

А.А. Марченко, А.Ю. Гончаренко,
А.А. Краснов, А.В. Лобачев

Особенности диагностики невротических расстройств у военнослужащих

Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург

Резюме. Анализируются основные проблемы диагностики невротических расстройств у военнослужащих. Выявлено, что диагностическая надежность традиционной иерархической модели «симптом – синдром – нозология» составляет всего лишь 33,9% для синдромологического уровня диагностики и 41,2% – для симптоматологического. Низкая надежность диагностики находит отражение в нестабильности диагнозов во времени: уже при второй госпитализации они были изменены у 67,6% больных. Вариативность в трактовке состояния больных негативно отражалась и на результатах военно-врачебной экспертизы. Показано, что внедрение стандартизированных методик оценки состояния больных повышает точность диагностики и экспертных заключений: доля совпадения диагнозов при второй госпитализации составила 62,3%, а дополнение клинической диагностики уровневой оценкой состояния позволяет объективизировать суждение о тяжести расстройств и периоде наступления компенсации при решении экспертных вопросов.

Обследование военнослужащих на доболезненном этапе невротических расстройств выявило отличие в показателях личностного профиля стандартизированного многофакторного исследования личности у лиц с невротическими расстройствами по сравнению со здоровыми по шкалам депрессии ($71,1 \pm 3,8$ и $62,0 \pm 3,2$ балла; $p < 0,005$), психопатии ($69,2 \pm 3,4$ и $61,4 \pm 2,9$ балла; $p < 0,005$), паранойальности ($59,1 \pm 2,6$ и $53,3 \pm 1,5$ балла; $p < 0,005$). В когнитивной сфере выявлена тенденция к снижению таких показателей, как сложные аналогии ($20,3 \pm 1,2$ и $26,5 \pm 1,8$ баллов; $p < 0,005$); образное мышление ($18,7 \pm 1,1$ и $24,4 \pm 1,3$ балла; $p < 0,005$); эффективность выполнения всего задания ($128,6 \pm 5,1$ и $137,4 \pm 4,7$ баллов; $p < 0,005$). На основе полученных данных составлена математическая модель прогноза развития невротических расстройств на доболезненном этапе. Модель позволяет повысить эффективность мероприятий по раннему выявлению лиц с риском развития невротических расстройств, ориентировочно, на 30%.

Ключевые слова: невротические расстройства, диагностика психических расстройств, клинометрия, стандартизированные методики оценки психического состояния, прогноз развития невротических расстройств, психическое здоровье военнослужащих.

Введение. К настоящему времени увеличение распространенности патологии невротического спектра привело к тому, что, по образному выражению М.М. Кабанова [2], «малая психиатрия стала не большой, она стала огромной». К проблемным вопросам пограничной психиатрии относят сложность диагностики и дифференциации этих расстройств, хронический характер течения, значительную коморбидность с другими заболеваниями [1, 3 12, 13]. Не менее острой данная проблема является и для вооруженных сил большинства стран. В частности, в зарубежных армиях после госпитализации по поводу невротических расстройств увольняется в течение года от 30 до 50% военнослужащих, что в 4 раза выше, чем при прочих заболеваниях. При этом, у лиц, продолжающих военную службу, показатели военно-профессиональной деятельности резко снижаются. К тому же эффективность профессионального отбора, как и качество экспертных заключений при психиатрическом освидетельствовании военнослужащих с невротическими расстройствами (НР) в большинстве своем неудовлетворительны [15]. Указанные тенденции характерны и для Вооруженных сил Российской Федерации: НР на протяжении многих лет являются

ведущей причиной досрочного увольнения из армии, с ними связано значительное число суицидов, дисциплинарных проступков, аварийных ситуаций [4].

Проблема диагностики НР у военнослужащих определяется несколькими взаимосвязанными между собой позициями: необходимостью выявления прогностически значимых предвестников НР на доболезненном этапе, либо диагностики этой патологии на ранних этапах ее формирования; объективными трудностями использования традиционного клинко-психопатологического диагностирования НР, в том числе, для разграничения как отдельных таксономических единиц между собой, так и всей группы НР от прочих психических нарушений пограничного спектра; необходимостью объективной оценки степени тяжести заболевания и раннего прогноза для целей военно-врачебной экспертизы (ВВЭ). Построение прогностических моделей различных форм данной патологии, равно как и выявления их доманифестных предикторов, невозможно без четкой дифференцировки отдельных таксонов.

В определенной степени указанные трудности объясняются неизбежными сложностями использования традиционного психопатологического подхода,

основанного на сужении сложной феноменологии конкретного расстройства до уровня «типичной» совокупности психопатологических проявлений (симптомов, синдромов и т.д.), вследствие чего в значительной мере утрачивается своеобразие и нюансировка получаемых данных. Попытка преодолеть эти ограничения в систематиках *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, IV edition и Международная классификация болезней, 10 пересмотр (МКБ-10) за счет введения понятия «критерий» вместо «симптом» имела частичный успех. Во-первых, потому, что она позволила лишь незначительно расширить перечень последних. Во-вторых, особенности применения данных классификаций, предполагающие необходимость формализованного подхода на базе структурированных интервью с построением многомерного диагноза, наталкиваются на клиническое мышление практикующих врачей, ориентированное на «идеальные типы» К. Ясперса [11] и предпочитающее основываться в диагностике на правиле «иерархического исключения». Существенное значение для преодоления ограничений психопатологического метода имело бы внедрение уровневых подходов, однако, они так и не нашли широкого применения в практической деятельности. В итоге, несмотря на многочисленные ссылки о широкой распространенности НР среди военнослужащих [8], результаты контрольных обследований далеко не всегда подтверждают первичный экспертный диагноз [5].

Кроме того, анализ преморбидного периода НР, концептуальное расширение диагностических границ психических нарушений за счет учета тонких доманифестных изменений способствовало бы не только ранней диагностике и своевременному выделению «групп риска», но и развитию оптимальных методик коррекции психических расстройств у военнослужащих в предманифестном периоде. Однако методологические сложности их идентификации и соотнесения с клинически оформленным расстройством ставят неизбежный вопрос о прогностической надежности выявляемых донозологических нарушений, их вероятной сопряженности с возможным развитием НР.

Цель исследования. Сопоставить данные структурно-динамического анализа различных форм невротических расстройств, оценить его диагностическую, прогностическую и экспертную значимость, разработать нормативные параметры оценки степени тяжести этих нарушений с экспертных позиций и сформулировать предложения по выявлению предикторов формирования данных нарушений.

Материалы и методы. Исследование проводилось в два этапа. На первом этапе разрабатывались подходы к оптимизации диагностики НР, для чего диагностические заключения из медицинской документации (историй болезни) сопоставлялись с результатами контрольных обследований, проводившихся с использованием стандартизированных методик диагностики. Всего на данном этапе обследовано 310

человек, у которых в ходе первой госпитализации был установлен окончательный диагноз «невротическое состояние» (по МКБ-9, либо соответствующий ему по МКБ-10), из них 253 (81,6%) мужчин и 57 (18,4%) женщин. Возраст обследованных варьировал от 22 до 53 лет (в среднем – 35,3±7,2 года). Средний срок службы до момента госпитализации составил 20±21 лет, средняя длительность заболевания – 31,7±39,8 месяца.

По данным историй болезни распределение обследованных по диагностическим рубрикам было следующим: дистимия (депрессивный невроз) – 10,0%, тревожно-фобические и обсессивно-компульсивные расстройства (невроз навязчивых состояний) – 10,3%, прочие тревожные расстройства – 6,1%, острые стрессовые (невротические) реакции и расстройства адаптации – 14,5%, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – 5,5%, конверсионные и соматоформные расстройства (истерический и ипохондрический невроз) – 12,9%, неврастения – 16,8%, недифференцированные невротические расстройства – 23,9%. При этом значительную часть из них (35,8%) составили военнослужащие, которым проводилась ВВЭ. У 73,9% обследованных проведено катamnестическое изучение (средний срок катamnеза – 2,29±0,64 лет).

Исследование проводилось в рамках мультимодального подхода, предполагающего интеграцию информации, полученной разными способами, основными из которых были клинико-психопатологический, клинометрический [14] и экспериментально-психологический. При этом все диагностические заключения верифицировались с помощью дополнительных инструментов, соответствующих МКБ-10, ведущими из которых являлись CID-I – «Структурированное международное диагностическое интервью» [17] и MINI – «Краткое международное нейропсихиатрическое интервью» [16].

На втором этапе анализировались результаты многолетнего динамического наблюдения состояния психического здоровья 284 военнослужащих по контракту в возрасте от 18 до 26 лет (20,5±0,5 лет), в результате которого они были разделены на 2 группы: 1-я (n=146) – военнослужащие с НР, обследованные в условиях психиатрического стационара; 2-я – контрольная (n=138) – здоровые военнослужащие. Среди обследованных 1-й группы в основном выявлялись: неврастения (F 48.0 – 35,6%), расстройства адаптации с преимущественным нарушением эмоций (F 43.23 – 32,9%), расстройства адаптации с преимущественным нарушением поведения (F 43.24 – 27,4%), значительно реже – фобические тревожные расстройства (F 40 – 1,4%) и соматоформные расстройства (F 45 – 2,7%).

При этом, результаты обследования и лечения военнослужащих 1-й группы были сопоставлены с данными их профессионального психологического отбора (при поступлении в высшее военное учебное заведение), включавшими когнитивную методику

«КР-3-85» [6] и квантифицированную оценку личностных особенностей по стандартизированному многофакторному исследованию личности (СМИЛ) [9]. Временной интервал от момента проведения профессионально-психологического обследования до манифестации НР составил от 6 месяцев до 6 лет (в среднем $2,3 \pm 0,35$ лет).

Результаты и их обсуждение. Показано, что в 60% случаев психическое состояние больных определялось сочетанием малоспецифичных симптомов тревожно-депрессивного спектра. Это обстоятельство, наряду с концептуальными сложностями верификации НР, негативно отражалось на точности их диагностики. Так, по данным дискриминантного анализа диагностическая надежность (при следовании традиционной иерархической модели «симптом – синдром – нозология») составила всего лишь 33,9% для синдромологического уровня и 41,2% – для симптоматологического. Низкая дифференциальная надежность диагностики находила отражение и в «нестабильности» диагнозов во времени – уже при второй госпитализации они были изменены у 67,6% больных. При этом типичным был следующий «дрейф» диагностических заключений: расстройство адаптации – невращения – органическое психическое расстройство.

Выявлено, что диагностические ошибки в значительной степени были связаны с переоценкой психогенных, конституциональных или личностных факторов, лежащих в основе ряда классических концепций невротогенеза, а также отсутствием дифференцирования между основными клиническими проявлениями и реакцией личности на них. Так, тип акцентуации характера далеко не всегда соответствовал клиническому варианту невротического расстройства. При всех формах нарушений (за исключением ПТСР) доминировала триада, включавшая сенситивный, астено-невротический и истероидный типы. Большее дифференциальное значение имела высокая распространенность дискордантных (с сочетанием характерологических черт из различных кластеров) типов личности. В первую очередь, это относилось

к пациентам с паническим и тревожно-фобическими расстройствами, где их доля достигала 65,5 и 47,7% соответственно.

В 34,2% случаев наследственная отягощенность психическими нарушениями наблюдалась у пациентов с тревожно-фобическими нарушениями, при конверсионных и соматоформных расстройствах, а также при невращениях подобные случаи отмечались в 10 и 13,3% соответственно. При этом у родственников первой группы психические расстройства встречались в 18,2% случаев, у пациентов с ПТСР наблюдалась наибольшая отягощенность алкоголизмом (33,3%).

Психотравмирующие ситуации, как правило хронического характера, отмечались, вопреки психогенной парадигме НР, только в 78,7% случаев и чаще регистрировались за 1–2 года до начала заболевания. Отчетливой связи содержания психотравмы с формой невротических нарушений не выявлено (за исключением ряда случаев расстройств адаптации). Взаимосвязи между конкретными формами НР и гипотетическими интрапсихическими конфликтами также не установлено. Последние, скорее, отражали нарушенные (вследствие заболевания) социальные отношения, чем являлись причиной болезненных проявлений. В итоге, по результатам контрольного клинко-психопатологического обследования больных совпадения диагностических заключений были отмечены лишь в 37,7% случаев. Редко подтверждался диагноз невращения (17,3%), а также конверсионных и соматоформных расстройств (27,5%).

Разными были и исходы лечения. Так, максимальное число больных с неблагоприятными исходами лечения (отсутствие положительной динамики) отмечено у больных с конверсионными и соматоформными (50,0%), депрессивными (36,4%) расстройствами, а также ПТСР (37,0%). Минимальным их число было при тревожно-фобических расстройствах (22,7%), генерализованной тревоге (22,7%) и расстройствах адаптации (26,4%). Частота выздоровления была самой высокой при расстройствах адаптации (27,6%), а самой низкой – при депрессивных расстройствах (4,5%).

Вариативность в трактовке состояния больных негативно отражалась и на результатах ВВЭ (табл. 1).

Таблица 1

Экспертные заключения у военнослужащих с различными формами невротических расстройств

Формы невротических расстройств	Признано годными к военной службе		Признано негодными к военной службе	
	абс.	%	абс.	%
Депрессивные расстройства	3	13,6	19	86,4
Тревожно-фобические расстройства	4	40	6	60
Прочие тревожные расстройства	0	0	6	100
Расстройства адаптации	10	35,7	18	64,3
Конверсионные и соматоформные расстройства	2	11,8	15	88,2
Невращения	12	31,6	26	68,4
Недифференцированные невротические расстройства	25	27,2	67	72,8
Всего	56	26,3	157	73,7

Так, например, решения об ограниченной годности (негодности) к службе военнослужащих с тревожно-фобическими нарушениями принимались в 60% случаев, а с расстройствами адаптации – в 64,3%. В целом же, при всех формах отчетливо превалировала тенденция к принятию решения о негодности к военной службе (73,7%). В то же время по данным катamnестического обследования после увольнения из ВС лишь 65 (45,5%) человек обращались за психиатрической помощью по поводу ухудшения своего психического состояния (табл. 2).

При этом в 19 случаях (13,3% от общего числа обследованных) военнослужащие направлялись на госпитализацию для прохождения переосвидетельствования в связи с невозможностью реализации решения ВВЭ (из-за необеспеченности жилой площадью). Таким образом, только у 46 (32,2%) человек в катamnезе отмечены обращения по поводу ухудшения психического состояния. Анализ распределения уволенных военнослужащих в зависимости от формы НР (по наличию повторных обращений) показал, что лишь при конверсионных и соматоформных расстройствах число больных с рецидивами было достоверно ($p < 0,05$ по критерию χ^2) ниже количества военнослужащих без таковых. В остальных случаях благоприятная и неблагоприятная динамика наблюдались в приблизительно равных пропорциях.

Полученные данные свидетельствуют о недостаточной надежности существующих диагностических подходов для прогнозирования невротических расстройств в связи с задачами ВВЭ. При этом на сложность получения объективного диагностического заключения существенное влияние оказывала коморбидность расстройств, выявленная в 34,2% случаев. В основном коморбидные нарушения отмечались у пациентов с паническими, тревожно-фобическими и посттравматическими расстройствами (58,8, 53,8 и 51,9% соответственно) и практически не наблюдались при диссоциативных и соматоформных нарушениях

(15%). Наиболее частыми «вторыми диагнозами» были аддитивные и соматоформные расстройства (10,6 и 5,5% соответственно), значительно реже – расстройства личности и ПТСР (1,6 и 1,0% соответственно). Вместе с тем, даже несмотря на проблему коморбидности, «стабильность» диагностических заключений при стандартизированной диагностике существенно повысилась (при второй госпитализации доля совпадения диагнозов составила 62,3%).

В качестве перспективного направления повышения точности экспертных заключений, можно рассматривать внедрение уровневой оценки состояния больных [7]. Актуальность такого подхода вызвана еще и тем, что существующие критерии определения степени годности военнослужащих к продолжению военной службы основаны также на оценке тяжести (легкое, умеренно выраженное и т.п.) и длительности (например, кратковременное) психических нарушений. Однако в настоящее время суждения о выраженности болезненных проявлений, равно как и определения момента выздоровления либо компенсации (при оценке длительности расстройства), основаны преимущественно на субъективных оценках. Специалисты ВВЭ в 73,9% случаев диагностируют умеренные нарушения, в 10,8% – легкие и в 15,3% – тяжелые. Вместе с тем, В.К. Шамрей, А.А. Марченко [10] приводят различные нормативные параметры для основных клинметрических шкал.

Исходя из результатов исследования предлагаем следующие диапазоны определения степени тяжести невротических расстройств у военнослужащих (табл. 3).

Изучение интраклинической динамики НР позволило определить критерии ремиссии на основании сопоставления квартильных значений респондеров (лиц с редукцией выраженности симптоматики более чем на 50%) и нонреспондеров. Они составили для шкалы HAMD 8 баллов, для НАМА – 6 баллов. Уровневая оценка состояния по ряду индексов шкал депрессии и тревоги Гамильтона обнаружила достоверные пря-

Таблица 2

Распределение военнослужащих, уволенных из Вооруженных сил с различными формами невротических расстройств (по наличию повторных обращений)

Клинический диагноз	Группа больных			
	без повторных обращений в катamnезе		с повторными обращениями в катamnезе	
	абс.	%	абс.	%
Депрессивные расстройства	18	47,4	20	52,6
Тревожно-фобические расстройства	12	52,2	11	47,8
Прочие тревожные расстройства	7	77,8	2	22,2
ПТСР	3	30	7	70
Расстройства адаптации	5	35,7	9	64,3
Конверсионные и соматоформные расстройства	21	75	7*	25
Неврастения	3	60,0	2	40,0
Недифференцированные невротические расстройства	9	56,3	7	43,8
Всего	78	54,5	65	45,5

Примечание: * – $p < 0,05$.

Таблица 3

Нормативные диапазоны для определения степени тяжести невротических расстройств

Шкала	Наличие патологии сомнительно	Легкая степень нарушений	Умеренная степень нарушений	Тяжелая степень нарушений
HAMD-17	<10	10–16	17–24	>24
HAMA	<7	7–15	16–22	>22
ПТ	–	<10	10–17	>17
CAPS	–	<42	42–62	>62

Примечание: HAMD – шкала оценки депрессии Гамильтона; HAMA – шкала оценки тревоги Гамильтона; CAPS – шкала клинической диагностики посттравматического стресса; ПТ – шкала оценки тяжести пароксизмальной тревоги.

мые корреляционные связи с показателем исхода. Так, для фактора тревоги шкалы HAMD коэффициент корреляции составил 0,36, для фактора меланхолии Бека – 0,32 и для суммарного показателя – 0,31. Для шкалы тревоги Гамильтона прогностически значимыми были показатель выраженности когнитивных расстройств (пункт 5) и суммарный балл, для которых коэффициенты корреляции с характеристикой исхода составили 0,30 и 0,31 соответственно.

Сходная методология (с верификацией диагностических заключений с помощью стандартизированных методов диагностики) была положена и в основу поиска предикторов формирования невротических расстройств у военнослужащих. Так, на доболезненном этапе НР отличия в показателях личностного профиля СМЛ можно было установить у значительного числа больных военнослужащих. При оценке усредненного профиля СМЛ в предболезненном периоде (в сравнении с контрольной группой) выявлены статистически значимые повышения показателей по шкалам: депрессия (71,1±3,8 и 62,0±3,2 балла соответственно; $p=0,005$), психопатия (69,2±3,4 и 61,4±2,9 баллов соответственно; $p=0,007$), паранойальность (59,1±2,6 и 53,3±1,5 баллов соответственно; $p=0,009$).

В когнитивной сфере выявлена тенденция к снижению эффективности выполнения задания на сложные аналогии (20,3±1,2 и 26,5±1,8 баллов; $p<0,005$); образного мышления (18,7±1,1 и 24,4±1,3 балла; $p<0,005$); эффективности выполнения всех заданий (128,6±5,1 и 137,4±4,7 баллов; $p<0,005$). Также выявлено соответствие между особенностями клинической картины НР и степенью снижения показателей когнитивных функций в преморбидном периоде. Так, у лиц с низкими показателями функционального состояния когнитивной сферы возникали более грубые реакции психической дезорганизации с регрессивными формами поведенческого реагирования конверсионного и диссоциативного типов в разгаре НР (37,6% по сравнению с 8,3% – у лиц с высокими когнитивными показателями; $p<0,01$).

На основе полученных результатов была разработана математическая модель прогноза развития НР на доболезненном этапе. В качестве адекватного методологического подхода для создания модели использовался логистическая регрессия с бинарным откликом и вычислением коэффициентов методом Хука – Дживиса. В результате полученное уравнение имело вид:

$$Y = \exp(7,23 + 0,115 AnE + 0,04 ZpE + 0,03 OmE + 0,06 VpE + 0,09 YzE - 0,02 K - 0,06L - 0,006 D - 0,04 Pd - 0,05 Mf - 0,05 Pa + 0,007 Sc) / \{1 + \exp(7 + 0,0001 AnE + 0,04 ZpE + 0,03 OmE + 0,06 VpE + 0,09 YzE - 0,02 K - 0,06 L - 0,006 D - 0,04 Pd - 0,05 Mf - 0,05 Pa + 0,007 Sc)\}$$

где Y – коэффициент риска развития НР; AnE – эффективность выполнения методики «аналогии»; ZpE – эффективность выполнения методики «зрительная память»; OmE – эффективность выполнения методики «образное мышление»; VpE – эффективность выполнения методики «вербальная память»; YzE – эффективность выполнения методики «установление закономерностей»; K – коэффициент скорости обработки когнитивного методики в целом; L – показатели шкалы «ложь» методики СМЛ; D – показатели шкалы «депрессия» методики СМЛ; Pd – показатели шкалы «импульсивность» методики СМЛ; Mf – показатели шкалы «женственность/мужественность» методики СМЛ; Pa – показатели шкалы «ригидность» методики СМЛ; Sc – показатели шкалы «шизоидность» методики СМЛ.

Общая надежность прогноза созданной методики составила 83%, при этом доля правильно классифицируемых экспертных заключений для категории «благоприятный прогноз психического здоровья» составила 97%, а доля правильно классифицируемых экспертных заключений для категории «есть риск развития НР» – 35%. Более высокая точность благоприятного прогноза в данной модели объясняется особенностями обследованной выборки, которая состояла из военнослужащих уже прошедших «фильтр» врачебной комиссии и профессионального психологического отбора на этапе поступления на военную службу. Вместе с тем, представленная модель позволяет повысить эффективность мероприятий по раннему выявлению лиц «с риском развития НР», как минимум, на треть.

Выводы

1. У военнослужащих с невротическими расстройствами диагностическая надежность традиционной иерархической модели «симптом – синдром – нозология» для синдромологического уровня диагностики составляет 33,9%, для симптоматологического – 41,2%. Низкая надежность такой диагностики находит отражение в нестабильности диагностических заключений во времени (уже при второй госпитализации они изменены у 67,6% больных).

2. Наличие в клинической структуре невротических расстройств сочетания тревожных и депрессивных проявлений затрудняет дифференциальную диагностику этой патологии и негативно отражается на качестве клиничко-экспертных заключений.

3. Дополнительное использование структурированных диагностических интервью позволяет повысить качество экспертной оценки невротических нарушений на этапе стационарного обследования и лечения.

4. Уровневая оценка состояния больных для определения тяжести расстройств и их динамики должна основываться на применении соответствующих диагностических шкал с учетом разработанных диагностических порогов.

5. У военнослужащих с невротическими расстройствами в доболезненном периоде наибольшей прогностической значимостью обладают признаки снижения эффективности воспроизведения сложных аналогий; эффективности образного мышления; общего снижения эффективности когнитивной активности, повышения показателей по шкалам депрессии, психопатии, паранойальности.

Литература

1. Александровский, Ю.А. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства / Ю.А. Александровский // Психиатрия: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 525–544.
2. Кабанов, М.М. Психиатрия и общество / М.М. Кабанов // Социальная психиатрия. Фундаментальные и прикладные исследования. – Л., 1990. – С. 15–24.
3. Какорина, Е.П. Социально значимые заболевания населения России в 2006 году: Статистические материалы / Е.П. Какорина [и др.]. – М., 2007. – 88 с.
4. Костюк, Г.П. Система психопрофилактической работы в Военно-морском флоте: дис. ... д-ра мед. наук. / Г.П. Костюк. – СПб., 2008. – 351 с.
5. Куликов, В.В. Военно-врачебная экспертиза военнослужащих при психических расстройствах / В.В. Куликов [и др.] // Актуальные проблемы пограничной психиатрии. – СПб., 2006. – С. 155–157.
6. Решетников, М.М. Исследование общего уровня развития познавательных психических процессов / М.М. Решетников, Б.В. Кулагин. – Л., 1987. – 27 с.
7. Рустанович, А.В. Многоосевая диагностика психических расстройств у военнослужащих / А.В. Рустанович, Б.С. Фролов. – СПб., 2001. – 40 с.
8. Синенченко, А.Г. Особенности оказания психиатрической помощи на догоспитальном этапе военнослужащим, проходящим военную службу по контракту (по материалам ЛенВО и СКВО): дис. ... канд. мед. наук / А.Г. Синенченко. – СПб., 2005. – 134 с.
9. Собчик, Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ) Практическое руководство к традиционному и компьютерному вариантам теста / Л.Н. Собчик. – Боргес, 2009. – 256 с.
10. Шамрей, В.К. Квантифицированные методы в диагностике психических расстройств / В.К. Шамрей, А.А. Марченко // Психиатрия: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 30–40.
11. Ясперс, К. Собрание сочинений по психопатологии / К. Ясперс. – СПб.: Белый кролик. – Т. 1. – 1996. – 352 с.
12. Akiskal, H.S. A mixed state core for melancholia: an exploration in history, art and clinical science / H.S. Akiskal, K.K. Akiskal // Acta psychiatr. Scand. – 2007. – Vol. 433, Suppl. – P. 44–49.
13. De Waal, M.W.M. Follow-up study on health care use of patients with somatoform, anxiety and depressive disorders in primary care / M.W.M. De Waal [et al.] // BMC family practice. – 2008. Vol 9, № 5. – P. 5–10.
14. Feinstein, A.R. The theory and evaluation of sensibility / A.R. Feinstein // Clinometrics. – New Haven, Yale University Press, 1987. – P. 141–165.
15. Hoge, C.W. The occupational burden of mental disorders in the U.S. military: psychiatric hospitalizations, involuntary separations, and disability / C.W. Hoge [et al.] // Am. j. psychiatry. – 2005. – Vol. 162, № 3. – P. 585–591.
16. Sheehan, D.V. The MINI International neuropsychiatric interview (MINI): The Development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview / D.V. Sheehan [et al.] // J. clin. psychiatry. – 1998. – Vol. 59, Suppl. 20. – P. 22–23.
17. International consortium in psychiatric epidemiology. cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders: an ICPE survey // Bull. WHO. – 2000. – Vol. 78. – H. 413–426.

A.A. Marchenko, A.Yu. Goncharenko, A.A. Krasnov, A.V. Lobachev

Diagnostic features of neurotic disorders at servicemen

Abstract. The main problems of neurotic disorders diagnosis among servicemen are analyzed. Based on an extensive analysis of diagnostic decisions it was shown that diagnostic reliability of the traditional hierarchical model of «symptom – syndrome – nosology» is only 33,9% for the syndromological diagnostic level and 41,2% – for symptomatic level. Low diagnostic confidence was reflected in the instability of diagnoses over time: even at second hospitalization diagnosis were changed at 67,6% of patients. Variability in diagnosis influenced negatively on the results of the fitness for duty evaluation. It was noted that the introduction of standardized diagnostic methods has improved the accuracy of diagnosis and expert conclusions: share matching diagnosis in the second hospitalization was 62,3%. Additional use of specialized scales allows to objectify the judgment about the severity of the disorder and the compensation stage onset.

Analysis of the servicemen survey results on premorbid phase of neurotic disorders showed differences in personality profile Minnesota multiphasic personality inventory between persons with posterior neurotic disorders and control group on the following scales: depression ($71,1 \pm 3,8$ and $62,0 \pm 3,2$ points; $p < 0,005$), psychopathy ($69,2 \pm 3,4$ and $61,4 \pm 2,9$ points; $p < 0,01$), paranoia ($59,1 \pm 2,6$ and $53,3 \pm 1,5$ points respectively; $p < 0,01$). Cognitive tests results analysis revealed trend to lower cognitive performance in persons with posterior neurotic disorders in comparison with healthy servicemen on the complex analogies test ($20,3 \pm 1,2$ and $26,5 \pm 1,8$ points; $p < 0,005$), creative thinking ($18,7 \pm 1,1$ and $24,4 \pm 1,3$ points; $p < 0,005$), summary battery result ($128,6 \pm 5,1$ and $137,4 \pm 4,7$ points; $p < 0,005$). Based on these data, a mathematical model for prediction of neurotic disorders was developed using the logistic regression. The model allows to improve the effectiveness of interventions for the early detection of persons at risk of developing neurotic disorders approximately 30%.

Key words: neurotic disorders, diagnostic of mental disorders, clinometric, standardized diagnostic methods, forecast of the development of neurotic disorders, mental health at servicemen.

Контактный телефон: 8-921-306-18-51; e-mail: goncharenko7@yandex.ru