наклонности и стать полноценными членами общества. Напомним, что к моменту проведения военно-психиатрической экспертизы более половины призывников с диагнозом расстройств личности не работали и не учились. Не попав в армию, они достаточно часто оказывались на скамье подсудимых. Иными словами, благополучие в воинских рядах достигалось за счет социального неблагополучия. К сожалению, эта практика продолжалась и после 2003 г. Например, в 2004 г. на военно-психиатрической экспертизе 934 призывникам из Томска и районов области были вы-

ставлены диагнозы расстройств личности, в связи с чем, они не были призваны в ряды Вооруженных Сил.

Мы надеемся, что наше исследование привлечет внимание военных руководителей, специалистов-медиков к сложной и противоречивой проблеме экспертной оценки годности молодых людей к военной службе в связи с расстройствами личности. Только всесторонне взвешенные, основанные на верифицированной и репрезентативной информации суждения обеспечат армию и общество оптимальными экспертными решениями.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Агарков А. А.* Психические расстройства у лиц допризывного и призывного возрастов в контексте психического здоровья детско-подросткового населения: дис. ... д-ра. мед. наук. – Томск, 2010. – 277 с.
2. *Агарков А. А., Скороходова Т. Ф., Погорелова Т. В.* Факторы риска психических расстройств у подростков допризывного и призывного возрастов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 4. – С. 61—64.
3. *Александровский Ю. А.* Пограничные психические расстройства. – М.: Медицина, 2000 – 300 с.
4. *Амбрумова А. Г.* Течение шизофрении по данным отдаленного катанеза. – М., 1962. – 217 с.
5. *Амбрумова А. Г.* Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. – М., 1980. – 48 с.
6. *Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., Ковалев В. В.* Диагностика суицидального поведения. – М. : Московский НИИ психиатрии, 1980. – 497 с.
7. *Антонян Ю. М., Бородин С. В.* Преступность и психические аномалии / отв. ред. В. Н. Кудрявцев. – М. : Наука, 1987. – 208 с.
8. *Банщикова Е. Г.* К судебно-психиатрической оценке эмоционально неустойчивого расстройства личности в современных условиях // Российский психиатрический журнал. – 2001. – № 3. – С. 38—43.
9. *Беляева К. И.* Старость больных шизофренией: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1968. – 24 с.
10. *Борисова Д. Ю.* Социальная адаптация подростков с шизоидным расстройством личности (клинико-катанестическое исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2002. – 20 с.
11. *Бухаров В. Г., Семин И. Р.* Расстройства личности и военно-психиатрическая экспертиза. XV съезд психиатров России. – М. : ИД «Медпрактика-М», 2010. – С. 93.
12. *Бухаров В. Г., Семин И. Р.* Сравнительная клиническая характеристика призывников с расстройствами личности (по материалам стационарной военно-психиатрической экспертизы) // Бюллетень сибирской медицины. – 2012. – № 4. – С. 142—145.

13. *Бухаров В. Г., Семин И. Р.* Особенности диагностики расстройств личности на военно-психиатрической экспертизе // Актуальные вопросы психического здоровья. – Выпуск 4. – Рязань: РязГМУ, 2014. – С. 18—20.
14. *Бухаров В. Г., Семин И. Р.* Сравнительный анализ диагностики расстройств личности (психопатий) в призывников 1998 и 2003 гг. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2014. – № 4. – С. 27—31.
15. *Васильев В. В.* Суицидальное поведение при пограничных психических расстройствах (обзор литературы) // Российский психиатрический журнал. – 2008. – № 5 – С. 11—21.
16. *Васянина В. И.* Клинико-социальная характеристика и судебно-психиатрическая оценка расстройств личности у женщин, совершивших агрессивные криминальные действия: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2002. – 187 с.
17. *Виггинс О., Шварц М., Норко М.* Прототипы, идеальные типы и личностные расстройства: возвращение к классической психиатрии // Независимый психиатрический журнал. – 1997. – № 2. – С. 11—15.
18. *Вольнов Н. М., Войцех В. Ф., Шустов Д. И.* Два стиля поведения военнослужащих с аутоагрессивными тенденциями // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – Т. 14, № 2. – С. 33—38.
19. *Ганнушкин П. Б.* Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. М. : «Север», 1933. – 143 с.
20. *Гиляровский В. А.* Старые и новые проблемы психиатрии. – М., 1946. – 148 с.
21. *Глушко Т. В.* Распространенность и особенности основных клинических проявлений формирующихся расстройств личности среди подростков призывного и допризывного возрастов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – № 4. – С. 53—56.
22. *Горинов В. В., Данилова С. В., Басилашвили О. С.* Смешанное расстройство личности (Научный обзор) // Российский психиатрический журнал – 2008. – № 3. – С. 17—23.
23. *Горинов В. В., Кириллова А. В., Нохуров Б. А., Соколова Е. Ю.* Критерии рекомендации принудительных мер медицинского характера подэкспертным с расстройствами личности (ч. 2 ст. 22. УК РФ) // Российский психиатрический журнал. – 2005. – № 3. – С. 35—38.

24. *Горинов В. В., Нохуров Б. А.* Диссоциальное расстройство личности, критерии диагностики, судебно-психиатрическая оценка // *Российский психиатрический журнал.* – 2004. – № 5. – С. 57—61.
25. *Горинов В. В., Пережогин Л. О.* Клинико-социальная характеристика испытуемых с расстройствами личности, к которым была применена ст. 22 УК РФ // *Российский психиатрический журнал.* – 1999. – № 4. – С. 31—35.
26. *Гуревич М. О.* Психиатрия. – М., 1949. – 502 с.
27. *Гурович И. Я., Сальникова Л. И.* Длительно не госпитализирующиеся больные шизофренией // *Социальная и клиническая психиатрия.* – 1994. – № 1. – С. 5—12.
28. *Гурьева В. А.* (ред). Клиническая и судебная подростковая психиатрия. – М. : ООО «Медицинское информационное агентство, 2007. – 488 с.
29. *Гусинская Л. В.* Клиника и судебно-психиатрическая оценка истерической психопатии : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1979. – 194 с.
30. *Дмитриева Т. Б.* Динамика психопатий (клинические варианты, биологические механизмы, принципы терапевтической коррекции): автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Л., 1990 – 46 с.
31. *Казаковцев Б. А.* Развитие психиатрической помощи в России // *Независимый психиатрический журнал.* – 1998. – № 2. – С. 9—12.
32. *Каннабих Ю.* История психиатрии. – М., 1994. – 718 с.
33. *Каплан Г., Сэддок Б.* Клиническая психиатрия. – М. : «Гэотар медицина», 1998. – 505 с.
34. *Ковалев В. В.* Психиатрия детского возраста: руководство для врачей. – М. : Медицина, 1995. – 560 с.
35. *Козлов Т. Н., Говорин Н. В., Ярославцева Е. Д.* Аффективные реакции с суицидальными действиями у военнослужащих срочной службы // *Аффективные и шизоаффективные расстройства: Материалы Российской конференции.* – М., 2003. – С. 55–56.
36. *Колов С. А.* Применение психометрической (количественной) модели в оценке личностных расстройств у ветеранов боевых действий // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* – 2009. – № 3. – С. 66—70.
37. *Корнетов Н.А.* Рецензия на монографию А.Б. Смулевича «Психопатология личности и коморбидных расстройств. // *Ж. неврологии и психиатрии.* – 2010. – № 3. – С. 105-109.

38. *Королев С. А.* Транзиторные расстройства личности у военнослужащих Северного флота: дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2005. – 173 с.
39. *Королев С. А., Нечипоренко В. В.* Транзиторные расстройства личности (обзор литературы) // Военно-медицинский журнал. – 2008. – № 11. – С. 61—64.
40. *Королев С. А., Нечипоренко В. В.* Вопросы патоморфоза пограничных психических расстройств в клинической и военной психиатрии (обзор литературы) // Российский психиатрический журнал. – 2009. – № 2. – С. 40—46.
41. *Корсаков С. С.* Курс психиатрии. – Изд-е. второе, в 2-х томах. – Том 2. / под ред. комис. Общ-ва невропатологов и психиатров. – М.: Изд. Императ. Моск. ун-та, 1901. – 1113 с.
42. *Краснятова Ю. А.* Катамнез больных опийной наркоманией: клиничко-динамические, социально-психологические и реабилитационные аспекты: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2007. – 22 с.
43. *Крафт-Эбинг Р.* Половая психопатия с обращением особого внимания на извращение полового чувства. – СПб.: Изд-во журнала «Практическая медицина» В. С. Эттингера, 1909. – 430 с.
44. *Крафт-Эбинг Р.* Учебник психиатрии. – СПб.: Изд-во Медико-хирургической академии, 1880. – Т. 1—3.
45. *Крепелин Э.* Клинические лекции: пер. с нем. / под ред. П. Б. Ганнушкина и Т. И. Юдина. – М., 1923. – 457 с.
46. *Кречмер Э.* (1924). Строение тела и характер. – М.: Педагогика-пресс, 1995. – 608 с.
47. *Куликов В. В., Шостакович Б. В., Литвинцев С. В.* Расстройства личности (психопатии) в практике военно-врачебной экспертизы: методич. пособие. – 3-е изд. – М.: МЗ РФ, МО РФ, 2003. – 34 с.
48. *Куликов В. В., Чернов О. Э., Фадеев А. С. и др.* Клинические и организационно-методические аспекты военно-врачебной экспертизы граждан, страдающих психическими расстройствами: Пособие для врачей. – М., 2004. – 55 с.
49. *Кутанин М. П.* Психопатии. – Саратов, 1926. – 278 с.
50. Лексикон психиатрии Всемирной организации здравоохранения / пер. с английского. – Киев. Издательство «Сфера», 2001. – 395 с.
51. *Личко А. Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Изд. 2-е доп. и перераб. – Л., 1983.

52. *Личко А. Е.* Подростковая психиатрия. – Л. : Медицина, 1985. – 416 с.
53. *Ломброзо Ч.* Преступный человек. – СПб. : Мидгард, 2005. – 880 с.
54. *Лыткин В. М., Шамрей В. К., Костюк Г. П.* К проблеме психического здоровья участников боевых действий // Российский психиатрический журнал. – 2007. – № 6. – С. 63—68.
55. *Мальцева М. М., Котов В. П.* Опасные действия психических больных. – М., 1995. – 225 с.
56. *Марилев В. В., Яшин Н. А.* Особенности злоупотребления психоактивными веществами при психопатиях у лиц призывного возраста // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2007. – Т. 107, № 9. – С. 17—19.
57. *Марченко А. А.* Катамнез лиц, уволенных из Вооруженных Сил с пограничными психическими расстройствами: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2003. – 22 с.
58. *Мелик-Пашаян А. Э.* Вопросы подростковой психиатрии и психиатрического освидетельствования призывников // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007 – Т. 17, № 4. – С. 86—90.
59. *Нечипоренко В. В.* Обоснованность диагноза психопатии в молодом возрасте с позиций динамического подхода // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1991. – № 1. – С. 47—57.
60. *Нечипоренко В. В., Требухов С. Н., Лыткин В. М.* О патоморфозе психогенных расстройств у военнослужащих // Психиатрические аспекты общемедицинской практики: материалы конференции. – СПб., 2001. – С. 105—110.
61. Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе / Постановление правительства РФ от 25.02.2003 г. № 123.
62. *Обросов И. Ф.* Особенности клиники и динамики диссоциальных расстройств личности у осужденных в местах лишения свободы // Российский психиатрический журнал. – 2004. – № 4. – С. 34—39.
63. *Ормел Й., Неелман Й., Виерсма Д.* Детерминанты психического нездоровья: их учет в научных исследованиях и в политике в сфере психического здоровья // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т. 15, № 4. – С. 97—105.
64. *Пальянова И. А., Семке В. Я.* Клиническая динамика расстройств личности и поведения у учащихся системы начального профессио-

- нально-технического образования // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 5. – С. 206—207.
65. *Пережогин Л. О.* Судебно-психиатрическая оценка расстройств личности с учетом положений ст. 22 УК РФ: Дис. ... канд. мед. наук // Русский медицинский сервер. – М., 2001 // URL: <http://www.rusmedserv.com/psychsex/uk22st.htm>
66. *Петраков Б. Д., Цыганков Б. Д.* Эпидемиология психических расстройств. – М.: НЦПЗ РАМН, 1996. – 136 с.
67. *Петрова Н. В.* Состояние психического здоровья юношей допризывного и призывного возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2004 – 19 с.
68. *Положий Б. С., Панченко Е. А., Посвянская А. Д., Дроздов Э. С.* Клинико-социальные характеристики лиц, совершивших суицидальные попытки // Российский психиатрический журнал. – 2008. – № 2. – С. 16—20.
69. *Попов Ю. В.* Новый подход к диагностике психопатий (расстройств личности) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1991. – № 2. – С. 5—14.
70. Постановление Правительства РФ от 25.02.2003 № 123 «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе» (25 февраля 2003 г.).
71. *Пушкарев А. Н.* О душевных болезнях в судебно-медицинском отношении. – СПб., 1848. – 277 с.
72. *Раас Б. К. М.* Солдат и армия: заметки голландского врача // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т. 17, № 2. – С. 90—93.
73. *Распономарева О. В.* Клинико-динамический анализ катамнеза лиц с истерическим расстройством личности: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2002. – 19 с.
74. *Ревенко М. Г.* К вопросу о психопатических реакциях в судебно-психиатрической практике: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1967. – 19 с.
75. *Сафуанов Ф. С.* Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза обвиняемых в криминально-агрессивных действиях: диагностические и экспертные оценки: Аналитический обзор. – М., 2003.
76. *Сафуанов Ф. С.* Криминальная агрессия обвиняемых с расстройствами личности // Российский психиатрический журнал. – 2005. – № 6. – С. 36—43.

77. *Семин И. Р.* Сравнительная характеристика впервые госпитализированных больных шизофренией: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Тарту, 1981. – 21 с.
78. *Семке А. В., Агарков А. А., Глушко Т. В., Погорелова Т. В.* Характеристика расстройств личности у подростков допризывного и призывного возрастов в Томской области // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* – 2006. – № 2. – С. 48—50.
79. *Семке В. Я.* Клиническая персонология. – Томск: МГП «РАС-КО», 2001. – 375 с.
80. *Семке В. Я.* Онтогенетические проблемы «истерической болезни» // *Психоневрология в современном мире: Материалы сессии.* – СПб., 2007. – С. 119—120.
81. *Сидоров П. И., Сложеникин А. П., Ксенофонтов А. М., Беликов И. И., Новикова И. А.* Особенности нарушений психической адаптации у сотрудников органов внутренних дел, работающих в Северо-Кавказском регионе // *Социальная и клиническая психиатрия.* – 2008. – Т. 18, № 1. – С. 23—27.
82. *Смулевич А. Б.* Расстройства личности (психопатии) // *Руководство по психиатрии / под ред. А. С. Тиганова.* – М. : Медицина, 1999. – Т. 2. – С. 558—606.
83. *Смулевич А. Б.* Психопатологические образования и расстройства личности (к проблеме динамики психопатий) // *Журнал неврологии и психиатрии.* – 2000. – Т. 100, № 6. – С. 8—13.
84. *Смулевич А. Б.* Расстройства личности. – М., 2007. – 192 с.
85. *Смулевич А. Б.* Психопатология личности и коморбидных расстройств: учебное пособие. – М. : МЕДпресс-информ, 2009. – 208 с.
86. *Сухарева Г. Е.* Клинические лекции по психиатрии детского возраста. – Т. 2. – М., 1959. – 406 с.
87. *Сухарева Г. Е.* Лекции по психиатрии детского возраста. – М. : Медицина, 1974. – 320 с.
88. *Трошкина Е. Н.* Расстройства поведения и формирующиеся расстройства личности у подростков, совершивших противоправные действия // *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* – 2006. – № 5. – С. 284—285.
89. *Успенская Л. Я.* Исходы шизофрении // *Первый съезд психиатров социалистических стран.* – М., 1987. – С. 242—247.
90. *Харитонов С. В., Войцех В. Ф.* К вопросу о роли некоторых психологических особенностей личности в прогнозе суицидов у паци-

- ентов с расстройствами зрелой личности // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т. 18, № 2. – С. 48—51.
91. Чуркин А. А., Творогова Н. А. Распространенность психических расстройств в Российской Федерации в 2008 г. // Российский психиатрический журнал. – 2009. – № 4. – С. 36—40.
92. Шестопалова Л. Ф., Перевозная Т. А. Ценностно-смысловая сфера личности со специфическими расстройствами и склонностью к противоправному поведению // Психологический журнал. – 2003. – Т. 24, № 3. – С. 66—71.
93. Шостакович Б. В. Судебно-психиатрическое значение некоторых вариантов динамики психопатий возбуждимого типа: автореф. ... канд. мед. наук. – М., 1963. – 22 с.
94. Шостакович Б. В. Судебно-психиатрический аспект динамики психопатий: Дис. ... докт. мед. наук. – М., 1971. – 449 с.
95. Шостакович Б. В. Современные подходы к диагностике психопатических расстройств // Российский психиатрический журнал. – 2005. – № 3. – С. 7—14.
96. Шостакович Б. В. Расстройства личности (психопатии) в судебно-психиатрической оценке. – М. : Изд-во МБА, 2006. – 172 с.
97. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В. Семейная психотерапия. – Л., 1990. – 188 с.
98. Эллисон Дж., Шейдер Р. Медикаментозное лечение при психопатиях // Психиатрия. – М. : Практика, 1998. – 485 с.
99. Юдин Т. И. Психопатические конституции. – М., 1926. – 167 с.
100. Юрьева Л. Н. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства. – Киев: Сфера, 2002. – 314 с.
101. Яценко К. О., Аксенов М. М. Состояние психического здоровья военнослужащих с эмоционально неустойчивым расстройством личности // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2014. – № 3. – С. 27—30.
102. Яценко К. О., Корнилов А. А. Факторы, способствующие декомпенсации эмоционально неустойчивых черт личности у военнослужащих срочной службы // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 1. – С. 21—23.
103. Adler A. The individual psychology of Alfred Adler: A systematic presentation in selections from his writings / H. L. Ansbacher & R. R. Ansbacher (Eds.). – New York: Harper & Row, 1956. – 521 p.

104. *American Psychiatric Association*. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed – text revised (DSM-IV-TR). – Washington: American Psychiatric Association, 2000.
105. *American Psychiatric Association*: Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors // *Am. J. Psychiatry*. – 2003. – Nov. – Vol. 160 (11 Suppl). – P. 1—60.
106. *Araszkievicz A., Florkowski A., Lucki Z.* Group psychotherapy of neuroses and personality disorders in regular soldiers // *Psychiatr. Pol.* – 1994. – Vol. 28, № 6. – P. 719—728.
107. *Beck A., Freeman A.* Cognitive Therapy of Personality Disorders. – New York: The Guilford Press, 1990. – 258 p.
108. *Blashfield R., Sprock J., Pinkston K., Hodgins J.* Exemplar prototypes of personality disorder diagnosis // *Comprehensive psychiatry*. – 1985. – Vol. 26. – P. 11—21.
109. *Brooner R., Schmidt C. W., Felch L. J., Bigelow G. E.* Antisocial behavior of IV drug abusers: implication for diagnosis of antisocial personality disorder // *Am. J. of psychiatry*. – 1992. – Vol. 149, № 4. – P. 482—487.
110. *Bruce-Jones W., Coid J.* Identity diffusion presenting as multiple personality disorder in a female psychopath // *British Journal of Psychiatry*. – 1992. – Vol. 160. – P. 541—544.
111. *Campbell M., Fitzpatrick R., Haines A. et al.* A framework for the design and evaluation of complex interventions to improve health // *Br. Med. J.* – 2000. – Vol. 321. – P. 694–696.
112. *Chen H, Cohen P, Kasen S, Johnson J. G.* Adolescent axis I and personality disorders predict quality of life during young adulthood // *J. Adolesc. Health*. – 2006. – Vol. 39, № 1. – P. 14—23.
113. *Coccaro E. F., Kavoussi R. J.* Fluoxetine and impulsive aggressive behavior in personality-disordered subjects // *Archives of General Psychiatry* – 1997. – Vol. 54. – P. 1081–1088.
114. *Drake R. E., Vaillant G. E.* A validity study of axis II of DSM-III // *Am. J. Psychiatry*. – 1985. – Vol. 142, № 5. – P. 553—561.
115. *Florkowski A., Caban J., Zboralski K.* Mental disorders in active service men as a reason for premature discharge from the army // *Psychiatr. Pol.* – 1994. – Vol. 28, № 3. – P. 321–327.
116. *Frankenburg F. R., Zanarini M. C.* Divalproex sodium treatment of women with borderline personality disorder and bipolar II disorder. A double-blind placebo-controlled pilot study // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2002. – Vol. 63. – P. 442–446.

117. *Freud S.* (1933) New introductory lectures on psychoanalysis // Standard edition. – V. 22. – London: Hogarth, 1965. – P. 1—182.
118. *Friedland M. L.* The case of valentine shortis yesterday and today // *Can. J. of Psychiatry.* – 1991. – Vol. 36, № 3. – P. 159—166.
119. *Fromm E.* Man for Himself: An Inquiry into the Psychology of Ethics. – New York, 1947. – 167 p.
120. *Gacono C. B., Meloy J. R.* The Rorschach and DSM-III-R antisocial personality // *J. of clinical psychology.* – 1992. – Vol. 48, № 3. – P. 393—406.
121. *Hamilton J. R.* Diminished responsibility // *British J. of Psychiatry.* – 1981. – Vol. 138, № 5. – P. 434—436.
122. *Hollander E., Tracy K. A., Swann A. C. et al.* Divalproex in the treatment of impulsive aggression: efficacy in Cluster B personality disorders // *Neuropsychopharmacology.* – 2003. – Vol. 28. – P. 1186—1197.
123. *Holmes C. A.* Psychopathic disorder: a category mistake? // *Journal of medical ethics.* – 1991. – Vol. 17, № 2. – P. 77—85.
124. *Horney K.* New ways in psychoanalysis. – New York: W. W. Norton & Co., 1939.
125. *Jung C. G.* Analytical psychology, its theory and practice. – New York: Pantheon, 1968.
126. *Kahn E.* Die Psychopathischen Persönlichkeiten // *Handbuch der Geisteskrankheiten.* – Berlin. O. Bumke, 1928. – 5, Spez. T. I. – P. 427—478.
127. *Kalliopuska M.* Hostility of asocial youth as measured by TAT and Rorschach // *Perceptual & Motor Skills.* – 1992. – Vol. 74, № 2. – P. 563—566.
128. *Kraepelin E.* *Psychiatrie.* – IX Auflage. Bd. – Berlin, 1927.
129. *Kreitman N.* *Parasuicide.* – London: John Willy, 1967.
130. *Leonhard K.* *Akzentuierte Persönlichkeiten.* –2, uberarb. Aufl. – Berlin: Volk und Gesundheit, 1976. – 328 p.
131. *Links P. S., Steiner M., Boiago I. et al.* Lithium therapy for borderline patients: preliminary findings // *Journal of Personality Disorders.* – 1990. – Vol. 4. – P. 173—181.
132. *Livesley W. J.* Theoretical and empirical issues in the selection of criteria to diagnose personality disorders // *J. of Personality Disorders.* – 1987. – № I. – P. 88—95.

133. *Mackay I.* Psychopathic disorder: a category mistake? A legal response to Colin Holmes // *Journal of medical ethics.* – 1991. – Vol. 17, № 2. – P. 86—88.
134. *McDonald D. A., Nussbaum D. S., Bagby R. M.* Reliability, validity and utility of the FIT // *Can. J. of Psychiatry.* – 1991. – Vol. 36, № 7. – P. 480—484.
135. *Millon T.* Modern psychopathology: A biosocial approach to maladaptive learning and functioning. – Philadelphia, 1969. – 681 p.
136. *Millon T., Davis R. D.* Disorders of personality: DSM-IV and beyond. – New York: Wiley, 1996. – 818 p.
137. *Narud K., Mykletun A., Dahl A. A.* Quality of life in patients with personality disorders seen at an ordinary psychiatric outpatient clinic // *BMC Psychiatry* 2005. – 5:10. doi:10.1186/1471-244X-5-10. Url: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/5/10>
138. *North C. S., Smith E. M., Spitznagel E. L.* Is antisocial personality a valid diagnosis among the homeless? // *Am. J. of Psychiatry.* – 1993. – Vol. 150, № 4. – P. 578—583.
139. *Perinpanayagam M. S., Haig R. A.* Use of depot tranquilizers in disturbed adolescent girls // *Br. Med. J.* – 1977. – № 1. – P. 835–836.
140. *Prichard J. C.* A Treatise on Insanity. London. – Sherwood: Gilbert and Piper, – 1835. – XVI. – 483 p.
141. *Reich J., Boerstler H., Yates W., Nduaguba M.* Utilization of medical resources in persons with DSM-III personality disorders in a community sample // *Int. J. Psychiatry Med.* – 1989. – Vol. 19, № 1. – P. 1—9.
142. *Reise S. P., Oliver C. J.* Development of a California Q-SET indicator of primary psychopathy // *J. of Personality Assessment.* – 1994. – Vol. 62, № 1. – P. 130—144.
143. *Salzman C., Wolfson A. N., Schatzberg A. et al.* Effect of fluoxetine on anger in symptomatic volunteers with borderline personality disorder // *Journal of Clinical Psychopharmacology.* – 1995. – № 15. – P. 23–29.
144. *Sass H., Herpertz S., Houben I.* Personality disorders: conceptual issues and responsibility // *Jap. Journal of psychiatry and neurology.* – 1994. – Vol. 48, Suppl. 1. –P. 5—17.
145. *Schneider K.* Die psychopathischen Persönlichkeiten. – Wien, 1940. – 302 S.
146. *Simonian S. J., Tarnowski K. J., Gibbs J. C.* Social skills and antisocial conduct of delinquents // *Child Psychiatry & Human Development.* – 1991. – Vol. 22, № 1. – P. 17—27.

147. *Simonsen E., Ronningstam E., Millon T.* A synopsis of the WPA Educational Program on Personality Disorders. *World Psychiatry*. – 2008. – № 7. – P. 119—125.
148. *Sutker P. B.* Psychopathy: traditional and clinical antisocial concepts // *Progress in experimental personality and psychopathology research*. – 1994. – P. 73—120.
149. *Swanson M. C., Bland R. C., Newman S. C.* Epidemiology of psychiatric disorders of Edmonton: antisocial personality disorders // *Acta psychiatrica scandinavica*. – 1994. – Suppl. 376. – P. 63—70.
150. *Torgersen S.* Behavioral genetics of personality // *Curr. Psychiatry Rep.* – 2005. – Vol. 7, № 1. – P. 51—57.
151. *Tyrer S. P., Walsh A., Edwards D. E. et al.* Factors associated with a good response to lithium in aggressive mentally handicapped subjects // *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*. – 1984. – № 8. – P. 751–755.
152. *Walker C., Thomas J., Allen T. S.* Treating impulsivity, irritability, and aggression of antisocial personality disorder with quetiapine // *International Journal of Offender Therapy*. – 2003. – № 47. – P. 556–567.
153. *Widiger T. A., Simonsen E.* Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground // *J. Pers. Disord.* – 2005. – № 196. – P. 110—140.
154. *Widiger T. A.* Dimensional models of personality disorder // *World Psychiatry*. – 2007. – № 6. – P. 79—83.
155. *Wierzbicki M., Howard B. J.* The differential responding of male prisoners to subtle and obvious MCMI subscales // *J. of personality assessment* – 1992. – Vol. 58, № 1. – P. 115—126.
156. World Health Organization. International classification of mental and behavioral disorders – 10th edition (ICD-10). – Geneva: World Health Organization, 1992.
157. *Zimmerman M., Coryell W.* DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample. Demographic correlates and comorbidity // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1989. – Vol. 46, № 8. – P. 682—691.
158. *Zimmerman M., Rothschild L., Chelminski I.* The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients // *Am. J. Psychiatry*. – 2005. – Vol. 162. – P. 1911—1918.
159. *Zullino D. F., Haefliger Q. P., Stigler M.* Olanzapine improves social dysfunction in cluster B personality disorder // *Human Psychopharmacology*. – 2002. – Vol. 17. – P. 247–251.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Список сокращений.....	
Глава 1. РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ: КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ (обзор литературы)	6
1.1. История изучения расстройств личности.....	6
1.2. Современное состояние проблемы.....	13
1.3. Лечение и реабилитация пациентов с расстройствами личности.....	17
1.4. Социальные аспекты расстройств личности.....	19
1.5. Расстройства личности и военная служба.....	21
Глава 2. СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИЗЫВНИКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ, ПРОШЕДШИХ СТАЦИОНАРНУЮ ВОЕННО-ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ ЭКСПЕРТИЗУ В 1998 И 2003 ГГ.)	30
2.1. Клинические варианты расстройств личности, выявленные у призывников в 1998 и 2003 гг. во время проведения стационарной военно-психиатрической экспертизы.....	30
2.1.1. Клинические варианты расстройств личности, выявленные у призывников из городской и сельской местности в 1998 и 2003 гг. во время стационарной военно-психиатрической экспертизы.....	37
2.2. Особенности диагностики психопатий (расстройств личности) у призывников во время стационарной военно-психиатрической экспертизы.....	40
2.2.1. Особенности диагностики психопатий (расстройств личности) у призывников 1998 г. во время стационарной военно-психиатрической экспертизы.....	40
2.2.2. Особенности диагностики психопатий (расстройств личности) у призывников 2003 г. во время стационарной военно-психиатрической экспертизы.....	45
2.2.3. Сравнительный анализ диагностики психопатий (расстройств личности) у призывников 1998 и 2003 гг.....	

Глава 3. СРАВНИТЕЛЬНАЯ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИЗЫВНИКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ, ПРОШЕДШИХ ВОЕННО-ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ ЭКСПЕРТИЗУ В 1998 И 2003 ГГ.	58
Глава 4. КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИЗЫВНИКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ, ПРОШЕДШИХ ВОЕННО-ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ ЭКСПЕРТИЗУ В 1998 И 2003 ГГ.	82
4.1. Результаты катamnестического изучения призывников с расстройствами личности (психопатиями), прошедших военно-психиатрическую экспертизу в 1998 г.	82
4.2. Результаты катamnестического изучения призывников с расстройствами личности (психопатиями), прошедших военно-психиатрическую экспертизу в 2003 г.	94
4.3. Сравнительный анализ результатов катamnестического изучения призывников с расстройствами личности (психопатиями), прошедших военно-психиатрическую экспертизу в 1998 и 2003 гг.	111
Заключение	114
Литература	121

Научно-практическое издание

**Бухаров Василий Геннадьевич
Семи́н Игорь Рэмович**

**РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ
У ПРИЗЫВНИКОВ**
(клинико-катамнестическое исследование)

Редактор И. А. Зеленская
Оригинал-макет О.В. Коломийцева
Ответственный за выпуск Е.М. Харитонова

Издательство СибГМУ
634050, г. Томск, пр. Ленина, 107
тел. 8(382-2) 51-41-53
факс. 8(382-2) 51-53-15
E-mail: bulletin@bulletin.tomsk.ru

Подписано в печать 8.12.2015 г.
Формат 60x84 $\frac{1}{16}$. Бумага офсетная.
Печать оперативная. Гарнитура «Times».
Печ. лист 8,43. Уч. изд. л. 6,6
Тираж 500 экз. Заказ №

Отпечатано в Издательстве СибГМУ
634050, Томск, ул. Московский тракт, 2