

ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЭМОЦИОНАЛЬНО НЕУСТОЙЧИВОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ У ПРИЗЫВНИКОВ, ПРИЗНАННЫХ НЕГОДНЫМИ ИЛИ ОГРАНИЧЕННО ГОДНЫМИ К НЕСЕНИЮ ВОЕННОЙ СЛУЖБЫ ПО ПРИЗЫВУ

О.В. Лисаускене

ГБУЗ ЯО «Ярославская областная клиническая психиатрическая больница»

Психическое здоровье военнослужащих является отражением здоровья нации. В настоящее время отмечаются высокие показатели пограничной патологии, поведенческих нарушений, стресс-обусловленных расстройств, различных видов зависимости [12]. Расстройства личности занимают лидирующие места по распространенности среди призывного контингента и военнослужащих [9, 11]. В структуре пограничных психических расстройств, послуживших причиной освобождения от срочной службы в армии и комиссованных из ее рядов, эмоционально неустойчивое расстройство личности занимает, по мнению [5, 14], ведущее место. Исследование клинической типологии и коморбидности расстройств личности с первичной диагностикой в призывном возрасте также показало, что в их структуре преобладают расстройства личности эмоционально-лабильного круга (43,1%) [10].

При изучении формирования эмоционально неустойчивого расстройства личности имели место следующие факторы: наследственная отягощенность психическими заболеваниями, акцентуированный преморбид, неправильные методы воспитания. При катamnестическом изучении расстройств личности у призывного контингента [2] отмечали рост числа призывников с расстройствами личности, а эмоционально неустойчивое при этом доминировало. При данном расстройстве велик риск суицидального поведения (более 70%) [6]. Это подчеркивают и зарубежные авторы. Пациенты с эмоционально неустойчивым расстройством личности составляют от 9 до 33% от всех суицидов [15]. Другие исследователи указывали, что кроме суицидального у лиц с эмоционально неустойчивым расстройством наблюдалось аддиктивное поведение в виде злоупотребления алкоголем и различными видами ПАВ [3]. Некоторые авторы [1, 13] констатировали тяжелое течение алкогольной зависимости с высокой степенью прогрес-

сирования, частыми алкогольными психозами, высокой суицидальной активностью.

Динамика сформировавшегося расстройства личности по эмоционально неустойчивому типу [4] имела три варианта: а) благоприятный, с определенным сглаживанием личностной дисгармоничности (статистически достоверно преобладал в юношеском возрасте); б) стационарный (преобладал в зрелом возрасте); в) неблагоприятный с нарастанием дисгармоничности. Возникновение благоприятной динамики личностного расстройства имело место у 24,1% обследованных; у 31,0% в течение жизни возникали состояния декомпенсаций, в связи с чем они получали стационарную или амбулаторную психиатрическую помощь. У остальных (44,8%) выявлено частое осложнение расстройства личности алкогольной или наркотической зависимостью и утяжеление динамики расстройств личности неустойчивого типа под влиянием присоединившихся аддикций, появление психотических форм реагирования, учащение противоправных действий, приводящих к судимости.

Изучая расстройства личности неустойчивого типа, выяснено [8], что социальная дезадаптация у таких пациентов проявляется с детства. Устойчивая компенсация, удовлетворительная и стойкая социальная адаптация наступает лишь в 12% случаев [7].

Цели и задачи исследования: проследить динамику эмоционально неустойчивого расстройства личности от момента призыва в течение 5 лет по прошествии призыва.

Материалы и методы

Исследование проводилось в два этапа. На первом этапе анализировались данные медицинской документации: архивные истории болезни и амбулаторные карты призывников, проходивших медицинское освидетельствование в условиях подросткового

отделения ГБУЗ ЯО ЯОКПБ, сведения от близких родственников, амбулаторные карты общесоматических поликлиник, школьные и производственные характеристики. Все обследованные были признаны негодными или ограниченно годными к несению срочной военной службы в связи с эмоционально неустойчивым расстройством личности в соответствии с Приказом МО 1987 №260 и 1995 №315.

Обследовано 67 призывников в возрасте $18,04 \pm 1,02$ лет. Оценивался психический статус, выраженность психических расстройств, качество социальной адаптации, дополнительно изучались результаты экспериментально-психологического исследования призывников, где оценивались различные личностные особенности пациента, память, внимание, логическое мышление, способность к обобщению, особенности эмоционально-волевой сферы. Кроме того, на первом этапе заполнялась «Анкета анамnestического исследования призывника», включающая анамnestические сведения о преморбидных факторах риска развития эмоционально неустойчивого расстройства личности, феноменологическую и уровневую оценку психического состояния, характеристики социального функционирования, материальное положение, формы воспитания. Приведен факторный анализ выявленных показателей с целью установления устойчивых симптомосочетаний, в отношении которых должно быть направлено терапевтическое воздействие.

На втором этапе проведено клинико-катамnestическое (в течение 5 лет) обследование больных, признанных ранее негодными или ограниченно годными к несению военной службы по призыву. Сведения заносились в «Анкету катамnestического исследования призывника» [7]. Проводилось клиническое сравнение первого и последующих (спустя 2, 3, 4 и 5 лет) исследований, а также результатов факторного анализа с целью выявления наиболее устойчивых связей, формирующих устойчивое патологическое состояние – эмоционально неустойчивое расстройство личности.

Результаты

Первый этап. В соответствии с психопатологической картиной расстройства, пациенты с эмоционально неустойчивым расстройством личности были разделены на две группы: импульсивный – 43 человека (64,18%) и пограничный – 24 (35,82%).

У пациентов первой группы отмечалась повышенная раздражительность, вспыльчивость, импульсивность, доходящая до приступов неудержимой ярости, злобность, мстительность, вязкость и демонстративность аффективных реакций. Реакции были опасны для окружающих, не учитывались последствия. Пациенты были склонны к «самовзвинчиванию» в сложных ситуациях, а также к самопопустительству в виде полного нежелания сдерживать свою агрессию, крики. Решающим для образа жизни

являлись инстинкты, влечения, неконтролируемые побуждения. Им были свойственны колебания настроения с преобладанием угрюмо-злобного фона. При этом аффективные колебания, как и разряды эмоций, обычно были связаны с внешними причинами, хотя поводы для раздражения могли быть незначительными. Повседневные обыденные неприятности воспринимались ими с оттенком несчастья, приводили к эмоциональному напряжению. Пациенты не переносили возражений, были нетерпеливы. В спорах не выслушивали чужого мнения, не соглашались с ним. Часто во время конфликтов были убеждены в своей значимости, им казалось, что окружающие предвзято к ним относятся из зависти. Они проявляли эгоистичность, не считались с интересами других, были неуживчивы, в общении с ровесниками претендовали на лидерство, пытались командовать, устанавливать свои порядки.

Для второй группы были характерны крайняя нестабильность самооценки, поведения, аффекта, повышенная впечатлительность, аффективная лабильность, живость воображения, «подвижность» когнитивных процессов, крайняя чувствительность к препятствиям на пути к самореализации. Реакции на тривиальные события могли приобретать демонстративный, гиперболизированный характер. Эмоциональная декомпенсация могла приводить к социальной дезадаптации, саморазрушающему поведению (демонстративные, но порой серьезные суицидальные попытки). Затруднения в сфере интерперсональных отношений воспринимались обостренно. Межличностные отношения носили неупорядоченный характер. Они были склонны игнорировать школьные порядки, плохо успевали. Для них была характерна лабильность самооценки, изменчивость представлений о собственной личности и окружающей действительности. Они были не способны противостоять мнению окружающих, внушаемы, легко перенимали неодобряемые обществом формы поведения (алкоголизация, наркотизация, правонарушения).

Общими для обеих групп являлись жалобы на вспыльчивость, раздражительность, неустойчивый сон, головные боли давящего характера, редкие головокружения, утомляемость, колебания настроения, суицидальные мысли.

Согласно данным анкеты, отражающей анамnestическое обследование призывников, выявлено: большинство из них городские жители (65 чел., 97,01%), русские 60 (89; 55,00%), из неполной (52; 77,61%) или деформированной семьи (9; 13,43%) с удовлетворительными доходами (35; 52,24%) или доходами ниже среднего (23; 34,33%), холостые (64; 95,52%), с наследственной отягощенностью алкоголизмом (46; 68,66%) или другими психическими заболеваниями (5; 7,46%). У 45 (67,16%) матерей призывников патологии беременности и родов не выявлено, только у 22 (32,84%) имела место патология беременности

и родов. У большинства призывников (51; 76,12%) серьезных заболеваний в детском возрасте не выявлено, у 16 (23,88%) в детском возрасте – транзиторное тикозное расстройство, смешанное расстройство поведения и эмоций.

Двенадцать призывников (17,91%) окончили 8 классов вечерней средней школы, 13 (19,40%) – 9 классов вечерней средней школы, 5 (7,46%) – 11 классов вечерней средней школы, 6 (8,96%) – 11 классов средней образовательной школы. 8 (11,94%) обследованных завершили обучение в профессиональном училище, 5 (7,46%) продолжают обучение, 6 (8,96%) отчислены из училища из-за неуспеваемости. 3 призывников (4,47%) учатся в техникуме, 5 (7,46%) отчислены из него за нарушение учебной дисциплины. 2 (2,99%) продолжают обучение в колледже, и только 2 – в вузе (2,99%).

Шестьдесят один (91,04%) призывник не имел постоянного места работы на момент призыва на военную службу, 6 (8,96%) были заняты низкоквалифицированным трудом (грузчик, разнорабочий), постоянно из-за конфликтов, нарушения трудовой дисциплины меняли места работы (не задерживались на одном рабочем месте более 6 мес.).

На момент призыва 47 призывников (70,15%) эпизодически употребляли алкоголь и курили. У 20 (29,85%) были выявлены признаки злоупотребления алкоголем (без формирования четкой зависимости) и курение, из них у 9 (45,00%) алкоголь сочетался с другими ПАВ, принимаемыми эпизодически: марихуана, пары летучих веществ.

В большинстве случаев имели место выраженные нарушения поведения: 51 призывник (76,12%) состояли на учете в детской комнате милиции и имели неоднократные приводы в полицию за кражи, нахождение в общественных местах в состоянии алкогольного опьянения, хулиганские действия, 5 (7,46%) осуждены за грабеж, угон мотоцикла (условные сроки), 2 (2,99%) наносили самопорезы на предплечье (объяснить данный поступок не могли). У 9 (13,43%) отмечались неоднократные нарушения учебной и трудовой дисциплины.

Большинство призывников – 61 (91,04%) воспитывалось в условиях гипоопеки. Имели место материнская депривация, оскорбления, применение физического насилия.

Таким образом, у подростков на момент призыва в армию выявлены множественные причины и следствия этих причин, повлекшие за собой снижение социальной адаптации, невозможность или ограниченную возможность службы в армии.

На втором этапе исследования (катамнез) были шесть человек (9,84%) в связи со сменой места жительства, невозможностью получить данные. Средний возраст составлял $22,05 \pm 1,02$. Спустя пять лет после призыва, жалоб не предъявляли 51 (83,61%) человек из данной группы. Десять (16,39%) жаловались на вспыльчивость, раздражительность, неустой-

чивый сон, головные боли, утомляемость. Национальность и место жительства никто не изменял. Четверо (6,56%) проживали в гражданском браке, большинство (57; 93,44%) оставались холостыми. Материальное положение сохранялось, в основном, на прежнем уровне: 9 (14,75%) – благополучное, у 25 (40,98%) – удовлетворительное, у 27 (44,26%) – доходы в семье ниже среднего. При изучении наследственной отягощенности по психическим заболеваниям в семье оказалось, что у 10 (16,39%) призывников наследственной отягощенности выявить не удалось, у 46 (75,41%) была определена наследственная отягощенность по алкоголизму одного или обоих родителей, у 5 (8,19%) по другим психическим заболеваниям. Из обследования выбыли призывники с неотягощенной наследственностью.

Были изучены болезни, перенесенные за катamnестический период: у 52 призывников (85,25%) серьезных заболеваний не выявлено, 9 (14,75%) перенесли ЗЧМТ (сотрясение головного мозга).

На момент катamnестического обследования девять призывников (14,75%) окончили 8 классов вечерней средней школы, 10 (16,39%) – 9 классов вечерней средней школы, 5 (8,20%) – 11 классов вечерней средней школы, 6 (9,84%) – 11 классов средней образовательной школы. Пятнадцать (24,59%) смогли получить специальность в профессиональном училище, 6 (9,84%) были отчислены из училища из-за неуспеваемости. Трое призывников (4,92%) завершили образование в техникуме, 5 (8,20%) отчислены из него за нарушение учебной дисциплины. Только двое получили высшее образование (3,28%).

Через 5 лет после призыва 13 человек (21,31%) имели постоянное место работы по специальности, занимали должность более 6 месяцев. Пятнадцать (24,59%) были заняты низкоквалифицированным трудом (грузчик, разнорабочий), постоянно из-за конфликтов меняли места работы (не задерживались на одном рабочем месте более 6 мес.), 33 (55,74%) вели праздный образ жизни. Следовательно, только 21,3% бывших призывников смогли устойчиво работать и сохранять в какой-то степени устойчивый социальный статус.

Несколько меньшее количество бывших призывников (33; 54,10%) эпизодически употребляли алкоголь и курили, но увеличилось количество случаев (28; 45,90%) злоупотребления алкоголем, курения, из них 6 (21,43%) эпизодически курили каннабиоиды, 4 (14,29%) – вдыхали пары летучих веществ и курили каннабиоиды.

У 13 обследованных (21,31%) выраженных нарушений поведения за катamnестический период не отмечалось, что не было характерным во время призыва. У 10 бывших призывников (16,39%) по-прежнему имели место нарушения трудовой дисциплины (постоянные конфликты, прогулы без уважительной причины). У 38 (62,30%) были зафик-

сированы неоднократные приводы в милицию за кражи, нахождение в общественных местах в состоянии алкогольного опьянения, хулиганские действия, из них шестеро (9,84%) были осуждены за кражу (условный срок). То есть у 78,69% наблюдалось дальнейшее снижение социальной адаптации.

За истекший катamnестический период сглаживания типов эмоционально неустойчивого расстройства личности не произошло. Для большей части первой подгруппы (импульсивный тип) в клинической картине продолжали преобладать повышенная раздражительность, вспыльчивость, возбудимость в сочетании со взрывчатостью, злобностью, мстительностью, вязкостью и демонстративностью аффективных реакций; импульсивность, действия без учета последствий (28; 45,90%). По-прежнему решающими оставались инстинкты, влечения, неконтролируемые побуждения (31; 50,82%), порой опасные поступки (20; 32,77%).

Колебания настроения с преобладанием угрюмо-злобного фона с бурными взрывами эмоций, не связанными с внешними причинами, пессимистическая оценка обыденных неприятностей были характерны для 27 бывших призывников (44,26%), незаинтересованность в учебе или работе, неспособность к длительной целенаправленной деятельности для 32 (52,46%).

Для второй подгруппы (пограничный тип) оставались характерными нестабильность самооценки, поведения, аффекта (20 чел.; 32,79%); повышенная впечатлительность, аффективная лабильность, живость воображения, «подвижность» когнитивных процессов, крайняя чувствительность к препятствиям на пути к самореализации (23; 37,70%); затруднения в сфере интерперсональных отношений, неупорядоченный их характер (24; 39,34%). Отмечались неодобряемые обществом формы поведения (алкоголизация, наркотизация, правонарушения) – 22 человека (36,06%).

Таким образом, спустя пять лет, согласно клиническому анализу и «анкете катamnестического исследования призывника» в большинстве случаев выявлено продолжающееся снижение социальной адаптации, увеличение количества пациентов, употребляющих алкоголь и другие ПАВ, снижение критической оценки своего состояния без сглаживания типов клинической картины. То есть у большинства (78,69%) имел место прогрессирующий тип течения расстройства со снижением социальной адаптации.

Учитывая многофакторность эмоционально-неустойчивого расстройства личности, была сделана попытка методом главных компонент (факторов) с ротацией фактора выделить устойчивые патологические связи симптомов, на которые должно быть направлено терапевтическое воздействие (медикаментозное, психолого-коррекционное, реабилитационное и пр.) с целью расшатывания этих связей,

что должно приводить к улучшению клинического состояния и социальной адаптации.

На момент призыва первый фактор объяснял 33,12% от полной дисперсии и включал в себя следующие взаимосвязанные симптомы: невысокий уровень интеллекта, элементы инертности и импульсивности в способах действия, черты эмоционально-волевой неустойчивости, ослабление аффективно-волевой регуляции, трудности конструктивного взаимодействия при отсутствии незрелости, зависимости от окружающих, тревожности.

Второй фактор (15,62% от полной дисперсии) объединил гипопеку в детстве, патологию беременности и родов у матери, нарушения поведения (нарушения учебной и трудовой дисциплины, постоянные конфликты в учебных заведениях, прогулы занятий без уважительной причины, участие в драках, неоднократные приводы в полицию за кражи, нахождение в общественных местах в состоянии алкогольного опьянения, хулиганские действия, кражи).

Третий фактор (9,67%) отражал неблагоприятные материальные условия.

Четвертый фактор (6,88%) объединял жалобы на раздражительность, вспыльчивость, неустойчивый сон, головные боли, утомляемость, колебания настроения.

Пятый фактор (6,38%) включал в себя наследственную отягощенность по психической патологии.

Всего пять факторов объясняли 71,68% полной дисперсии.

Первый фактор (32,84%) на втором году катamnеза полностью дублировал первый фактор при первоначальном обследовании и включал в себя: невысокий интеллект, элементы инертности и импульсивности в способах действия, черты эмоционально-волевой неустойчивости, ослабление аффективно-волевой регуляции, трудности конструктивного взаимодействия при отсутствии незрелости, зависимости от окружающих, тревожности.

Второй фактор (15,25%) включал нарушения поведения. В состав третьего фактора (8,29%) входило отсутствие постоянного места работы, низкоквалифицированный труд. Четвертый фактор (6,95%) совпадал с четвертым фактором при первом исследовании (правда с обратным знаком): отсутствие жалоб на раздражительность, вспыльчивость, неустойчивый сон, головные боли, утомляемость, колебания настроения. Пятый фактор (6,65%) включал неудовлетворительные материальные условия.

Всего пять факторов объясняли 69,98% полной дисперсии на второй год катamnестического исследования (71,68% при первом обследовании).

На третьем году первый фактор (29,75%) дублировал первый фактор при первоначальном обследовании и при катamnезе через два года, но при ослаблении связи с недостаточным интеллектом. Второй фактор (14,45%) включал гипопеку в детстве, патологию беременности, родов у матери и низкий

уровень образования. Третий фактор (8,58%) – ослабление памяти, сообразительности, снижение эмоционально-волевых процессов.

Четвертый фактор (7,08%) включал в себя отсутствие жалоб на раздражительность, вспыльчивость, неустойчивый сон, головные боли, утомляемость, колебания настроения, что полностью дублирует четвертый фактор исследования второго года катанеза. Пятый фактор (6,27%) – наследственная отягощенность, отсутствие постоянного места работы.

Всего на третьем году пять факторов объясняли 66,13% полной дисперсии, против 71,86% и 69,98% соответственно за прошлые годы.

Первый фактор на четвертом году объяснял 27,03% от полной дисперсии и полностью дублировал первый фактор предыдущего года. Второй фактор (17,01%) полностью дублировал второй фактор третьего года. Третий фактор (10,09%) – неблагоприятные материальные условия – дублировал третий фактор при первоначальном исследовании. Четвертый фактор (7,01%) – отягощенная по психопатологии наследственность – дублировал пятый фактор при первоначальном исследовании.

Пятый фактор (6,45%) включал в себя вновь появившиеся у небольшой части пациентов жалобы на раздражительность, вспыльчивость, неустойчивый сон, головные боли, утомляемость, колебания настроения как было зарегистрировано при исследовании до призыва (примерно в таком же проценте случаев).

Всего на четвертом году пять факторов объясняли 67,60% полной дисперсии.

Первый фактор на пятом году (27,43%) дублировал первый фактор третьего и четвертого годов. Второй фактор (16,50%) также дублировал второй фактор третьего и четвертого годов. Третий фактор (9,26%) дублировал пятый фактор 4 года с вновь появившимися жалобами на раздражительность, вспыльчивость, неустойчивый сон, головные боли, утомляемость, колебания настроения. Четвертый фактор (7,01%) – неблагоприятные материальные условия – дублировал третий фактор во время призыва и на четвертом году катанеза. Пятый фактор (6,07%) – перенесенные заболевания (ЧМТ) – становится самостоятельным.

В целом пять факторов, которые были установлены через пять лет катанеза, объясняли 66,26% полной дисперсии.

Таким образом, факторный анализ определил «жесткое звено» симптомов эмоционально неустой-

чивого расстройства личности призывников, которое стабильно проходит через все обследования (во время призыва, через 2, 3, 4, 5 лет катанеза) и воздействием на которое можно более радикально расшатать систему: невысокий интеллект, элементы инертности и импульсивности в способах действия, черты эмоционально-волевой неустойчивости, ослабление аффективно-волевой регуляции, трудности конструктивного взаимодействия при отсутствии незрелости, зависимости от окружающих, тревожности. Установлены «гибкие» звенья, воздействуя на которые устойчивое патологическое состояние можно устранить более постепенно, но менее качественно, так как устраняя одну взаимосвязь симптомов, появляется другая зачастую с меньшим количеством наблюдений от полной дисперсии.

Выводы

1. В результате оценки психического статуса призывников, анализа анамнестических и клинических особенностей эмоционально неустойчивых личностных расстройств, повлиявшие на признание их негодными или ограниченно годными к несению военной службы по призыву, установлены два типа данного расстройства личности: импульсивный и пограничный.

2. При катанестическом исследовании в течение дальнейших пяти лет наблюдалось (без сглаживания типов) усложнение клинической картины заболевания с увеличением количества пациентов, употребляющих алкоголь и другие ПАВ, продолжающееся снижение социальной адаптации.

3. Факторный анализ позволил выявить «жесткое звено» системной организации клинических симптомов при эмоционально неустойчивом расстройстве личности, которое стабильно дублируется при всех обследованиях (во время призыва и катанеза в течение 5 лет). Именно на него в первую очередь должны быть направлены психофармакологические, психотерапевтические, реабилитационные мероприятия, чтобы избежать усложнения клинической картины заболевания и снижения социального статуса.

4. В «гибких звеньях» системной организации симптомов сочетания не имеют устойчивого характера, не включают в себя симптомы «жесткого звена», объясняет меньший процент полной дисперсии и способны расшатать устойчивые патологические состояния менее радикально.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башкинова Н.В., Ефимова А.Д., Попкова К.В. Алкогольная зависимость на фоне пограничного расстройства // Здравоохранение Югры: опыт и инновации. 2018. № 2. С. 52–54.
2. Бухаров В.Г., Семин И.Р. Сравнительный анализ диагностики расстройств личности (психопатий) у призывников 1998 и 2003гг. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2014. № 4. С. 27.
3. Бохан Н.А., Приленский Б.Ю., Уманская П.С. Суицидальное поведение больных в практике врача-психиатра нарколога // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2014. № 1. С.10–14.
4. Кононенко О.Ю. Клинико-психопатологические особенности расстройств личности по неустойчивому типу (возрастной аспект): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук, СПб, 2009. 27 с.
5. Куликов В.В., Русанов С.Н. Психическое здоровье лиц призывного возраста // Военно-медицинский журнал. 2007. № 2. С. 8–12.

6. Мыльникова Ю.А. Клинические и социально-психологические предикторы аутоагрессивного поведения лиц допризывного и призывного возраста: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук, Москва, 2016. 24 с.
7. Нечипоренко В.В., Шелепова Е.В. Значимость психотравмирующих факторов в развитии пограничных психических расстройств у военнослужащих срочной службы // Воен. мед. журн. 1995. № 1. С. 57.
8. Сгибов В.Н., Кононенко О.Ю., Ялдыгина А.С. Социально-демографические аспекты расстройств личности неустойчивого типа и вопросы психологической коррекции. Пенза: ГОУ ДПО Пензенский институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, 2007.
9. Ситчихин П.В., Беличенко В.В. Структура психических расстройств у призывного контингента в г. Краснодаре // Кубанский медицинский вестник. 2014. № 4. С. 103–105.
10. Черняк Н.Б. Клиническая и социальная динамика расстройств личности с первичной диагностикой в призывном возрасте (по данным 10-ти летнего клинико-катamnестического исследования): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Томск, 2008. 24 с.
11. Шамрей В.К., Евдокимов В.И., Григорьев С.Г., Сивашенко П.П., Лобачев А.В. Обобщенные показатели психических расстройств у личного состава вооруженных сил России (2003–2016) // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2017. № 2. С. 50–65.
12. Шамрей В.К., Марченко А.А., Курасов Е.С., Лобачев А.В., Тарумов Д.А., Баурова Н.Н. Перспективы объективного мониторинга и прогноза психического здоровья военнослужащих // Доктор РУ. 2018. № 1. С. 27–33.
13. Шитов Е.А., Меринов А.В., Федотов И.А. Клиническая и суицидологическая характеристика больных алкогольной зависимостью с сопутствующими пограничными расстройствами личности // Российский медико-биологический вестник им. академика А.П.Павлова. 2015. № 4. С. 87–90.
14. Яценко К.О. Эмоционально неустойчивое расстройство личности у военнослужащих по призыву (клинико-динамический аспект): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Томск, 2014. 28 с.
15. Kaess M., Brunner R. et al. Borderline Personality Disorder in Adolescence // Pediatrics. 2014. Vol.134. P.782–793.

ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЭМОЦИОНАЛЬНО НЕУСТОЙЧИВОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ У ПРИЗЫВНИКОВ, ПРИЗНАННЫХ НЕГОДНЫМИ ИЛИ ОГРАНИЧЕННО ГОДНЫМИ К НЕСЕНИЮ ВОЕННОЙ СЛУЖБЫ ПО ПРИЗЫВУ

О.В. Лисаускене

Обследовано 67 призывников с эмоционально неустойчивым расстройством личности, признанных негодными или ограниченно годными к несению военной службы по призыву. В течение дальнейших 5 лет проведено клинико-катamnестическое наблюдение. Выделено два вида данного расстройства: импульсивный и пограничный. Сглаживания данных типов по прошествии катamnестического периода не произошло. Факторный анализ определил наиболее устойчивое сочетание симптомов «жесткое» звено: невысокий уровень интеллекта, элементы инертности и импульсивности в способах действия, черты эмоционально-волевой неустойчивости, ослабление аффективно-волевой регуляции, трудности конструктивного взаимодействия, сочетания, на которые должна быть направлена терапия, чтобы более радикально расшатать устойчивую патологическую систему клинических проявлений расстройства. Установлены «гибкие» звенья системы: наследственная отягощенность по психической патологии, воспитание по типу гипоопеки, неблагоприятные материальные

условия, нарушения поведения, ослабление памяти, внимания, сообразительности, отсутствие постоянного места работы, воздействуя на которые устойчивое патологическое состояние можно пытаться устранить более постепенно. Проведенное исследование указывает на необходимость дальнейшего наблюдения, более радикальных мер (терапевтических, психокоррекционных, социально-реабилитационных) воздействия на психопатологию призывников, признанных негодными или ограниченно годными к несению военной службы по призыву, так как произошло усложнение психопатологической картины за счет присоединения аддикций, дальнейшего ухудшения социального функционирования.

Ключевые слова: эмоционально неустойчивое расстройство личности, служба по призыву, «жесткое» и «гибкое» звено клинического патологического процесса, усложнение психопатологической картины.

DYNAMICS OF THE CLINICAL PICTURE OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER IN CONSCRIPTS RECOGNIZED AS UNFIT OR LIMITED FIT FOR MILITARY SERVICE

O.V. Lisauskene

67 draftees with emotionally unstable personality disorders were examined and recognized as unfit or limitedly fit for military service on call. During the next 5 years, clinical follow-up control was carried out. There are two types of disorder impulsive and borderline. These types of disease are not smoothed out. Factor analysis determined the most stable «rigid» link: low intelligence, elements of inertia and impulsiveness in the way of action, traits of emotional instability, weakening of affective-volitional regulation, a combination of clinical symptoms to which therapy should be directed to weaken the stable pathological system of clinical manifestations of disorder more radically. «Flexible» links of the system: hereditary burden, pathological upbringing methods, poor material

conditions, violations of behavior, weakening of mental processes, lack of permanent job, are installed, working on which a stable pathological condition can be tried to eliminate more gradually, less qualitatively, since eliminating one relationship of symptoms, another appears, but with fewer observations from complete dispersion. The study indicates the need for further observation, more radical measures (therapeutic, psycho-correctional, social-rehabilitation) of impact on draftees recognized as unfit or limitedly fit for military service on call in order to avoid complications of psychopathology (addiction, deterioration of social functioning).

Key words: personality disorder, military service, «rigid» link and «flexible» link, complications of psychopathology.

Лисаускене Ольга Владимировна – врач-психиатр ГБУЗ ЯО «Ярославская областная клиническая психиатрическая больница»; e-mail: psichiatriaLisauskene@mail.ru