

УДК 616.891.7

DOI: <https://doi.org/10.17816/brmma79265>

Научная статья



ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ШИЗОИДНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ, ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННОГО В ПРИЗЫВНОМ ВОЗРАСТЕ

Е.А. Григорьева¹, О.В. Лисаускене², Е.Ю. Абриталин^{3, 4}, А.И. Колчев³¹ Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия² Ярославская областная психиатрическая больница, Ярославль, Россия³ Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия⁴ Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Резюме. Исследовалась динамика шизоидного расстройства личности 45 призывников, признанных негодными или ограниченно годными к несению военной службы. Изучался анамнез, оценивалась выраженность психических расстройств и качество социальной адаптации на момент призыва и в течение дальнейших пяти лет. Выявлено два типа шизоидного расстройства личности: экспансивный и сенситивный. Для призывников с преобладанием сенситивных черт (32 (71,11%) человека) были характерны: формально сохранный интеллект, высокий уровень образования, замкнутость, незаинтересованность в установлении или поддержании близких дружеских связей, трудности в социальном взаимодействии с незнакомыми людьми, избегание сексуальных контактов. Обследованные с экспансивными чертами характера (13 (28,89%) человек) отличались более низким интеллектуальным уровнем, решительностью, стеничностью, эгоцентричностью; отношения с окружающими отличались официальностью, формальностью, неспособностью к сопереживанию. Обе группы объединяли такие особенности, как социальная замкнутость, дискомфорт при общении с людьми, неспособность к формированию эмоциональных связей с окружающими, неразвитость эмпатии, отстраненность от реальных целей и обращенность в сферу внутренних переживаний. Катамнестический анализ в пятилетней динамике показал, что основные психопатологические проявления сенситивного и экспансивного типов (чрезмерная чувствительность и астенический аффект, эмоциональная холодность и стенический аффект) сглаживаются, но усложняются другими дополнительными симптомами (своеобразие увлечений, субъективизм мышления, ослабление активности психических процессов, аддиктивные проявления). Отчетливое снижение у некоторых пациентов уровня общего функционирования может указывать на возможный неблагоприятный патоморфоз: шизоидное расстройство личности — шизотипическое расстройство личности — шизотипическое расстройство. Проведенное исследование указывает на целесообразность развития терапевтических мероприятий (фармакологических, психокоррекционных, социально-реабилитационных) в отношении молодых пациентов, страдающих шизоидным расстройством личности в связи с дальнейшим усложнением психопатологической картины и появлением у ряда пациентов признаков эндогенного процесса.

Ключевые слова: военнослужащие; призывники; сенситивный тип; экспансивный тип; шизоидное расстройство личности; шизотипическое расстройство; шизоидная психопатия.

Как цитировать:

Григорьева Е.А., Лисаускене О.В., Абриталин Е.Ю., Колчев А.И. Динамика клинических особенностей шизоидного расстройства личности, впервые диагностированного в призывном возрасте // Вестник Российской военно-медицинской академии. 2021. Т. 23, № 4. С. 113–120. DOI: <https://doi.org/10.17816/brmma79265>

DOI: <https://doi.org/10.17816/brmma79265>

Scientific article

DYNAMICS OF CLINICAL FEATURES OF SCHIZOID PERSONALITY DISORDER FIRST DIAGNOSED IN MILITARY AGE

E.A. Grigorieva¹, O.V. Lisauskene², E.Yu. Abritalin^{3,4}, A.I. Kolchev³

¹ Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russia

² Yaroslavl Regional Psychiatric Hospital, Yaroslavl, Russia

³ Military Medical Academy named after S.M. Kirov of the Ministry of Defense of the Russian Federation, Saint Petersburg, Russia

⁴ North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia

ABSTRACT: The dynamics of the schizoid personality disorder of 45 conscripts recognized as unfit or partially fit for the military service was investigated. Anamnesis was studied, the severity of the mental disorders and the quality of social adaptation at the time of the call and over the next five years were assessed. Two types of the schizoid personality disorder have been identified: expansive and sensitive. For recruits with a predominance of the sensitive traits (32 (71.11%) people) were characterized by: formally intact intelligence, high level of education, isolation, disinterest in establishing, or maintaining close friendships, difficulties in the social interaction with strangers, avoidance of sexual contacts. Those surveyed with expansive character traits (13 (28.89%) people) were distinguished by a lower intellectual level, decisiveness, high capacity for work, egocentricity; relations with others were distinguished by the formality and an inability to empathize. Both groups were united by the features such as: social isolation, discomfort when communicating with people, inability to form emotional ties with others, underdeveloped empathy, detachment from the real goals, and turning to the sphere of inner experiences. Follow-up analysis in 5-year dynamics showed that the main psychopathological manifestations of the sensitive and expansive types (excessive sensitivity and asthenic affect, emotional coldness and stenic affect) are smoothed out, but they are complicated by the other additional symptoms (originality of hobbies, subjectivism of thinking, weakening of the activity of the mental processes, addictive manifestations) ... A distinct decrease in the level of general functioning in some patients may indicate a possible adverse pathomorphosis: schizoid personality disorder — schizotypal personality disorder — schizotypal disorder. The study indicates the feasibility of developing the therapeutic measures (pharmacological, psychocorrective, social rehabilitation) in relation to the young patients suffering from schizoid personality disorder due to the further complication of the psychopathological picture, and the appearance of signs of an endogenous process in the several patients.

Keywords: military service; conscripts; sensitive type; expansive type; schizoid personality disorder; schizotypal disorder; schizoid psychopathy.

To cite this article:

Grigorieva EA, Lisauskene OV, Abritalin EYu, Kolchev AI. Dynamics of clinical features of schizoid personality disorder first diagnosed in military age. *Bulletin of the Russian Military Medical Academy*. 2021;23(4):113–120. DOI: <https://doi.org/10.17816/brmma79265>

Received: 16.10.2021

Accepted: 23.11.2021

Published: 20.12.2021

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность изучения заболеваемости психическими расстройствами среди призывного контингента определяется необходимостью укрепления психического здоровья военнослужащих, которое рассматривается как один из факторов боеготовности Вооруженных сил и национальной безопасности России [1]. Среди психических расстройств у призывников нередко встречаются расстройства личности, при этом чаще всего диагностируются шизоидная и мозаичная психопатии [2, 3].

Для молодых людей, страдающих шизоидным расстройством личности, характерны тревожно-фобические и эксплозивные проявления, трудности в установлении взаимоотношений с окружающими [4]. Лицам с шизоидным расстройством личности свойственно снижение компонентов вербального интеллекта, проявляющееся ухудшением способности ориентироваться в социальных ситуациях с опорой на собственный опыт, а также ограниченность познавательных навыков, что выражается в социальной незрелости [5]. Данные факторы могут препятствовать несению военной службы.

Выделяется два подхода к квалификации шизоидного расстройства личности: при первом шизоидные личностные особенности считаются преморбидом (продромом) шизофрении, а при втором шизоидное расстройство личности рассматривается как конституциональная аномалия с собственными вариантами развития [6]. В одном из катамнестических исследований было показано, что на протяжении 5–8 лет катамнеза диагноз шизоидного расстройства личности подтвердился в 71% случаев, а шизофрения выявлялась в 5% [7]. В целом, несмотря на имеющиеся публикации по результатам исследований шизоидного расстройства личности, проявления данной патологии у призывников в настоящее время изучены не в полной мере.

Цель исследования — проследить динамику шизоидного расстройства личности в течение пяти лет от момента 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 Ярославской областной психиатрической больницы, сведения от близких родственников, амбулаторные карты из общесоматических поликлиник, школьные и производственные характеристики. Все обследованные были признаны негодными или ограниченно годными к несению военной службы по призыву в связи с диагностированным у них шизоидным расстройством личности в соответствии с приказами Министра обороны № 260 от 1987 г. и № 315 от 1995 г.

Всего обследовано 45 призывников, страдающих шизоидным расстройством личности, (средний возраст $18,08 \pm 1,03$ лет): изучался психический статус, оценивалась выраженность психических расстройств и качество социальной адаптации. С помощью «Экспериментально-психологической анкеты анамнестического исследования призывников» исследовались особенности личности, память, внимание, логическое мышление, способность к обобщению, эмоционально-волевая сфера. Дополнительно заполнялась «Анкета анамнестического исследования призывника», включающая анамнестические сведения о преморбидных факторах риска развития шизоидного расстройства личности, феноменологическую и уровневую оценку психического состояния, характеристики социального функционирования, материальное положение, формы воспитания [8]. Проведен факторный анализ выявленных показателей с целью установления устойчивых сочетаний симптомов, на которые может быть направлено терапевтическое воздействие.

На втором этапе проведено клинко-катамнестическое (в течение 5 лет) обследование лиц, признанных ранее негодными или ограниченно годными к несению военной службы. Сведения заносились в «Анкету катамнестического исследования призывника» [9]. Проводилось сравнение первого и последующих обследований спустя 2, 3, 4 и 5 лет, факторный анализ полученных результатов для выявления наиболее устойчивых связей, способствующих оформлению шизоидного расстройства личности.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В соответствии с психическими особенностями на момент призыва обследованные лица были разделены на две группы: с сенситивными или экспансивными чертами характера. Для призывников с преобладанием сенситивных черт (32 (71,11%) человека) были характерны: формально сохранный интеллект, высокий уровень образования, замкнутость, незаинтересованность в установлении или поддержании близких дружеских связей, трудности в социальном взаимодействии с незнакомыми людьми, избегание сексуальных контактов. Предпочтение уединенной деятельности было обусловлено отсутствием внутренней потребности в общении. Деловые отношения налаживались в основном по рациональным механизмам, но оставались при этом сугубо формальными. Длительное переживание даже мелких обид («сверхнежная» внутренняя организация, болезненная чувствительность по Э. Кречмеру) сочеталось с ослаблением эмоционального резонанса и эмпатии, холодностью в общении с близкими, избеганием бурного проявления чувств, равнодушием к практическим нуждам семьи (психэстетическая пропорция). Кроме того, в некоторых случаях (у 8 (17,78%) обследованных) имели место ослабление мотивации, активности психических

процессов, социальной активности, склонность к самоанализу, сомнениям, самонаблюдению; тонкая и глубокая чувственность сочеталась с внутренней напряженностью, тревожностью, настороженностью по отношению к людям и неуверенностью в себе.

В группе лиц с экспансивными чертами характера (13 (28,89%) человек) отмечался более низкий интеллектуальный уровень по сравнению с первой группой, и, соответственно, более низкий уровень образования. Обследованные данной группы отличались решительностью, стеничностью, эгоцентричностью. Они не считались с чужим мнением и во всем полагались на свои взгляды. Взаимодействие с социумом носило несколько отстраненный от реальности характер и нередко сопровождалось вычурными увлечениями. Отношения с окружающими отличались официальностью, формальностью, неспособностью к сопереживанию.

В целом обе группы объединяли такие особенности, как социальная замкнутость, дискомфорт при общении с людьми, неспособность к формированию эмоциональных связей с окружающими, неразвитость эмпатии, отстраненность от реальных целей и обращенность в сферу внутренних переживаний.

Согласно данным анамнестического анкетирования в общей выборке 9 (20%) человек жалоб не предъявляли, у 36 (80%) обследованных были жалобы на периодически возникающую апатию, сезонное снижение настроения, тревогу, внутреннее напряжение, постоянные трудности в общении, неустойчивый сон. Материальное положение семьи у 10 (22,22%) призывников было благополучным, у 30 (66,67%) — удовлетворительным, у 5 (11,11%) — неудовлетворительным. В условиях непатологических методов воспитания выросли 32 (71,11%) человека, в условиях гипоопеки — 13 (28,9%).

Наследственной отягощенности у родственников первой группы родства по психическим заболеваниям в 16 (35,56%) случаях выявить не удалось, у 4 (8,89%) призывников обнаружена наследственная отягощенность по алкоголизму у одного или обоих родителей, в 25 (55,56%) случаях — по другим психическим заболеваниям: шизофрения у матери или отца (14 (31,11%) случаев), олигофрения (1 (2,22%) случай), депрессия с суицидальной попыткой (5 (11,11%) случаев). Психическая патология у родственников второй линии родства (эпилепсия, расстройство личности) наблюдалась у 5 (11,11%) призывников.

В 36 (80%) случаях не выявлено патологии беременности и родов у матерей, 6 (13,33%) призывников были рождены путем кесарева сечения, в 3 (6,67%) случаях имела место сочетанная патология беременности и родов в виде выраженного токсикоза, угрозы прерывания беременности, родов со стимуляцией. У 34 (75,56%) призывников серьезных болезней, перенесенных в детском возрасте, не выявлено. У остальных отмечались единичные случаи энуреза и энкопреза до 5–8 лет (по 2 (8,88%)

случая при каждой патологии, невротические реакции выявлены у 6 (13,33%) призывников и тревожно-фобическое расстройство в детстве — у 1 (2,22%).

На момент обследования 13 (28,89%) призывников имели оконченное среднее образование, 4 (8,89%) — неоконченное (9 классов). Среднее профессиональное образование успели получить 11 (24,44%) призывников, продолжали получать среднее и высшее образование 13 (28,89%) человек. Не окончили образование и не учились на момент обследования 4 (8,89%) человека.

Никаких аддиктивных проявлений не было у 36 (80%) призывников, остальные курили и употребляли алкоголь. У 5 (11,11%) призывников отмечались выраженные нарушения поведения в виде постоянных прогулов занятий без уважительных причин, участия в драках. Суицидальные мысли неоднократно высказывали 3 (6,67%) обследованных, еще у 3 (6,67%) отмечались суицидальные попытки (порезы на предплечье, однократные приемы больших доз транквилизаторов). Вычурные увлечения (хардрок, оккультные науки, религия, философия, молодежное течение эмо (*англ.* emo: от emotional — эмоциональный) имели место у 19 (42,22%) призывников. Таким образом, у обследованных лиц на момент призыва в Вооруженные силы выявлены множественные патологические особенности, которые могут препятствовать успешной социальной адаптации и ограничивать возможность службы в армии.

В катamnестическом исследовании приняли участие 38 человек (7 обследованных выбыли из-за смены места жительства или отказа от дальнейшего обследования). За прошедший 5-летний период не было зарегистрировано дополнительных заболеваний у 33 (86,84%) пациентов, в 5 (13,16%) случаях отмечались черепно-мозговые травмы. Образовательный уровень обследованных повысился: 12 (31,58%) человек окончили вуз, 5 (13,16%) человек получили среднее профессиональное образование, 17 (44,74%) еще продолжали послешкольное обучение по завершении 5-летнего периода наблюдения.

Аддиктивные проявления в виде курения и употребления алкоголя отмечались у 17 (44,74%) человек. Увеличилось количество обследованных с нарушениями поведения в виде постоянных прогулов занятий без уважительных причин и участия в драках (11 (28,95%) человек). Суицидальных мыслей и попыток за истекший период ни у кого не отмечалось, частота встречаемости вычурных увлечений (хардрок, оккультные науки, философия, молодежные течения эмо) выросла до 50%.

Клиника двух типов шизоидного расстройства личности во многом сгладилась, но основные психопатологические изменения, по которым все обследованные на момент призыва были разделены по группам (чрезмерная чувствительность и астенический аффект с одной стороны и эмоциональная холодность и стенический аффект с другой), сохранились. В обеих группах у ряда больных снизилась социальная активность, нарастала

холодность в общении с близкими, снижались эмоциональный резонанс и эмпатия, усилилась замкнутость, общение ограничивалось формальными отношениями, нарастала уязвимость к собственной персоне, неуверенность в себе, внутренняя напряженность, тревожность и настороженность. Различия в основных показателях анамнестического и катamnестического (через 5 лет) исследований представлены в таблице.

Учитывая многофакторность шизоидного расстройства личности методом главных компонент (факторов) были выделены устойчивые патологические связи симптомов, на которые может быть направлено терапевтическое воздействие (медикаментозное, психолого-коррекционное, реабилитационное и проч.). Каждый год исследовалось 5 факторов, которые на момент призыва описывали 57,42% всех обследованных призывников, на 2 год катamnестического исследования — 57,93%, на 3 год — 60,08%, на 4 год — 62,35% случаев и, наконец, через пять лет после первого обследования — 61,21% лиц от полной дисперсии.

На момент призыва первый фактор характеризовал 17,25% случаев от полной дисперсии и включал следующие взаимосвязанные симптомы: решительность, стеничность, эгоцентричность, высокомерие в совокупности с импульсивным поведением и наследственной отягощенностью. Таким образом первый фактор описывал наиболее типичные экспансивные клинические проявления. Второй фактор (12,26% от общей дисперсии) свидетельствовал о замкнутости, интравертированности, трудности в установлении контактов в сочетании с неуверенностью в себе, склонностью к сомнениям и самоанализу, т. е. данный фактор определял сенситивные особенности. Третий фактор (10,63%) объединял методы воспитания (гипоопека) и невысокий интеллект. Четвертый фактор (10,05%) указывал на ослабление мотивации и активности психических процессов (памяти, внимания, сообразительности). Наконец, пятый фактор (7,23%) объединил такие особенности анамнеза, как наличие

патологии беременности и родов у матери и своеобразие увлечений у призывника.

На втором году катamnестического исследования первый фактор (18,44% случаев от полной дисперсии) включал такие показатели, как решительность, стеничность, эгоцентричность, высокомерие с импульсивным поведением (исключилась наследственная отягощенность), т. е. фактически дублировался первый фактор первоначального обследования. Кроме того, прибавились симптомы, которые находились в реципрокных отношениях с первыми: неуверенность в себе, склонность к сомнениям, самоанализу — эти симптомы при первоначальном обследовании включались во второй фактор. Иными словами, при нарастании неуверенности в себе, склонности к сомнениям и самоанализу ослабевала решительность, стеничность, эгоцентричность и высокомерие с импульсивным поведением, т. е. с течением времени отмечалось сближение двух типов шизоидного расстройства личности. Второй фактор (11,46%) указывал на связь психопатологически отягощенной наследственности и нарушений поведения. Третий (10,53%), четвертый (9,03%) и пятый (8,4%) факторы совпали по наполнению с аналогичными факторами первоначального исследования.

На третий год катamnестического наблюдения первый фактор (20,42%) содержал в себе такие симптомы, как снижение эмоционального резонанса, эмпатии, социальной активности, адаптации, наряду с неуверенностью в себе, склонностью к сомнениям и самоанализу. Второй фактор (12,79%) дублировал третий фактор первоначального исследования (связь воспитания по типу гипоопеки и более низкого интеллекта). Третий фактор (10,23%) охватывал такие показатели, как неполная семья, ослабление мотивации и активность психических процессов (памяти, внимания, сообразительности), — сочетание этих особенностей ранее не фигурировало. Четвертый фактор (9,2%) включал только наследственную отягощенность. Наконец, пятый фактор (7,44%)

Таблица. Различия показателей анамнестического и катamnестического (через 5 лет) исследований

Table. Differences in anamnestic and catamnestic (after five years) studies

Показатель	Данные				p <
	анамнеза		катамнеза		
	абс.	%	абс.	%	
Отсутствие жалоб	9	20,0	18	47,37	0,01
Жалобы на раздражительность, конфликтность, временами агрессивность	4	8,89	8	21,05	0,01
Неудовлетворительное материальное положение	5	11,11	2	5,26	0,05
Курение, алкоголизация	3	6,67	12	31,58	0,01
Нарушение учебной и трудовой дисциплины, конфликты, драки	5	11,11	11	28,95	0,01
Вычурные увлечения	19	42,22	19	50,0	0,05

был аналогичен такому же фактору во время призыва (патология беременности и родов у матерей и своеобразие увлечений). Таким образом, на третий год катamnестического наблюдения первый фактор включал некоторые негативные симптомы, что свидетельствует о возможной трансформации шизоидного расстройства личности у некоторых пациентов в шизотипическое расстройство (шизотипическое расстройство личности, в частности).

На четвертый год катamnеза первый фактор (22,32%) полностью дублировал аналогичный фактор третьего года наблюдения, что указывает на его стойкость. Вторым фактор (12,03%) содержал связь образования и интеллекта. Третий (10,18%), четвертый (9,17%) и пятый (8,65%) факторы включали показатели, ранее не встречавшиеся: аддиктивные нарушения (в третьем факторе), своеобразие увлечений (философия, оккультные науки и др. — в четвертом факторе), неудовлетворительные материальные условия жизни (в пятом факторе). Таким образом, появившиеся через четыре года катamnестического наблюдения дополнительные патологические маркеры (аддиктивные нарушения, своеобразные увлечения и неудовлетворительные материальные условия) свидетельствовали об усложнении клинической картины расстройства и возможном ухудшении социальной адаптации.

Через 5 лет после первого обследования первый фактор (26,41%) включал те же взаимосвязанные симптомы аналогичного фактора третьего и четвертого годов наблюдения (снижение эмоционального резонанса, эмпатии, социальной активности и адаптации, неуверенность в себе, склонность к сомнениям и самоанализу), а также к ним добавился показатель «отсутствие постоянного места работы». Вторым фактор (10,77%) описывал взаимосвязь материальных условий и интеллекта. Третий фактор (9,62%) соответствовал второму фактору четвертого года наблюдения (связь образования и интеллекта). Четвертый фактор (7,7%) включал симптомы аналогичного фактора предыдущего года наблюдения (своеобразие увлечения) и дополнительно усложнился новой симптоматикой: элементами субъективизма в мышлении. Пятый фактор (7%) повторял третий фактор четвертого года наблюдения (аддиктивные нарушения).

Таким образом, шизоидное расстройство личности, диагностированное при призыве в армию, можно в целом рассматривать как устойчивое патологическое состояние с определенной системной организацией психопатологических феноменов. Однако известно, что в любой системе есть более устойчивые и менее устойчивые связи («жесткие» и «гибкие» звенья) [10, 11]. Изменения «жесткого» звена, стержневого паттерна системы, быстро и радикально «расшатывает» устойчивое патологическое состояние. «Расшатывание» «гибких» звеньев системы приводит к более

плавным изменениям состояния, но при этом нужно учитывать, что при ликвидации одних связей между симптомами, как было показано выше, могут возникать другие.

При первичном обследовании наиболее устойчивые сочетания образовывали симптомы, соответствующие основным клиническим типам шизоидного расстройства личности (экспансивному и сенситивному). Позднее наблюдались трансформации сочетаний симптомов и включение в факторы новых признаков. С помощью факторного анализа при катamnестическом наблюдении еще раз подчеркнута не только многофакторность шизоидного расстройства личности, но и его динамичность, проявляющаяся в отдельных случаях признаками перехода шизоидного расстройства личности в эндогенный процесс.

А.Ю. Александровский [8] указывает на то, что в клинике непсихотических психических расстройств, в том числе расстройств личности, есть нарушения с признаками как конституциональных, так и аутохтонных изменений. Шизоидное расстройство личности вызывает особую сложность. В одних случаях при развитии этой патологии наблюдается стойкая стабилизация состояния с достаточной компенсацией патологических проявлений. В других случаях происходит заострение проявлений анестетического полюса, в частности дефицита эмоциональных проявлений, невосприимчивость к мнению окружающих и др. [7]. В проанализированных наблюдениях есть и те и другие случаи. По результатам проведенного исследования пока сложно определить степень прогрессивности, на то, что у некоторых пациентов снижается уровень общего функционирования, может указывать на описанный А.П. Коцюбинским [12] возможный неблагоприятный патоморфоз: шизоидное расстройство личности — шизотипическое расстройство личности — шизотипическое расстройство.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У призывников, страдающих шизоидным расстройством личности, определены два типа шизоидного расстройства личности: экспансивный и сенситивный. При первом варианте наблюдается решительность, стеничность, эгоцентричность и высокомерие. Сенситивный вариант характеризуется замкнутостью, интровертированностью, трудностями в установлении контактов, неуверенностью в себе, склонностью к сомнениям и самоанализу.

Динамический анализ клинических особенностей шизоидного расстройства личности в течение 5 лет показал, что основные психопатологические проявления сенситивного и экспансивного типов несколько стираются и усложняются другими дополнительными симптомами: своеобразием увлечений, субъективизмом мышления, ослаблением активности психических

процессов, аддиктивными нарушениями. Кроме того, у некоторых пациентов большее значение приобретают и другие аспекты: конституционно-биологические (наследственная отягощенность) и ситуационно-психогенные (воспитание по типу гипоопеки, низкое образование и интеллект, неблагоприятные условия жизни, неполная семья). В отдельных случаях патоморфоз шизоидного

расстройства личности характеризуется появлением малопрогрессирующих признаков эндогенного процесса, в связи с чем целесообразно развивать терапевтические мероприятия (фармакологические, психокоррекционные, социально-реабилитационные) в отношении молодых пациентов, страдающих шизоидным расстройством личности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шамрей В.К. Сегодня психическое здоровье военнослужащих рассматривается как один из факторов боеготовности Вооруженных сил и национальной безопасности России // Доктор.Ру. 2018. № 1. С. 4–5.
2. Борисова Д.Ю. Социальная адаптация подростков с шизоидным расстройством личности (клинико-катамнестическое исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва, 2007. 25 с.
3. Нечипоренко В.В., Шелепова Е.В. Значимость психотравмирующих факторов в развитии пограничных психических расстройств у военнослужащих срочной службы // Военно-медицинский журнал. 1995. № 1. С. 57–58.
4. Бухаров В.Г., Семин И.Р. Сравнительный анализ диагностики расстройств личности (психопатий) у призывников 1998 и 2003 гг. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2014. № 4. С. 27.
5. Шамрей В.К., Марченко А.А., Курасов Е.С., и др. Перспективы объективного мониторинга и прогноза психического здоровья военнослужащих // Доктор.Ру. 2018. № 1. С. 27–33.
6. Ситчихин П.В., Беличенко В.В. Структура психических расстройств у призывного контингента в г. Краснодар // Кубанский медицинский вестник. 2014. № 4. С. 103–106. DOI: 10.25207/1608-6228-2014-4-103-106
7. Смуглевич А.Б. Расстройства личности. Москва: Медицинское информационное агентство, 2012.
8. Александровский А.Ю. Пограничная психиатрия. Москва: РЛС, 2006. 1280 с.
9. Марченко А.А. Катамнез лиц, уволенных из вооруженных сил с пограничными психическими расстройствами: дис. ... канд. мед. наук. Санкт-Петербург, 2003. 215 с.
10. Бехтерева Н.П. Нейрофизиологические аспекты психической деятельности человека. Ленинград: Медицина, 1971. 152 с.
11. Бехтерева Н.П. Здоровый и больной мозг человека. Ленинград: Наука, 1980. 208 с.
12. Коцюбинский А.П. Многомерная (холестичекая) диагностика в психиатрии (биологический, психологический, социальный и функциональный диагнозы). Санкт-Петербург: СпецЛит, 2017. 285 с.

REFERENCES

1. Shamrey VK. The mental health of servicemen is considered as one of the factors of the combat readiness of the armed forces and national security of Russia today. *Doktor.Ru*. 2018;1(145):4–5. (In Russ.).
2. Borisova D.Yu. Social adaptation of adolescents with schizoid personality disorder. [dissertation]. Moscow; 2007. (In Russ.).
3. Nechiporenko VV, Shelepova EV. Znachimost' psihotravmirujushhih faktorov v razvitii pogranychnih psihicheskikh rasstrojstv u voennosluzhashchih srochnoj sluzhby. 1995(1):57–58. *Military Medical Journal*. 1995;1:57–58. (In Russ.).
4. Bukharov VG, Semin IR. Comparative analysis of personality disorders (psychopathies) diagnostics among conscripts in 1998 and 2003. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2014;(4):27. (In Russ.).
5. Shamrey VK, Marchenko AA, Kurasov ES, et al. Prospects for objective monitoring and forecasting of the servicemen mental health. *Doktor.Ru*. 2018;(1):27–33. (In Russ.).
6. Sitchikhin PV, Belichenko VV. The structure of mental disorders among the conscript contingent in Krasnodar. *Kubanskiy meditsinskiy vestnik*. 2014;4:103–106. (In Russ.). DOI: 10.25207/1608-6228-2014-4-103-106
7. Smulevich AB. Rasstrojstva lichnosti. Moscow: Meditsinskoye informatsionnoye agentstvo; 2012. (In Russ.).
8. Aleksandrovskiy AYu. *Pogranichnaya psihiatriya*. Moscow: RLS; 2006. 1280 p. (In Russ.).
9. Marchenko AA. Katamnez lic, uvolennyh iz vooruzhennyh sil s pogranychnymi psihicheskimi rasstrojstvami. [dissertation]. Saint Petersburg; 2003. 215 c. (In Russ.).
10. Behtereva NP. Neirofiziologicheskie aspekty psihicheskoy dejatel'nosti cheloveka. Leningrad: Medicina; 1971. 152 p.
11. Behtereva NP. Zdoroviy i bol'noj mozg cheloveka. Leningrad: Nauka; 1980. 208 p.
12. Kocjubinskij AP. Mnogomernaya (holesticheskaja) diagnostika v psihiatrii (biologicheskij, psihologicheskij, social'nyj i funktsional'nyj diagnozy). Saint Petersburg: SpecLit; 2017. 285 p.

ОБ АВТОРАХ

***Елена Алексеевна Григорьева**, доктор медицинских наук, профессор; SPIN-код: 8294-4308

Ольга Владимировна Лисаускене, врач-психиатр

Евгений Юрьевич Абриталин, доктор медицинских наук, профессор; ORCID: 0000-0001-9239-2221; SPIN-код: 6886-0304

Александр Иванович Колчев, доктор медицинских наук, профессор; SPIN-код: 4128-7377

AUTHORS INFO

***Elena A. Grigoryeva**, doctor of medical sciences, professor; SPIN code: 8294-4308

Olga V. Lisauskene, psychiatrist

Evgeny Y. Abritalin, doctor of medical sciences, professor; ORCID: 0000-0001-9239-2221; SPIN code: 6886-0304

Alexander I. Kolchev, doctor of medical sciences, professor; SPIN code: 4128-7377

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author