



**Российский производитель
диагностических тестов
для выявления наркотиков
в организме**

ФАКТОР-МЕД

Зарегистрированы
в Минздраве РФ

Телефон: (095) 956 7585
(многоканальный)
e-mail: Info@faktor.ru
www.faktor.ru

Рекомендованы к применению
Минздравом РФ,
НИИ Наркологии РФ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

МИНИСТЕРСТВО ОБОРОНЫ РФ

РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ (ПСИХОПАТИИ) В ПРАКТИКЕ ВОЕННО-ВРАЧЕБНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

(Методическое пособие
утверждено первым заместителем Министра здравоохранения РФ
и начальником Главного военно-медицинского управления
Министерства обороны РФ)

Издание 3-е
исправленное и дополненное

Настоящее издание вышущено при поддержке и участии фирмы «ФАКТОР-МЕД»,
ведущего производителя диагностических тестов.

Москва
2003

Методическое пособие подготовлено авторским коллективом в составе:

Куликов В.В. - доктор медицинских наук, профессор, генерал-майор медицинской службы, председатель ЦВВК МО РФ;

Шостакович Б.В. - заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела ГНЦСиСП им. В.П.Сербского;

Литвинцев С.В. - доктор медицинских наук, профессор, первый заместитель директора Национального научного центра наркологии Минздрава РФ, полковник медицинской службы в отставке;

Нечипоренко В.В. - доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии ВМедА, полковник медицинской службы в отставке;

Чернов О.Э. - доктор медицинских наук, полковник медицинской службы, начальник кафедры военно-медицинских экспертиз ГИУВ МО РФ;

Фадеев А.С. - кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы, начальник отдела экспертизы военнослужащих и военнообязанных ЦВВК МО РФ;

Пустовалов Л.В. - кандидат медицинских наук, полковник медицинской службы в отставке, врач-специалист III Центра судебно-медицинских и криминалистических экспертиз МО РФ.

Рецензенты:

Барденштейн Л.М. - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии Московского медицинского стоматологического института им. Н.А.Семашко.

Белинский А.В. - доктор медицинских наук, профессор, полковник медицинской службы, начальник психоневрологического центра 6 Центрального военного клинического госпиталя.

Расстройства личности у граждан, подлежащих призыву на военную службу, и военнослужащих является одной из наиболее актуальных проблем военной психиатрии, как в плане диагностики, так и в плане ее экспертной оценки.

Пособие предназначено для психиатров, неврологов, врачей других специальностей, а также слушателей Военно-медицинской академии и военно-медицинских институтов.

ВВЕДЕНИЕ

Специфическое расстройство личности (психопатия) по определению **Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10 пересмотра (МКБ-10)** – “это тяжелое нарушение характерологической конституции и поведенческих тенденций индивидуума, вовлекающее обычно несколько сфер личности и почти всегда сопровождающееся личностной и социальной дезинтеграцией”. При этом страдает преимущественно эмоционально-волевая сфера, при своеобразном аффективном мышлении, достаточном интеллекте, но снижении критических и прогностических функций. Следовательно, при психопатиях патологическими являются не отдельные черты характера, а весь психический склад, а имеющиеся патологические изменения устойчивы и выражены настолько значительно, что мешает адаптации личности к окружающей среде (Ганнушкин П.Б., 1933).

Психопатии являются важным разделом пограничной психиатрии, многие вопросы которой остаются спорными и до конца неразрешенными. Расплывчатость границ, нечеткость диагностических критериев, неоднозначность данных по различным контингентам обследуемых часто приводят к неудовлетворительному решению повседневных практических врачебно-экспертных и медико-социальных вопросов.

В целом, личностные аномалии составляют весьма существенную часть (около 40-50 %) пограничных нервно-психических расстройств (Сердюковская Г.Н., 1985; Ушаков Г.К., 1987) и занимают по распространенности второе место после неврозов. В зависимости от критериев диагностики психопатий, они выявляются у 5-15 % взрослого населения (Vaillant Y., 1980). Среди суицидентов выявляется около 25% психопатических лиц (Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., 1980), ими совершается от 20 до 40% всех суицидальных актов.

Катамнестическое изучение психопатий выявляет высокий процент ошибок при установлении этого диагноза (44%), гипердиагностику психопатий при проведении медицинского освидетельствования.

Таким образом, широкая распространенность расстройств личности в общей популяции населения и высокий процент ошибок при их диагностике обуславливают актуальность этой проблемы.

Традиционное мнение о психопатиях, как врожденных и неизменных аномалиях характера, породило и «пожизненный» диагноз, который определял врачебные, социальные и трудовые рекомендации даже спустя 10-15 лет устойчивой компенсации и адаптации (Смирнов В.К., 1983).

Хотя психопатические особенности личности сохраняются на протяжении многих лет, однако проявляются они в разные периоды жизни различно: от едва заметных признаков (латентные психопатии) до состояний, приближающихся к психотическим.

Широкий спектр личностной патологии и наметившийся патоморфоз классических форм психопатий в сторону уменьшения глубины их клинических проявлений и тяжести течения (Фелинская Н.И., 1979) затрудняют распознавание психопатий, ведут к случаям ошибочной диагностики. Все это требует компетентного отношения к диагностике и экспертизе психопатий, ибо в последние годы значительно возросла в обществе социальная значимость психиатрического диагноза.

Как полагал П.Б.Ганнушкин (1933), и что нашло свое подтверждение на практике, формирование психопатических личностей заканчивается в основном к 18-20-и годам. Однако после этого возраста (и особенно в пожилом периоде) может наступать компенсация психопатических проявлений, что позволяет этим лицам вести нормальную трудовую жизнь, производя при этом на окружающих впечатление вполне здоровых людей. Многолетние промежутки благополучного состояния даже у тяжелых психопатов многократно описывались в литературе.

В настоящее время наиболее распространены и актуальны так называемые динамические (неустойчивые) формы расстройств личности. В этой связи представляет практический интерес изучение психопатических проявлений в подростковом, юношеском и молодом возрасте, когда психопатические особенности чаще всего лишь формируются и весьма динамичны, изменчивы. Наиболее ярко психопатические особенности выявляются в возрасте 17-19 лет, при смене жизненного стереотипа и выходе в самостоятельную жизнь: поступлении на работу, учебу, призыве в армию. Накапливаются все больше фактов, указывающих на то, что установленный однажды в этом возрасте диагноз психопатии, в целом ряде случаев не подтверждается в последующей жизни индивидуума и, следовательно, не является в дальнейшем обоснованным.

Личностные расстройства отличаются от **изменений личности** по времени и характеру возникновения; они представляют собой онтогенетические состояния, которые появляются в детстве или подростковом возрасте и сохраняются в периоде зрелости. Они не являются вторичными по отношению к другому психическому расстройству или заболеванию мозга, хотя могут предшествовать другим расстройствам или сосуществовать с ними. **Изменения личности**, в отличие от них, приобретаются обычно во взрослой жизни вслед за тяжелым либо длительным состоянием, экстремальными средовыми депривациями, серьезными психическими расстройствами, заболеваниями или травмами мозга.

1. КЛАССИФИКАЦИЯ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ (ПСИХОПАТИЙ)

В настоящее время существуют различные классификации психопатий.

В отечественной психиатрии наиболее принято разделение психопатий на три группы по О.В.Кербикову (1962): 1) ядерные или конституциональные; 2) краевые или приобретенные; 3) органические, а также их деление, основанное на клинко-патофизиологических параметрах: возбудимые, тормозимые, истерические.

Не утратила своего значения и систематика психопатий П.Б.Ганнушкина (1933), в основу которой положен клинический принцип: циклоиды, астеники, шизоиды, параноики, эпилептоиды, истерические, неустойчивые, антисоциальные, конституционально-глупые. Б.В.Шостакович и В.Ф.Матвеев (1988) все многообразие психопатических групп рассматривают не в виде линейно расположенной последовательности, а как ряд связанных между собой форм в виде своеобразного кольца. В верхней его части расположены формы, тяготеющие к высокоэнергизированному аффективному, стеническому полюсу, в нижней - к тормозимому, низкоэнергетическому, астеническому.

Как показало изучение, при разработке группировок расстройств личности следует обязательно учитывать три ряда критериев: статический (форма психопатии), типологический (тип реагирования), динамический (компенсация-декомпенсация).

В МКБ-10 предусмотрены следующие диагностические критерии специфических расстройств личности:

а) заметная дисгармония в личностных позициях и поведении, вовлекающая обычно несколько сфер функционирования, например, аффективность, возбудимость, контроль побуждений, процессы восприятия и мышления, а также стиль отношения к другим людям; в разных культуральных условиях может оказаться необходимой разработка специальных критериев относительно социальных норм;

б) хронический характер аномального стиля поведения, возникшего давно и не ограничивающегося эпизодами психической болезни;

в) аномальный стиль поведения является всеобъемлющим и отчетливо нарушающим адаптацию к широкому диапазону личностных и социальных ситуаций;

г) вышеупомянутые проявления всегда возникают в детстве или подростковом возрасте и продолжают свое существование в периоде зрелости;

д) расстройство приводит к значительному личностному дистрессу, но это может стать очевидным только на поздних этапах течения времени;

е) обычно, но не всегда, расстройство сопровождается существен-

ным ухудшением профессиональной и социальной продуктивности.

Следует отметить:

Причиной обращения к психиатру или госпитализации при расстройствах личности чаще всего являются состояния декомпенсации (реакции), то есть кратковременные обострения психопатической симптоматики, или развития с длительным усилением присущих данной личности патохарактерологических черт, приводящих к выраженным нарушениям социальной адаптации.

В МКБ-10 выделено 8 определенных типов расстройств личности: параноидный, шизоидный, диссоциальный, эмоционально-неустойчивый (с подразделением на импульсивный и пограничный типы), истерический, ананкастный (обсессивно-компульсивный), тревожный (уклоняющийся) и зависимый. Все остальные типы отнесены в группы других специфических расстройств личности и в расстройство личности, неуточненное.

Параноидное (параноическое) расстройство личности (соответствует параноийальному в отечественной психиатрии) характеризуется следующими признаками:

- а) чрезмерная чувствительность к неудачам и отказам;
- б) тенденция постоянно быть недовольным кем-то, то есть отказ прощать оскорбления, причинение ущерба и отношение свысока;
- в) подозрительность и общая тенденция к искажению фактов путем неверного истолкования нейтральных или дружеских действий других людей в качестве враждебных или презрительных;
- г) воинственно-щепетильное отношение к вопросам, связанным с правами личности, что не соответствует фактической ситуации;
- д) возобновляющиеся неоправданные подозрения относительно сексуальной верности супруга или полового партнера;
- е) тенденция к переживанию своей повышенной значимости, что проявляется постоянным отнесением происходящего на свой счет;
- ж) охваченность несущественными "законспирированными" толкованиями событий, происходящих с данной личностью или, по большому счету, в мире.

Включаются: фанатичное расстройство; фанатичная личность; экспансивно-параноидное расстройство; экспансивно-параноидная личность; сенситивно-параноидное расстройство; сенситивно-параноидная личность; параноидная личность; параноидное расстройство личности; параноическая личность; обидчиво-параноидная личность; кверулянтное расстройство личности.

При **шизоидном расстройстве личности** должны присутствовать следующие признаки:

- а) мало что доставляет удовольствие и вообще ничто;
- б) эмоциональная холодность, отчужденная или уплощенная аффективность;

в) неспособность проявлять теплые, нежные чувства по отношению к другим людям, равно как и гнев;

г) слабая ответная реакция, как на похвалу, так и на критику;

д) незначительный интерес к сексуальным контактам с другим лицом (принимая во внимание возраст);

е) повышенная озабоченность фантазиями и интроспекцией;

ж) почти неизменное предпочтение уединенной деятельности;

з) заметная нечувствительность к превалирующим социальным нормам и условиям;

и) отсутствие близких друзей или доверительных связей (или существование лишь одной) и желания иметь такие связи.

Следует отметить: В эту подрубрику включаются аутистические личности с преобладанием сенситивных черт ("мимозоподобность" со сверхчувствительной внутренней организацией и подверженностью психогениям с астенодепрессивным типом реакций), а также стеничных шизоидов с высокой работоспособностью в узких сферах деятельности в сочетании с формальным (сухим) прагматизмом и отдельными чертами деспотизма, характеризующими межличностные отношения.

Диссоциальное личностное расстройство обычно обращает на себя внимание грубым несоответствием между поведением и господствующими социальными нормами и характеризуется следующими симптомами:

а) бессердечное равнодушие к чувствам других;

б) грубая и стойкая позиция безответственности и пренебрежения социальными правилами и обязанностями;

в) неспособность поддерживать взаимоотношения при отсутствии затруднений в их становлении;

г) крайне низкая толерантность к фрустрациям, а также низкий порог разряда агрессии, включая насилие;

д) неспособность испытывать чувство вины и извлекать пользу из жизненного опыта, особенно наказания;

е) выраженная склонность обвинять окружающих или выдвигать благовидные объяснения своему поведению, приводящему субъекта к конфликту с обществом.

Следует отметить: Для этого расстройства рекомендуется учитывать соотношение культуральных норм и региональных социальных условий для определения правил и обязанностей, которые игнорируются пациентом.

Включаются: социопатическое расстройство; социопатическая личность; аморальная личность; асоциальная личность; антисоциальное расстройство; антисоциальная личность; психопатическое расстройство личности.

Эмоционально-неустойчивое расстройство отличает: тенденция действовать неожиданно, без учета последствий; конфликтность до

драчливости, наряду с неустойчивостью настроения, вспышки ярости и жестокости без способности контролировать свои действия; бросающаяся в глаза неспособность планировать заранее и предвидеть будущие события и обстоятельства; трудность устойчиво работать, если это не сулит немедленную награду; неустойчивое и капризное настроение. Выделяются две разновидности этого личностного расстройства, и при обеих присутствует общая основа импульсивности и отсутствия самоконтроля.

Импульсивный тип.

1) выраженная тенденция действовать неожиданно и не принимая в расчет последствия;

2) выраженная тенденция к конфликтному поведению, особенно когда пытаются препятствовать импульсивным поступкам или пенять на них;

3) склонность к вспышкам гнева или насилия с неспособностью контролировать «поведенческие взрывы», являющиеся результатом этих эмоций;

4) трудности в продолжении действий, которые не сулят немедленного вознаграждения;

5) нестабильное и капризное настроение.

Преобладающими характеристиками являются эмоциональная неустойчивость и отсутствие контроля импульсивности. Вспышки жестокости и угрожающего поведения обычны, особенно в ответ на осуждение окружающими.

Включаются: возбудимое, эксплозивное и агрессивное расстройство личности и агрессивная личность.

Пограничный тип.

1) расстройство и неопределенность образа Я, целеполагания и внутренних предпочтений (включая сексуальные);

2) склонность вовлекаться в интенсивные и нестабильные взаимоотношения, которые часто приводят к эмоциональным кризисам;

3) чрезмерные усилия избегать уединения;

4) периодические угрозы и акты самоповреждения;

5) хроническое чувство пустоты.

Имеются некоторые характеристики эмоциональной неустойчивости, а кроме того образ Я, намерения и внутренние предпочтения, (характерно хроническое чувство опустошенности) часто непонятны или нарушены. Склонность быть включенным в напряженные (неустойчивые) отношения может привести к возобновляющимся эмоциональным кризисам и сопровождаться серией суицидальных угроз или актов самоповреждения (хотя все это может также иметь место без явных провоцирующих факторов). Включается пограничное расстройство личности.

Истерическое расстройство личности характеризуется:

а) самодраматизацией, театральностью, преувеличенным выражением эмоций;

б) внушаемостью, легким влиянием окружающих или обстоятельств;
в) поверхностностью и лабильностью эмоциональности;
г) постоянным стремлением к возбужденности, признанию со стороны окружающих и деятельности, при которой пациент находится в центре внимания;

д) неадекватной обольстительностью во внешнем виде и поведении;

е) чрезмерной озабоченностью физической привлекательностью.

Дополнительные черты могут включать эгоцентричность, потворство по отношению к себе, постоянное желание быть признанным, легкость обиды и постоянное манипулятивное поведение для удовлетворения своих потребностей.

Включаются: истерическая личность; гистрионная личность.

Анакастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности, характеризуется следующими признаками:

а) чрезмерная склонность к сомнениям и осторожности;

б) озабоченность деталями, правилами, перечнями, порядком, организацией или графиками;

в) перфекционизм (стремление к совершенству), препятствующий завершению задач;

г) чрезмерная добросовестность, скрупулезность и неадекватная озабоченность продуктивностью в ущерб удовольствию и межличностным связям;

д) повышенная педантичность и приверженность социальным условиям;

е) ригидность и упрямство;

ж) необоснованные настойчивые требования того, чтобы другие все делали в точности, как и он сам, или неблагоприятное нежелание позволять выполнять что-либо другим людям;

з) появление настойчивых и нежелательных мыслей и влечений.

Включаются: компульсивное расстройство личности; компульсивная личность; обсессивное расстройство личности; обсессивная личность; обсессивно-компульсивная личность.

При *тревожном (уклоняющемся) расстройстве личности* должны присутствовать следующие признаки:

а) постоянным общим чувством напряженности и тяжелыми предчувствиями;

б) представления о своей социальной неспособности, личностной непривлекательности и приниженности по отношению к другим;

в) повышенная озабоченность критикой в свой адрес или неприятием в социальных ситуациях;

г) нежелание вступать во взаимоотношения без гарантий понравиться;

д) ограниченность жизненного уклада из-за потребности в физической безопасности;

е) уклонение от социальной или профессиональной деятельности, связанной со значимыми межличностными контактами из-за страха критицизма, неодобрения или отвержения.

Дополнительные признаки могут включать гиперсенситивность в отношении отвержения и критики.

Расстройство типа зависимой личности характеризуется:

а) стремление переложить на других большую часть важных решений в своей жизни;

б) подчинение своих собственных потребностей потребностям других людей, от которых зависит пациент и неадекватная податливость их желаниям;

в) нежелание предъявлять даже разумные требования людям, от которых индивидуум находится в зависимости;

г) чувство неудобства или беспомощности в одиночестве из-за чрезмерного страха неспособности к самостоятельной жизни;

д) страх быть покинутым лицом, с которым имеется тесная связь, и остаться предоставленным самому себе;

е) ограниченная способность принимать повседневные решения без усиленных советов и подбадривания со стороны других лиц.

Дополнительные признаки могут включать представления о себе как о беспомощном, некомпетентном человеке, не обладающем жизнестойкостью.

Включаются: астеническое расстройство личности; астеническая личность; неадекватная личность; пассивное расстройство личности; пассивная личность; самоподавляющее расстройство личности; самоподавляющая личность.

Включаются: астеническая; неадекватная; пассивная и самоподавляющая личность (расстройство личности).

Другие специфические расстройства личности - расстройство личности, которое не соответствует ни одной из специфических рубрик. Включаются: эксцентричное расстройство личности; эксцентричная личность; расторможенное расстройство личности; расторможенная личность; "безудержное" расстройство личности; инфантильное расстройство личности; инфантильная личность; незрелая личность; самовлюбленная личность; нарциссическая личность; пассивно-агрессивное расстройство личности; психоневротическое расстройство личности (невропатия).

Смешанные расстройства личности - имеются признаки нескольких расстройств, но без преобладания симптоматики, которая позволила бы более специфическую диагностику.

2. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ОТДЕЛЬНЫХ ФОРМ СПЕЦИФИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ (ПСИХОПАТИЙ)

Эмоционально-неустойчивое расстройство личности (возбудимая психопатия). Проявляется повышенной возбудимостью, постоянной готовностью к реакциям гнева и раздражения, дисфоричностью, конфликтностью, агрессивностью, двигательными и вегетативными нарушениями. Возбудимые психопаты представлены клинически неоднородной группой: 1) группа возбудимых психопатов с преобладанием эксплозивного аффекта, 2) группа эпилептоидных психопатов.

В МКБ-10 выделяется импульсивный и пограничный типы эмоционально-неустойчивого расстройства личности.

Термином «эксплозивный» К.Шнейдер (1923) подчеркивал у них черты взрывчатости, а Э.Кречмер (1927) отмечал, что у них сильные аффекты разряжаются без задержки размышлением. Особенности эпилептоидного характера описаны Ф.Миньковской (1923). Для него свойственна «конденсированная, прилипчивая аффективность», педантичность, злопамятность, льстивость, жестокость. П.Б.Ганнушкин (1925) считал определяющим для эпилептоидии три врожденных признака: крайнюю раздражительность до приступов ярости, расстройства настроения по ничтожному поводу, выраженный моральный дефект.

По Г.К.Ушакову (1987), для возбудимых психопатов типична триада: 1) частая смена работы; 2) совершение правонарушений; 3) присоединение алкоголизма. Самым постоянным признаком психопатий из группы возбудимых являются аффективные вспышки.

Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности и расстройство типа зависимой личности (астеническая психопатия). Основным признаком является выраженная психическая слабость, невыносимость к психической и физической нагрузке, неспособность выполнять значительную и продолжительную работу. Имеют значение и такие черты характера, как робость, застенчивость, неумение постоять за себя, склонность к ипохондричности, легкому возникновению астенических реакций. Астенические психопаты, по данным К.Шнейдера (1923), представлены особо чувствительными лицами, физически легко истощаемыми и чувствующими себя психически неполноценными.

По О.В.Кербикову (1962), личности астенического круга отличаются пониженной выносливостью, слабостью, неуверенностью в себе.

В структуре астенической психопатии П.Г.Сметаников (1981) выделил 3 взаимосвязанных симптома: 1) невыносимость к нагрузкам или психическая слабость; 2) стремление оградить себя от нагрузки или «отказ»; 3) выраженная впечатлительность, ранимость, сенситивность. Обязательным синдромом для астенических лиц является психическая

слабость, выступающая во всех формах психического реагирования.

Клинически астеническая психопатия проявляется несколькими вариантами: 1) с преобладанием обостренной впечатлительности, 2) повышенной раздражительности, 3) выраженной истощаемости (Ушаков Г.К., 1987).

Ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности (психастеническая психопатия). Основной особенностью психастеников является склонность к сомнениям, отсутствие внутренней уверенности в истинности чувств и правильности своих суждений и поступков, в оценке людей, нерешительность в выборе линии поведения. Психастенические личности, как правило, несамостоятельные, зависимые, нуждающиеся в советах и посторонней помощи или же скрупулезные, неукоснительно соблюдающие любые правила и инструкции. Им свойственны постоянный самоанализ, пониженная самооценка, преувеличение собственных недостатков (утрированная самокритичность), слабость чувства реального, боязнь новизны. Они боятся не столько реальных трудностей, сколько предстоящих. При глубоких переживаниях экспрессивных проявлений эмоций мало.

Классические описания психастении, как конституциональной аномалии характера, принадлежит А.С.Суханову (1905) - «тревожно-мнительный характер», П.Б.Ганнушкину (1933) - «психастеническая психопатия» и П.Жанэ (1903) - «болезненное мудрствование».

Однако круг психастенической психопатии до настоящего времени не определен достаточно четко и с одной стороны, примыкает к группе шизоидов, а с другой - к неврозу навязчивости.

Шизоидное расстройство личности (шизоидная психопатия). Группа лиц с шизоидной структурой личности неоднородна, но объединяет их общая для всех вариантов черта - аутизм. У этих личностей наряду с ранимостью, робостью, застенчивостью, отмечаются такие особенности как необщительность, чужаковатость, интравертированность, склонность к рефлексии, внутренней переработке своих переживаний. У них затруднен контакт с окружающими, они холодны в отношении к близким, манерны в поведении. Увлечения шизоидов своеобразные, оригинальные, абстрактные, со стремлением к необычности, поражают либо мелочностью, либо грандиозностью целей. Е.Блейлер (1922) считал, что шизоидным психопатам не хватает синтонности, т.е. аффект и переживания у них не соединены воедино. Основой шизоидного темперамента Э.Кречмер (1921) отмечал наличие психэстетической пропорции, т.е. сочетание черт чрезмерной чувствительности и эмоциональной холодности. По преобладанию гиперэстетических или анестетических элементов в структуре шизоидных психопатий принято выделять два крайних типа характеров: сенситивные и экспансивные шизоиды. Бросается в глаза их отгороженность от окружающих, стремление к самосовершенствованию, малопродуктивная деятельность,

не рассчитанная на славу или материальное вознаграждение.

Истерическое расстройство личности (истерическая психопатия). Главными особенностями психики при истеричной психопатии являются: 1) стремление во что бы то ни стало привлечь на себя внимание окружающих, 2) отсутствие объективной правды как по отношению к другим, так и самому себе. Среди основных черт истерического характера выделяют внушаемость, эгоцентризм (Ганнушкин П.Б., 1933). Их отличает повышенная, но поверхностная и изменчивая эмотивность.

Как указывал К.Ясперс (1923), одним из ведущих свойств истериков является стремление казаться больше, чем они есть на самом деле, и пережить больше, чем они в состоянии пережить.

К.Шнейдер (1923) отмечал у них «жажду признания», «повышенной оценки». Э.Кречмер (1921, 1927) истерический характер объединял в понятие «человека без внутреннего содержания, стремящегося забыть свою пустоту в постоянно новых ролях». Автор систематизировал истерический характер в 3 группы: 1) с весьма частыми и бурными истерическими реакциями; 2) капризный тип; 3) тип прирожденного обманщика.

Н.И.Фелинская (1948) выделила две подгруппы истерической психопатии: с преобладанием склонности к фантастической переработке окружающего и к элементарным истерическим реакциям.

Р.Chodoff и Н.Lyons (1958), резюмируя взгляды многих авторов, пришли к выводу, что все описания черт истерической личности можно свести к 7 основным категориям: 1) эгоизм и тщеславие; 2) театральное поведение, склонность к неумеренным излияниям, лживость; 3) эмоциональная неуравновешенность; 4) мелкость и неискренность демонстрируемых чувств; 5) кокетство и сексуально провоцирующее поведение; 6) сексуальная холодность и незрелость; 7) зависимость от других и позиция требований и претензий к окружающим.

А.Якубик (1982) считает, что к перечисленным чертам следует еще добавить инфантильность, переменчивость настроения, суждений и действий, живое воображение, тенденцию к манипулированию окружающими, чрезмерную разговорчивость, сочетающуюся с уклончивыми ответами и отрицанием своих предшествующих мнений и поступков.

Ряд авторов (Карвасарский Б.Д., 1980; Личко А.Е., 1983) отмечает клинический патоморфоз истерической психопатии в сторону уменьшения числа «больших» грубых форм проявлений и увеличение «малых» усложненных форм психопатического реагирования.

Другие специфические расстройства личности (неустойчивая психопатия). Основной характеристикой психопатических личностей этого круга является их психическая неустойчивость, отсутствие постоянства в склонностях, увлечениях, привязанностях и занятиях. Эти лица слабовольные, слабохарактерные, не имеют собственных принципов,

чрезвычайно податливы чужим влияниям, они «как камыш на ветру». Такие люди не способны к целеустремленной деятельности, не доводят до конца ни одного дела, без колебаний меняют решения, не имеют серьезных планов, живут одним днем. Стойких привязанностей у них не возникает. Основным движущим механизмом их жизни является жажда новых впечатлений и развлечений. С годами внушаемость и стремление бездумно наслаждаться жизнью начинает сочетаться с непереносимостью какой-либо регламентации. Предоставленные сами себе неустойчивые психопаты ведут легкомысленный образ жизни, играют в карты, бессмысленно тратят деньги, вступают в беспорядочные половые связи. Легко прибегают к употреблению алкоголя, наркотиков, совершают правонарушения. Они требуют постоянного контроля, повседневной опеки. Эти лица беспорядочны, легко раздражаются и быстро успокаиваются, ищут себе кумира. Сущность данного типа - неустойчивость эмоций, слабость воли, нарушение влечений, невозможность выработать стойкий жизненный стереотип.

Параноидное (параноическое) расстройство личности (паранойяльная психопатия). Наблюдаются такие личностные особенности как переоценка собственных возможностей, подозрительность, предвзятость суждений, ригидность, тугоподвижность психики, которые складываются в своеобразный характерологический профиль. Такие лица не считают с мнением других, для них существуют только те авторитеты, которые поддерживают их взгляды, окружающих они разграничивают на сторонников и противников. Мелочно регистрируют ущемление своих прав, добиваются «своей правоты». Обычно они полны бодрости и уверенности, настойчивости. В своих взаимоотношениях с окружающими оказываются грубыми, прямолинейными, теряют их расположение. Страдающие паранойяльной формой психопатии обнаруживают склонность к образованию сверхценных идей, которые и являются одним из важнейших признаков данного типа психопатии.

На базе паранойяльной психопатии может формироваться паранойяльное развитие личности. Проявляется паранойяльная психопатия в зрелом возрасте (после 30-35 лет).

Смешанное расстройство личности (смешанная (мозаичная) психопатия). Понятие о «мозаичных» или «смешанных» формах психопатий употребляется обычно в тех случаях, когда клиническая структура психопатий включает в себя проявления, свойственные различным формам психопатий. Четкое отграничение вариантов аномальных личностей всегда несет в себе элемент условности.

«Чистые формы» психопатий, по мнению П.Б.Ганнушкина (1933), встречаются редко, в жизни преобладают формы смешанные.

В.Бройтигам (1968) утверждал, что «чистые типы - это только иллюзия».

А.Е.Личко (1979) подчеркивал, что, несмотря на кажущееся

разнообразие смешанных типов, встречающиеся сочетания не случайны. Черты одних типов сочетаются друг с другом довольно часто, а других практически никогда. Особенностью мозаичных психопатий является, как правило, неблагоприятная динамика.

В силу разнонаправленных психопатических особенностей, усугубляющих уродливость личности, большее число ситуаций, чем в других группах, затрудняет адаптацию этих лиц и выработку у них компенсаторных механизмов, а также способствует учащению динамических сдвигов (реакций, декомпенсаций) с последующим усилением психопатической симптоматики (Гурьева В.А., Гиндикин В.Я., 1980).

В целом мозаичность психопатий можно рассматривать в нескольких вариантах: 1) как стадию формирования психопатии; 2) как форму сформировавшейся психопатии; 3) как период в процессе трансформации психопатии. Пока еще мало уделено внимания взаимодействию различных компонентов личности, ибо очевидно, что при их определенном сочетании они могут или усиливать друг друга, или носить взаимокомпенсирующий (погашающий, нейтрализующий) характер.

3. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИНАМИКИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ (ПСИХОПАТИЙ)

Динамика психопатий является самым сложным и важным разделом учения о психопатиях. Ее основы были заложены П.Б.Ганнушкиным (1933), который под динамикой психопатий понимал изменение свойств личности «на долгий или короткий срок под влиянием тех или иных факторов» и рекомендовал обращаться к закономерностям динамики, в рамках которой с наибольшей полнотой выступает клиническая структура психопатических состояний, а сами они достигают «степени клинического факта». Лишь в динамике удастся выявить степень выраженности симптома, характерные черты его становления, редукции и связь с другими патологическими образованиями.

П.Б.Ганнушкин выделял следующие «основные динамические сдвиги психопатической личности: 1) фаза или эпизод, 2) шок, 3) реакция, 4) развитие», подчеркивая при этом, что «отправной точкой является динамический подход к психопатиям», а главным методом - клинический. Ведущими принципами изучения психопатий он считал статический (поперечный) и динамический (продольный). В понятие статики П.Б.Ганнушкин включал фактическое содержание психопатии, а в понятие динамики - законы и формулы развития.

Статика и динамика не отделимы одна от другой. Динамический анализ психопатий проводился им в 3-х направлениях: 1) динамика социальных условий (семья, быт, труд и т.д.); 2) биологическая динамика

(возраст, возрастные кризисы и т.д.); 3) клиническая динамика. Клиническая динамика имеет два источника - ситуационный и конституциональный; ей присущи два пути: появление качественно новых свойств и дисгармоническое развитие имевшихся особенностей личности, а также два направления течения - компенсация и декомпенсация.

Учение о динамике психопатий в последующем наиболее полно разрабатывалось О.В. Кербиковым (1955-1971).

Н.И.Фелинская (1963-1979) в динамике психопатий выделяла временные колебания состояния (психопатические фазы, реакции, декомпенсации) и более выраженную динамику (патологическое и психогенное развитие личности).

Динамику психопатий можно рассматривать как динамику становления психопатии, так и как временные динамические сдвиги самой психопатии. При формировании психопатий выделено три этапа: 1) начальных проявлений; 2) структурирования; 3) завершение формирования (Гурьева В.А., 1971).

В современной отечественной психиатрии в рамках сформированной психопатии (расстройства личности) предпочитают говорить о компенсированном и декомпенсированном состоянии (компенсация или декомпенсация психопатии), о психопатических реакциях и психопатических развитиях.

Психопатические реакции - реакция на ситуацию в пределах характерологических ресурсов личности путем усиления привычного способа личностного реагирования (Фелинская Н.И., Кербиков О.В., 1965).

Декомпенсации - поломка компенсаторных механизмов, при которой вторичные характерологические особенности перестают играть защитную роль, приобретая характер дополнительных патологических черт личности, затрудняющих адаптацию (Шубина Н.К., 1965).

Суть декомпенсации - это психогенное утяжеление психопатических проявлений в сочетании с аффективными расстройствами (Гурьева В.А., 1986; Шостакович Б.В., 1988).

Признаками декомпенсации психопатий являются нарастание дисгармонии психики, неадекватность поведения, снижение интеллектуальной продуктивности и работоспособности, нарушение критики и социальной адаптации.

Одним из проявлений декомпенсации являются психопатические реакции. Поэтому их разделение является условным, имеющие в ряде случаев чисто практическое значение при решении различных экспертных вопросов. Проявления психопатических реакций нередко весьма кратковременны, однако состояния декомпенсации могут в ряде случаев продолжаться более длительно и ведут к углублению дисгармонии личности. Реакции и декомпенсации в подавляющем большинстве случаев вызываются действием психотравмирующих факторов. Психопатические реакции в целом имеют аффективно-взрывчатую основу, но проявления их

при каждом типе имеют свои особенности: для возбудимых психопатов типичен непосредственно взрывной характер реагирования; для тормозимых личностей это комплексно-кумулятивный; для истерических - демонстративно-подчеркнутый (Наку А.Г., Ревенко М.Г., Опря Н.А., 1976, 1980).

При аномальном развитии личность теряет качества, выработанные ранее, и приобретают другие, свойственные психопатиям (Лакосина Н.Д., 1983). По сути, это односторонне ориентированные динамические изменения личности, связанные с длительными неблагоприятными воздействиями социальной среды и индивидуального жизненного опыта (Ковалев В.В., 1980).

Типологическую сущность любой психопатии составляет способ ее реагирования, представляющий собой ответ дисгармоничной личности на внешние воздействия. Каждому типу психопатий соответствует особый, преимущественный способ реагирования. Тип психопатического реагирования зависит от особенностей психической активности и моторики, подвижности и ригидности психики, экстра- или интравертированности, а также склонности к тем или иным реакциям. **Поскольку психопатическое реагирование проявляется в действиях и поступках психопатических личностей, то при оценке всех типов реакций было принято использование критерия степени «стенничности» (действенности) реагирования.** По этому критерию психопатические реакции дифференцированы на стенический, астенический и дисстенический типы (Нечипоренко В.В., Брюховецкий А.С., 1988, 1990).

Тип психопатического реагирования, в отличие от реакции, как правило, свойственен данной личности на протяжении всей ее жизни.

Наиболее частым видом динамики расстройств личности (психопатий) являются психопатические реакции, отражающие тип психопатического реагирования. Психопатическую реакцию следует расценивать как патологическую адаптацию дисгармонической личности к трудной ситуации. Принципиальная структурная схема психопатической реакции (особенно прослеживается у возбудимых психопатов) включает ряд этапов, сменяющихся в определенной закономерной последовательности, каждый из которых имеет свой временной интервал и клиническую специфичность.

В развернутой реакции выделяются следующие этапы: 1) отрицательного эмоционального напряжения; 2) преаффективный; 3) аффективной разрядки; 4) постаффективной астении (Нечипоренко В.В., Брюховецкий А.С., 1988). Исходом реакции может быть либо компенсация, либо стертые аффективные колебания на фоне заострившихся аномальных черт личности, способствующие развитию повторных психопатических реакций.

Для декомпенсаций психопатии характерен определенный спектр клинических синдромов. В каждом конкретном случае на первый план в

клинической картине выступает стержневая симптоматика, которая и определяет клинический тип декомпенсации.

При анализе декомпенсаций психопатий у военнослужащих, проходящих военную службу по призыву, выделены 3 клинических типа: декомпенсация по аффективному, невротическому и аномально-личностному типу (Брюховецкий А.С., 1990).

Психопатические декомпенсации по **аффективному типу** проявляются рядом синдромов:

Эксплозивно-дисфорический - возбудимостью, конфликтностью, повторяющимися приступами расстройства настроения в виде озлобленности, мрачной угрюмости, раздражительности.

Аффективной неустойчивости - характерно непостоянство и изменчивость аффективных расстройств, частые колебания настроения, «...мое настроение как ветер, никогда не знаю, что буду делать дальше, плакать или смеяться».

Субдепрессивный - преобладание длительно сниженного фона настроения, ослабление побуждений, уныние, недовольство, расстройство сна, легкая тревожность.

При декомпенсации по **невротическому типу** выявляются следующие синдромы:

Астенический - повышенная утомляемость, снижение работоспособности, чувство разбитости, головная боль, трудность сосредоточения, адинамия, вегетативные расстройства, заострение и огрубление черт личности.

Обсессивно-фобический - образные навязчивые представления и фобии, сопровождающиеся тягостными переживаниями, с тенденцией к повторению. Преобладают фобии, перепроверка своих поступков, прослеживается связь с конкретными условиями и психотравмирующей ситуацией.

Ипохондрический - неадекватно-беспокойное отношение к своему здоровью, анализ своих ощущений и фиксация на них, убежденность в наличии тяжелого заболевания, использование мнимой болезни для разрешения ситуации.

Истеро-невротический - тенденциозность и демонстративность проявления симптоматики при незначительном эмоциональном напряжении, истерические моносимптомы и выраженные вегетативные нарушения.

Аномально-личностный тип декомпенсации характеризуется усилением патологических особенностей личности. Встречается при психопатиях паранойяльного, шизоидного и психастенического круга. Длительность декомпенсации несколько месяцев.

На клинику и течение психопатических реакций, протекающих в структуре декомпенсаций, оказывают влияние ее тип и преобладающий стержневой синдром. При этом динамика психопатий у лиц молодого

возраста отличается разнообразием, непостоянством и кратковременностью симптоматики. Динамические сдвиги носят обратимый характер, и главная их закономерность заключается в возможности быстрых переходов от компенсации к состоянию декомпенсации и наоборот.

4. ТРАНЗИТОРНЫЕ ЛИЧНОСТНЫЕ РАССТРОЙСТВА

На современном этапе все чаще встречаются указания на непостоянство психопатических проявлений у лиц юношеского и молодого возраста.

В.А.Гурьева и В.Я.Гиндикин (1980) отмечали, что выраженность патологических свойств личности до степени, нарушающей адаптацию, может отмечаться еще до формирования психопатии.

Ю.М.Антонян и С.В.Бородин (1998) считают, что некоторые формы психопатий в молодом возрасте (18-24 года) носят временный характер, однако проявляются в этом возрасте наиболее ярко.

С возрастом некоторые психопатические личности полностью утрачивают свои аномальные черты. Обсуждалось мнение о существовании в особых условиях таких форм психопатического реагирования, при которых в поперечнике диагноз психопатии не вызывает сомнения, в длиннике не подтверждается жизнью, т.е. речь идет о возможности регрессивной динамики личностных расстройств (временных дисгармоний).

Депсихопатизация (по Ю.В. Попову) - стойкое сглаживание психопатических черт характера с многолетней компенсацией. Обыденные жизненные трудности и повседневные стрессы переносятся удовлетворительно. Тип характера остается прежним, но не препятствует социальной адаптации. Наступает в благоприятных условиях, особенно при наличии гармоничной семьи, приблизительно в 15% случаев. Это обуславливается онтогенетической компенсацией юношеских возрастных дисгармоний личности, развитием с возрастом механизмов психологической защиты и саногенеза, усилением саногенеза, адаптирующего социального поведения личности (Смирнов В.К., Нечипоренко В.В., 1989; Нечипоренко В.В., 1990).

Следует учитывать отсутствие четких критериев стабильности и парциальность дисгармонии личности и возможность транзиторного характера этих личностных расстройств, как варианта динамики формирования психопатий. В этом случае правильнее пользоваться динамическим (этапным) диагнозом **"транзиторное расстройство личности"**.

На протяжении жизни у психопатической личности можно наблюдать вначале своеобразие нормального характера, затем его заострение (акцентуированные черты характера), временные транзиторные

расстройства личности, позднее - уже постоянные психопатические формы реагирования.

По данным О.В. Кербикова (1962) период, отделяющий время появления первых психопатических черт характера от времени завершения формирования психопатии, различен при различных ее формах. При психопатиях из группы возбудимых он равняется в среднем 6 годам, при томозимых - 9 годам, у истеричных - 5 годам.

Представленный взгляд на динамику расстройств личности позволяет определить расстройства личности как пограничное расстройство личности, проявляющееся динамическими транзиторными изменениями черт аномального характера, сформированного в результате дизонтогенеза.

Ввиду того, что процент диагностических ошибок тем выше, чем в более раннем возрасте устанавливается диагноз психопатии, у лиц юношеского и молодого возраста 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 также 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 катamnестического наблюдения.

Динамическая диагностика психопатий позволяет избежать последствий неправильного установления диагноза и устранит препятствия в решении целого ряда важных социальных проблем (устройство на работу, поступление на учебу, призыв в армию, взятие на учет в ПНД и т.д.).

Не следует впадать в крайность и распространять на всю жизнь диспансерное наблюдение за психопатическими лицами. Очевидно, достаточно 3-5 лет стойкой социальной адаптации, чтобы необходимость психиатрического наблюдения отпала. Как показывает практика, по мере накопления жизненного опыта, основная часть, казалось бы, психически аномальных лиц (особенно юношеского и молодого возраста) становится полноценными членами общества, избегает асоциального и антисоциального поведения.

5. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СПЕЦИФИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ (ПСИХОПАТИЙ)

Распознавание выраженных форм расстройств личности (психопатий) в зрелом возрасте не вызывает особых затруднений. Гораздо сложнее обстоит дело с их диагностикой в юношеском и молодом возрасте, когда психопатические расстройства наиболее динамичны и сочетание трех диагностических критериев психопатий отмечается не всегда.

Отсутствие одного из критериев (особенно тотальности или стабильности) даже при наличии нарушения адаптации не дает оснований причислять такую личность к психопатической. Кроме того, активно дискутируется вопрос о деструктивных для человека и общества формах отклоняющегося поведения (аддиктивное, антисоциальное, суицидальное, конформистское, нарцисстическое, фанатическое, аутистическое), дезинтегрирующих личность в социально-психологическом плане (Короленко Ц.П., Донских Т.А., 1990).

Отклоняющееся поведение может быть присуще лицам, как с аномалией личности, так и без таковой, но почти всегда в общественном сознании срабатывает устоявшийся стереотип, что лица с отклонениями в психике чаще допускают нарушения закона и морали. Эти особые формы девиантного поведения, не относящиеся к отдельным болезням, являются проблемой социальной (экстранозологической) психиатрии (Личко А.Е., Попов Ю.В., 1990).

Расстройства личности следует отграничивать от нормы, психопатопоподобных состояний, неврозов, легких форм олигофрении, «родственных» психозов (шизоидную психопатию от психопатопоподобной шизофрении).

Психопатическое поведение является неотъемлемым свойством личности, постоянным ее качеством, что накладывает отпечаток на всю жизнь психопатической личности. Хронический характер аномального стиля поведения не ограничивается эпизодами психической болезни, он является всеобъемлющим и отчетливо нарушающим адаптацию к широкому диапазону личностных и социальных ситуаций.

По мнению G.Kaplan, B.Sadock (1998) при расстройствах личности свойственен эгосинтонный характер поведения, т.е. личность не замечает своего неправильного поведения. Это отличает психопатии от индивидуальных вариантов нормального характера и его непатологических девиаций.

Отсутствие психотических симптомов и прогрессирующего течения отличает психопатии от психических заболеваний.

Отграничение неврозов от психопатий проводится обычно по следующим признакам: 1) при неврозах страдает часть личности, при психопатиях - вся личность; 2) при неврозах имеется понимание болезни,

при психопатиях - его нет; 3) при неврозах отмечается большее влияние среды, чем при психопатиях.

Психопатоподобное поведение при различных психических расстройствах (травмах, интоксикациях, инфекциях) может напоминать психопатические реакции и декомпенсации. Однако в этих случаях клиническая картина имеет свои особенности, и ее развитие обычно соотносится по времени с имевшей место конкретной экзогенной вредностью. Диагноз психопатоподобной формы шизофрении является обоснованным при выявлении симптоматики, свойственной для течения процессуального заболевания. При различных степенях дебильности может отмечаться психопатизация личности, но при этом на первый план в клинической картине выступают признаки умственного недоразвития.

Одним из наиболее частых типов психопатоподобных расстройств в юношеском возрасте являются патохарактерологические реакции (Попов Ю.В., 1986). Как временные расстройства психической деятельности они были выделены В.В.Ковалевым (1979) и описаны у подростков А.Е.Личко (1983). К «патохарактерологическим реакциям», которым часто предшествуют «характерологические реакции», в настоящее время относят реактивные состояния, проявляющиеся преимущественно преходящими нарушениями поведения и ведущие к социально-психологической дезадаптации. Нередко эти реакции сопровождаются соматовегетативными расстройствами. Продолжительность патохарактерологических реакций может измеряться неделями, месяцами и в отдельных случаях годами.

В плане определения прогноза патохарактерологических реакций большое значение приобрела правильность их отграничения от других психических расстройств. Так, от часто предшествующих им характерологических реакций они отличаются тем, что их проявления становятся уже совершенно неадекватными (ни по силе, ни по содержанию) вызвавшей их причине. Нет полной критики к происшедшему. Все это неизбежно приводит к нарушениям адаптации различной продолжительности (иногда на месяцы и даже годы). Острые аффективные реакции, также носящие реактивный характер, отличаются от патохарактерологических реакций значительно меньшей продолжительностью (от нескольких минут до нескольких часов). Этим же сроком ограничиваются и нарушения адаптации. В любом случае естественный сон практически полностью компенсирует состояние аффекта.

Для диагностики расстройств личности полным основанием является наличие, по крайней мере, трех перечисленных характерологических признаков или особенностей поведения.

В тех случаях, когда отсутствует один из диагностических критериев психопатии П.Б.Ганнушкина - О.В.Кербикова или соответствующих признаков МКБ-10, следует вести речь об акцентуациях характера

(личности), которые зачастую являются преморбидным фоном, на котором в последующем формируются психопатии.

Одной из наиболее известных и разработанных систематик типов личности, удобных для оценки преморбидных черт, является классификация «акцентуированных личностей» немецкого психиатра К.Леонгарда (1989). В основе этих типов лежат акцентуации характера, т.е. чрезмерное усиление отдельных его черт, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим.

Согласно МКБ-10 акцентуация характера не является расстройством личности, а является крайним вариантом нормы. В развитых странах к ним относят более половины популяции населения.

Описаны следующие основные типы акцентуированных личностей и акцентуаций характера (по К.Леонгарду и А.Е.Личко): гипертимный, циклоидный (аффективно-лабильный), эмоционально-лабильный (эмотивный, аффективно-экзальтированный), сенситивный (тревожный, боязливый), психастенический (педантический), шизоидный (интровертированный), эпилептоидный (эксплозивный, возбудимый), истероидный (демонстративный, гистрионический), неустойчивый, конформный, смешанный.

Результаты изучения личностных особенностей граждан призывного возраста за 1998-2000гг. по методикам «Прогноз», СМЛ и 16-ФЛО показывают значительное ухудшение состояния их психического здоровья (Куликов В.В. с соавт., 1999; Работкин О.С., 2001). Клинико-психологический анализ полученных различий свидетельствует о неблагоприятной динамике особенностей личности, которые могут препятствовать адаптации к военной службе и большой вероятности развития психических расстройств. К этим особенностям следует отнести: снижение уровня абстрактного мышления, способности к обучению и усвоению новых понятий, эгоцентризм, астенизация, ригидность, тенденция к снижению самоконтроля и склонности к несоблюдению общепринятых норм и правил поведения.

6. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ (ПСИХОПАТИЙ) У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Особого рассмотрения и анализа требует проблема расстройств личности (психопатий) в военной психиатрии, представляющая самый трудный и сложный раздел военно-врачебной экспертизы. Почти 1/3 освидетельствованных военно-врачебными комиссиями составляют лица, страдающие психопатией (Спивак Л.И., 1974), они же преобладают и среди лиц, возвращенных из армии, как ошибочно призванных (Косенко В.Г., Романенко А.А., 1987).

В то же время, выраженные психопатические расстройства, возникающие в условиях службы в армии, несмотря на свою тяжесть и продолжительность, могут оказаться **транзиторными** (Нечипоренко В.В. 1989).

Клинические проявления расстройств личности (психопатий) у военнослужащих имеют ряд следующих особенностей.

Во-первых, в структуре психопатий, выявляемых в армейских условиях, свыше 80% составляют расстройства личности, формирование которых еще продолжается. Для них характерны: более позднее начало проявления психопатических черт характера, выявляемость их в определенных ситуациях (декомпенсация в условиях предъявления повышенных требований к "месту наименьшего сопротивления", например, для шизоидной личности индивидуально непереносимой ситуацией может стать необходимость постоянного пребывания в коллективе, для возбудимой личности - монотонная, рутинная служба, отсутствие возможности проявить свои "мужские" качества и т.д.), способность к коррекции поведения и возможность социальной адаптации при смене условий жизни и службы.

Во-вторых, на клинику психопатий молодого возраста влияют специфические условия военной службы, которые заключаются в резкой смене жизненного стереотипа, повышении психических и физических нагрузок и воздействии экстремальных факторов внешней среды, в особом, непривычном характере взаимоотношений в организованном коллективе с необходимостью систематического подчинения, постоянного пребывания на виду в рамках жестко регламентированной профессиональной деятельности. Особое влияние на клинику картину оказывает подростковый и юношеский возраст данного контингента (возрастная перестройка и продолжающееся формирование личности, повышенная эмоциональность и недостаток жизненного опыта).

В-третьих, особенностями клиники психопатий в молодом возрасте являются широкий спектр и различная степень выраженности клинических проявлений, их непостоянство и возможность обратимости. Для психопатических лиц молодого возраста характерны преобладание возбудимых и смешанных черт характера, стенического и дисстенического типов психопатического реагирования, присутствие в структуре личности черт незрелости, а также утрированность и грубость предъявляемой симптоматики, элементы установки, направленной на увольнение из армии, быстрое нарастание дисгармонии личности в конфликтной ситуации из-за невозможности воспользоваться привычными способами самокомпенсации и смены условий, несоответствие между выраженностью поведенческих нарушений и глубиной патологии личности.

Среди психопатических проявлений у лиц молодого возраста в последнее время существенное место занимают агрессивность,

суицидальные действия, злоупотребление наркотиками, медикаментами, употребление средств бытовой химии.

По мнению А.Е. Личко (1985) подростковый и юношеский возраст не вызывает резкого увеличения заболеваемости неврозами потому, что обнаруживается склонность к «замене» невротических симптомов поведенческими. По нашим данным (Фадеев А.С., 2002) в структуре невротических расстройств у военнослужащих поведенческие расстройства преобладали в 29,8% случаев.

В-четвертых, динамика психопатий в условиях военной службы связана преимущественно со специфическими особенностями психической травматизации. Перечисленные выше специфические особенности военной службы требуют от военнослужащего достаточной нервной-психической устойчивости и гибкости психического реагирования, с другой стороны, диапазон социально-приемлемого психического реагирования достаточно узок (нет возможности, например, уйти из ситуации, сменить коллектив, развлечься, "расслабиться" и т.д.).

Динамические изменения носят обратимый характер, и главная их закономерность заключается в возможности быстрых переходов от состояния компенсации к состоянию декомпенсации, и наоборот. Например, среди астенических психопатий значительную часть составляют латентные формы, впервые декомпенсирующиеся только в условиях военной службы. Лица с такими формами психопатии до поступления на военную службу могут быть социально адаптированы, у них отсутствует «психопатический» анамнез. Естественно, что они не могут быть своевременно выявлены, а в условиях военной службы наступает декомпенсация. Кроме того, могут возникать выраженные психопатические расстройства, которые развиваются на фоне парциальной дисгармонии характера, при отсутствии полностью сформировавшейся аномальной структуры личности. Такие нарушения, несмотря на их тяжесть и продолжительность, могут оказываться временными.

В-пятых, наиболее частым видом динамики психопатий являются кратковременные психопатические реакции. Декомпенсации психопатий встречаются несколько реже и подразделяются в зависимости от преобладания ведущей (стержневой) симптоматики на, как сказано выше, аффективный, невротический и аномально-характерологический типы.

Неоднозначность подходов к диагностике психопатий у граждан, исполняющих воинскую обязанность и проходящих военную службу, требует ее построения на основе объективных клинических данных, а также динамическом и, желательно, катamnестическом наблюдении. Важное значение при этом имеет объективизация анамнестических сведений, изучение всей жизни обследуемого.

7. ВОЕННО-ВРАЧЕБНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ ЛИЧНОСТИ

В структуре психических расстройств, которые послужили причиной освобождения граждан от призыва на военную службу в 1996-2001 гг., доля расстройств личности имеет тенденцию к увеличению с 9,3% в 1996 г. до 16,5% в 2001 г. При этом отмечается увеличение числа граждан призывного возраста с данной патологией за 5 лет. Так, в 1996 г. освобождено от призыва на военную службу 6,5 тыс. граждан, страдающих расстройством личности, а в 2001 г. - 22,4 тыс. чел.

Расстройства личности стабильно занимают первое место в структуре психических расстройств, которые послужили причиной увольнения с военной службы, военнослужащих по призыву в 1996-2001 гг.: в 1996 г. 36,1%, в 2001 г. - 45,5%.

Следует отметить, что рост удельного веса расстройств личности среди призывников обусловлен, в том числе и повышением требований к состоянию психического здоровья граждан, исполняющих воинскую обязанность внесенных в расписание болезней Постановлением Правительства Российской Федерации 1998 г. № 1232.

Доля расстройств личности в структуре психических расстройств у призывников и военнослужащих по призыву (%)

| Контингенты | Годы | | | | | |
|---------------------------|------|------|------|------|------|------|
| | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 |
| Призывники | 9,3 | 10,1 | 12,0 | 14,8 | 16,0 | 16,5 |
| Военнослужащие по призыву | 36,1 | 32,7 | 35,7 | 41,1 | 41,4 | 45,5 |

Структура расстройств личности у военнослужащих по призыву в 2001 г. в среднем по ВС РФ представлена следующим образом:

расстройства личности (психопатии) - 15,4%;

личностные реакции (транзиторные расстройства личности, парциальные реакции) - 30,1%.

Анализ результатов медицинского освидетельствования военнослужащих по призыву показывает, что, как правило, они

госпитализируются в психиатрические стационары после первого же случая делинквентного поведения. Критерий поведения часто является основанием для оценки психического состояния как болезненного и заключения о негодности к военной службе (Цейтлин В.П., 1962).

Граждане со специфическими расстройствами личности освидетельствуются на основании статьи 18 «Расстройства личности» Расписания болезней Положения о военно-врачебной экспертизе, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 20 апреля 1995 года № 390 (с изменениями и дополнениями, внесенными в Положение о военно-врачебной экспертизе постановлением Правительства Российской Федерации от 22 октября 1998 года № 1232).

Даная статья предусматривает психопатии, патологическое развитие личности, психический инфантилизм (все его формы) и др.

Расписанием болезней определено, что для диагностики расстройства личности необходим объективно собранный анамнез, а также всесторонне обследование в стационарных (амбулаторных) условиях. Освидетельствование военнослужащих проводится только стационарно после изучения личного дела, служебной и медицинской характеристик.

Пункт а) статьи 18: Расстройства личности резко выраженные, со склонностью к повторным длительным декомпенсациям или патологическим реакциям.

К пункту «а» относятся резко выраженные, не поддающиеся компенсации, так называемые ядерные формы психопатии и патологическое развитие личности (паранойальное, обсессивно-фобическое и др.), характеризующиеся наиболее глубокими и стойкими болезненными проявлениями, на длительное время лишаящими способности исполнять обязанности военной службы.

По I - III графам - "Д" - не годен к военной службе.

Пункт б) статьи 18: Расстройства личности умеренно выраженные с неустойчивой компенсацией или компенсированные.

К пункту «б» относятся умеренно выраженные формы личностных расстройств, психопатии и патологическое развитие личности, проявляющиеся аффективными срывами, легкостью развития реактивных состояний, отчетливой неуравновешенностью вегетативной нервной системы, а также психический инфантилизм со склонностью к стойким и выраженным патологическим реакциям.

По I - III графам - "В" - ограниченно годен к военной службе.

Пункт в) статьи 18: Со стойкой компенсацией личностных реакций.

К пункту «в» относятся психический инфантилизм и другие расстройства личности (транзиторные, парциальные), не достигающие уровня психопатии, со стойкой (более 3 лет) компенсацией эмоционально-волевых и других патологических проявлений, что должно быть подтверждено документами из медицинских учреждений, учебных заведений, с места работы.

По I - II графам - "В" - ограниченно годен к военной службе.

По III графе - "Б" - годен к военной службе с незначительными ограничениями.

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

Таким образом, в зависимости от степени выраженности расстройств личности, состояния компенсации или декомпенсации граждане, подлежащие призыву на военную службу и военнослужащие, признаются военно-врачебными комиссиями «Д» - не годными к военной службе или «В» - ограниченно годными к военной службе.

8. ВОПРОСЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ И СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПСИХОПАТИЙ

Диагностика психопатий требует строгого и компетентного к ней отношения, поскольку часто влечет за собой важные социальные и моральные последствия. Эти последствия особенно существенны, если диагноз ставится при прохождении экспертизы (судебной, военной, трудовой).

Социальный прогноз при расстройстве личности зависит от его тяжести и социального окружения индивидуума. При длительных и почти непрекращающихся декомпенсациях, несмотря на улучшение условий жизни («глубокие психопатии» по Б.В.Шостаковичу), социальный прогноз неблагоприятен: «паразитический» образ жизни, пьянство, употребление наркотиков, преступления, нередко тяжкие, приводят к деградации личности. Если декомпенсации вызваны реальными психическими травмами и непродолжительны, то больше надежды на возможность депсихопатизации со временем. При расстройстве личности также высок риск суицида.

Судебно-психиатрическая экспертиза довольно часто назначается при расстройствах личности в связи с высокой криминогенностью этих лиц. Во время совершения правонарушений, данные субъекты могут производить на окружающих впечатление «ненормальных».

Особенностью судебно-психиатрической оценки расстройств личности является то, что здесь в значительной степени реализуется экспертный принцип "уменьшенной вменяемости" (применительно к ст.22 УК РФ).

При судебно-психиатрической экспертизе эти случаи могут оцениваться как стойкое расстройство личности и как динамические состояния, возникающие у военнослужащих именно в момент совершения инкриминируемых им деяний.

С 80-х годов получила распространение комплексная психолого-

психиатрическая экспертиза, которая дает оценку психического состояния во время совершения преступления (например, убийство из страха при самообороне, нанесение тяжких повреждений обидчику и т.п.), которую суд может признать как смягчающее обстоятельство.

При резко выраженных личностных аномалиях (состояние "глубокой" психопатии и т.д.) с грубым нарушением, в первую очередь, критических способностей подэкспертные признаются невменяемыми, в большинстве случаев, будучи приравненными, к страдающим душевным заболеванием. Невменяемыми признаются также лица с состояниями декомпенсации психотического уровня.

В состояниях неустойчивой компенсации, а также при декомпенсациях непсихотического уровня и психопатических реакциях, также не достигающих психотического уровня расстройств, подэкспертные признаются вменяемыми. В то же время, в данных случаях важное экспертно-диагностическое значение имеет клинический анализ психопатического криминального реагирования, обусловленного облигатной либо факультативной аномальной симптоматикой, а также направленность психопатического криминального реагирования (прямое, т.е. направленное против обидчика, либо непрямо или инверсное, т.е. направленное против случайных лиц - "реакция мимо"). Оценивается также соответствие клинической симптоматики психопатического реагирования формам психопатий (т.е. "гомономные", "гетерономные" и "смешанные" варианты реакций).

В целом, в указанных выше динамических состояниях, клиническая картина уменьшенной вменяемости, когда психопатические личности не могут в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и (или) руководить ими, отмечаются, как правило, при наличии двух условий: либо в случаях инверсных форм острого криминального реагирования либо в случаях острого криминального психопатического реагирования факультативной симптоматикой (чаще при психопатиях тормозимого круга).

Следует отметить, что во всех случаях психопатических реакций представляет значительные трудности оценка уровня психических расстройств. Отсутствие психотических проявлений и реагирование гомономной облигатной симптоматикой личностной аномалии позволяет ставить диагноз именно "психопатической реакции", а не кратковременного аффективного психоза у психопатической личности и делать экспертный вывод о вменяемости. При этом клинко-психопатологический анализ случаев острых психопатических "реакций мимо" свидетельствует о том, что, исходя из учета дефицита или "острой поломки" аффективно-волевого компонента психической деятельности с непреодолимостью безотлагательного осуществления аффективного разряда и нарушением целевой направленности при его реализации, они должны быть квалифицированы с позиции "уменьшенной вменяемости".

Нарушение интеллектуальной деятельности при остром психопатическом реагировании носит вторичный, опосредованный и выраженный характер по кататимному механизму "аффективной логики".

Необходимо подчеркнуть, что при совершении военнослужащим только воинского правонарушения установление диагноза расстройства личности (психопатии) влечет за собой ограничение годности к военной службе и, в ряде случаев, освобождение его от уголовной ответственности и уголовного наказания.

РЕКОМЕНДОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства (Руководство для врачей). - Ростов-на-Дону: Феникс, 1997. - 576 с.
2. Брюховецкий А.С. Типы и клинические варианты динамики психопатий в практике военной психиатрии. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Л., 1990. - 24 с.
3. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий: Их статика, динамика, систематика. - М.: Север, 1933. - 143 с.
4. Ганнушкин П.Б. Избранные труды. - М.: Медгиз, 1955. - 292 с.
5. Гиндикин В.Я. Психопатии и патохарактерологические развития // Клиническая динамика неврозов и психопатий. - Л., 1967. - С. 152.
6. Гурьева В.А., Гиндикин В.Я. Юношеские психопатии и алкоголизм. - М.: Медицина, 1980. - 272 с.
7. Кербинов О.В. Избранные труды. - М.: Медицина, 1971. - 312 с.
8. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста (Руководство для врачей). - М.: Медицина, 1979. - 607 с.
9. Кулев И.Л. К ретроградной динамике так называемых органических психопатий (По катанестическим данным): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М., 1965. - 20 с.
10. Куликов В.В. Адаптационные реакции у призывников и военнослужащих срочной службы (клинико-психологический анализ): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - М., 1989. - 29 с.
11. Куликов В.В. Медико-психологический подход при решении вопросов военно-врачебной экспертизы // Актуальные проблемы пограничной психиатрии. - СПб., 1998. - С. 250.
12. Куликов В.В., Ковальский О.Н., Фадеев А.С. Военно-врачебная экспертиза военнослужащих при психических расстройствах // Актуальные проблемы пограничной психиатрии. - СПб., 1998. - С. 155-157.
13. Куликов В.В., Фадеев А.С. Роль военно-врачебной экспертизы в сохранении психического здоровья военнослужащих // Воен.- мед. журн. - 1999. - № 9. - С. 9-12.

14. Куликов В.В., Ковальский О.Н., Фадеев А.С. Военно-врачебная экспертиза при психических расстройствах // Военная психиатрия / Под ред. Литвинцева С.В., Шамрея В.К. - СПб.: ВМедА, ЭЛБИ - СПб., 2001. - С. 269-278.

15. Леонгард К. Акцентуированные личности: Пер. с нем. - Киев: Выща школа, 1989. - 375 с.

16. Литвинцев С.В. Анализ психического здоровья военнослужащих срочной службы, самовольно оставляющих часть (клинико-психопатологический аспект): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Л., 1990. - 20 с.

17. Литвинцев С.В., Снедков Е.В. Психиатрическая помощь военнослужащим в Афганистане. Учебное пособие. - СПб., 1997. - 53 с.

18. Литвинцев С.В., Фадеев А.С. Состояние диагностики и военно-врачебной экспертизы психических расстройств в Вооруженных Силах Российской Федерации // Воен.- мед. журн. - 2001. - № 3. - С. 23 - 27.

19. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. - 2-е изд. доп. и перераб. - Л.: Медицина, 1983. - 255 с.

20. Личко А.Е. Подростковая психиатрия (Руководство для врачей). - 2-е изд., доп. и перераб. - Л.: Медицина, 1985. - 416 с.

21. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. - СПб.: Оверлайд, 1994. - 299 с.

22. Наку А.Г., Ревенко М.Г., Опря Н.А. Клиника некоторых вариантов динамики психопатий. 2-е изд., доп. и перераб. - Кишинев: Штиинца, 1980. - 227 с.

23. Нечипоренко В.В. Особенности психопатий у лиц молодого возраста // Журн. невропатол. и психиатр. - 1981. - № 11. - С. 105-110.

24. Нечипоренко В.В. Психопатии молодого возраста (Клиника, диагностика, военно-врачебная экспертиза): Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. - Л., 1990. - 50 с.

25. Нечипоренко В.В. Обоснованность диагноза психопатии в молодом возрасте у мужчин с позиций динамического подхода // Обозрение психиатрии и мед. психологии. - Л. 1991. - № 1. - С. 47-57.

26. Нечипоренко В.В. Некоторые аспекты суицидального поведения у акцентуированных личностей в юношеском возрасте // Саморазрушающее поведение у подростков. - Л., 1991. - С. 36-41.

27. Нечипоренко В.В., Литвинцев С.В. Задачи по сохранению и укреплению психического здоровья военнослужащих // Воен. - мед. журн. - 1996. - № 3. - С. 11-15.

28. Нечипоренко В.В., Кутушев О.Т., Кузнецов А.А. О неустойчивых формах личностной патологии и гипердиагностике психопатий // Актуальные вопросы военной психиатрии (К 275-летию отечественной психиатрии). - М., 1998. - С. 66.

29. Попов Ю.В. Концепция саморазрушающего поведения как

проявления дисфункционального состояния личности // *Обозр. психиат. и мед. психол.* -1994. - № 1. - С. 6.

30. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. - М.: Экспертное бюро - М., - С. 272-348.

31. Проблемы современной подростковой психиатрии / Материалы 12-х кербиковских научных чтений / Под ред. Т.Б. Дмитриевой. - М.: ГНЦ СиСП им. В.П. Сербского, 2001. - С. 8-15.

32. Психические расстройства и расстройства поведения (F00 – F99) (Класс V МКБ - 10, адаптированный для использования в Российской Федерации). Под общей редакцией Казаковцева Б.А., Голланда В.В. - М.: Минздрав России, 1998. - С. 297-333.

33. Пустовалов Л.В. Психопатическое криминальное реагирование военнослужащих в условиях срочной военной службы: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук: - М., 1998. - 27 с.

34. Рустанович А.В. Многоосевая диагностика психических расстройств у военнослужащих: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук: - СПб., 1997. - 40 с.

35. Смирнов В.К., Нечипоренко В.В. О динамической диагностике психопатий // *Журн. невропатол. и психиатр.* - 1989. № 12. - С. 55-59.

36. Спивак Л.И. Психопатия и психопатоподобные состояния (Клиника взрывной формы, диагностика, компенсация и декомпенсация в условиях военной службы): Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. - Л., 1962.- 16 с.

37. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. - М.: Медгиз, 1959. - 406 с.

38. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. - М.: Медицина, 1987. - 304 с.

39. Фролов Б.С., Рустанович А.В. О нозоцентрической и функциональной диагностике в военной психиатрии // *Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии.* - СПб., 1995. - С. 12-15.

40. Фелинская Н.И. О патоморфозе классических форм психопатий // *Журн. невропатол. и психиатр.* - 1979. - № 11. - С. 1544-1549.

41. Фрейеров О.Е. О психопатических (аномальных) акцентированных и деформированных личностях // *Проблемы личности.* - М., 1970, - Т.2. - С. 230-248.

42. Функциональный диагноз в судебной психиатрии: Монография /под редакцией Т.Б. Дмитриевой и Б.В. Шостаковича – М.: РИГ ГНЦ СиСП им. В.П. Сербского, 2001. - 196 с.

43. Шостакович Б.В. О классификации психопатий // *Журн. невропат. и психиатр.*- 1987.-№ 11.- С. 1679-1683.

44. Яненко Ю.М. Динамика юношеских психопатий у лиц, уволенных из армии // *Журн. невропатол. и психиатр.* -1989. - № 11. - С. 100-105.