

ОБЪЕКТИВНАЯ ДИАГНОСТИКА РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, д. 6)

Проанализированы подходы к диагностике расстройств адаптации у военнослужащих. Для этого обследованы 57 пациентов основной (военнослужащие) и 35 контрольной (гражданские лица) групп с тревожно-депрессивной симптоматикой. Применялись клинометрические шкалы (HRDS, HARS, HADS), клинико-психопатологический и пиктополиграфический методы (программно-аппаратный комплекс «Эгоскоп»). Показано, что результаты объективной и субъективной оценок психического состояния у военнослужащих отличались, особенно по степени выраженности депрессивной симптоматики. Среди гражданских лиц достоверных различий между аналогичными показателями выявлено не было. Установлено, что использование пиктополиграфического метода в диагностике расстройств адаптации у военнослужащих повышает точность диагностических заключений.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, расстройство адаптации, военнослужащие, тревога, депрессия, диагностика, пиктополиграфия.

Введение

Клинико-эпидемиологические исследования последних лет свидетельствуют о постоянном увеличении числа больных с невротическими нарушениями среди населения развитых стран [3, 4, 6]. По данным Б.Д. Петракова и Б.Д. Цыганкова (1996), распространенность неврозов и других пограничных расстройств во второй половине XX в. выросла в 3,3 раза, а их доля увеличилась более чем на 20 %.

Не менее острой данная проблема является и для вооруженных сил. Указывается, в частности, что в течение 1 года после первой госпитализации по поводу невротических расстройств в армиях зарубежных государств увольняются от 30 до 50 % военнослужащих, что в 4 раза выше, чем при прочих заболеваниях [7]. При этом у лиц, продолжающих военную службу, показатели военно-профессиональной деятельности резко снижаются. Не случайно невротические нарушения признаются ведущей и наиболее финансово затратной для оборонных ведомств патологией, приводящей к досрочному увольнению военнослужащих и крайне негативно отражающейся на боеспособности армии. При этом отмечается, что расстройство адаптации (РА) является наиболее распространенной формой невротической патологии у военнослужащих [1].

В публикациях последних лет указывается, что эффективность профессионального

отбора и качество экспертных заключений при психиатрическом освидетельствовании военнослужащих с невротическими расстройствами в большинстве своем остаются неудовлетворительными [5, 7]. В связи с этим актуальной проблемой современной пограничной психиатрии является разработка новых подходов к диагностике невротических (в том числе, адаптационных) расстройств.

Цель исследования – оценить эффективность различных методов диагностики расстройства адаптации у военнослужащих.

Материалы и методы

Работа проводилась на базе клиники психиатрии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в 2013–2014 гг. Обследовали 57 военнослужащих по призыву (1-я группа), проходивших стационарное лечение по поводу РА по типу кратковременной, пролонгированной и смешанной (тревожной и депрессивной) реакций (F43.20, F43.21, F43.22 по МКБ-10). Возраст обследуемых военнослужащих составил $(20,1 \pm 1,7)$ года. Группу сравнения ($n = 35$) составили пациенты из числа гражданских лиц (2-я группа) с аналогичными адаптационными расстройствами, возрастные и гендерные характеристики которых были сопоставимы с 1-й группой.

Основным методом исследования для пациентов обеих групп был клинико-психо-

Свечников Дмитрий Владимирович – пом. нач. клиники психиатрии Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Боткинская, д. 17); e-mail: dr.rod@mail.ru;

Баурова Наталия Николаевна – канд. психол. наук, мед. психолог кафедры психиатрии Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Боткинская, д. 17); e-mail: baurova-n@mail.ru;

Ушакова Татьяна Михайловна – ординатор клиники психиатрии Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Боткинская, д. 17); e-mail: doc4678@yandex.ru;

Курасов Евгений Сергеевич – д-р мед. наук доц., ст. препод. каф. психиатрии Воен.-мед. акад. им. С.М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Боткинская, д. 17); e-mail: doc4678@mail.ru.

патологический. Клиническое обследование осуществляли путем опроса и осмотра больных в день поступления в стационар. Оно включало сбор субъективных и объективных анамнестических сведений, при этом особое внимание уделялось соответствию субъективно предъявляемой больным картины своего расстройства (характеру жалоб и их выраженности) ее объективным проявлениям.

Объективизация и уточнение степени субъективной значимости предъявляемых пациентами жалоб основывались на пиктополиграфическом подходе. Для этого применялся программно-аппаратный комплекс «Эгоскоп» («Медиком МТД», г. Таганрог, Россия, 2009 г.), позволяющий проводить автоматизированное психометрическое обследование с использованием стандартизованных шкал и опросников, сопряженное с синхронной регистрацией физиологических параметров [электроэнцефалограммы (ЭЭГ), частоты сердечных сокращений (ЧСС), кожно-гальванической реакции (КГР), фотоплетизмограммы (ФПГ) и пиктографических характеристик от графического сенсорного планшета (латентные периоды ответов, степень давления на перо и т.д.)]. Исследование проводили в день поступления пациента до назначения психофармакотерапии с целью исключения возможного вегетостабилизирующего действия препаратов.

Для оценки степени выраженности тревожных и депрессивных нарушений использовали клинко-метрические шкалы объективной [депрессии (HRDS) и тревоги (HARS) Гамильтона] и субъективной (Госпитальная шкала тревоги и депрессии, HADS) оценок.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью пакета прикладных программ «Statistika 7.0 for Windows» и «Microsoft Excel 2003». Среднегрупповые значения, дисперсию результатов исследования, стандартное отклонение, минимальные и максимальные значения показателей вычисляли модулем «Описательная статистика». Достоверность различий определяли с помощью непараметрических критериев: U-критерия Манна–Уитни и H-критерия Крускала–Уоллиса. Связи между изучаемыми признаками оценивали путем вычисления рангового коэффициента корреляции Спирмена. Критический уровень значимости при проверке гипотез составил $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Как известно РА развивается в период значительного изменения социального статуса

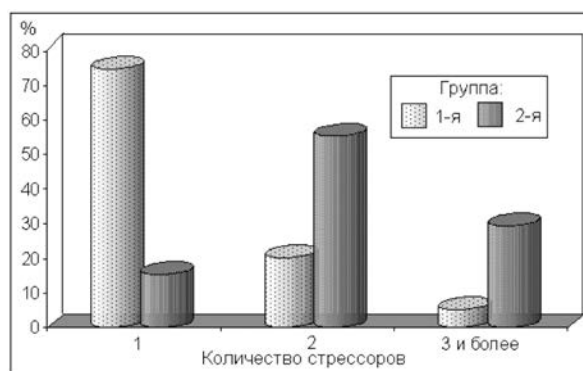


Рис. 1. Количество стрессоров, способствовавших формированию РА.

человека или в ответ на стрессовое жизненное событие. Изучение этиопатогенетических особенностей РА у военнослужащих 1-й группы показало, что в их формировании, как правило, принимали участие 1 (74,7 %), реже – 2 (20,2 %) и более (5,1 %) стрессоров (рис. 1). В большинстве случаев (72,6 %) они были обусловлены военно-профессиональными факторами (высокие физические нагрузки, строго регламентированный распорядок дня, особенности взаимоотношения в военном коллективе и т.д.) и только в 27,4 % наблюдений – другими (в основном семейными) обстоятельствами.

Во 2-й группе формированию РА, как правило, способствовали несколько взаимосвязанных факторов. Так, воздействие 2 стрессоров отмечалось у 55,3 % пациентов, 3 и более – у 29,4 %, а наличие 1 психотравмирующей ситуации было выявлено только у 15,3 % обследованных.

Клинко-психопатологическое изучение феноменологических особенностей РА у военнослужащих 1-й группы показало, что в структуре жалоб данных пациентов (табл. 1) выявлялись: подавленность – 41 (71,9 %), сниженное настроение – 37 (64,9 %), внутреннее напряжение – 27 (47,4 %), тревога – 25 (43,9 %),

Таблица 1

Структура основных жалоб в группах обследованных (%)

Жалоба	Группа		p <
	1-я	2-я	
Снижение настроения	64,9	34,3	0,05
Подавленность	71,9	31,4	0,05
Нарушения сна	42,1	42,9	
Отсутствие побуждений к деятельности	35,1	34,2	
Тревога	43,9	45,7	
Внутреннее напряжение	47,4	48,6	
Повышенная утомляемость	36,8	37,1	

нарушения сна – 24 (42,1 %), повышенная утомляемость – 21 (36,8 %), отсутствие побуждений к деятельности – 20 (35,1 %) наблюдений.

Во 2-й группе, в свою очередь, преобладали внутреннее напряжение – 17 (48,6 %), тревога – 16 (45,7 %), инсомнические нарушения – 15 (42,9 %) наблюдений. В целом, структура жалоб у пациентов обеих групп была примерно одинаковой, за исключением сниженного настроения и подавленности, частота которых у военнослужащих 1-й группы была достоверно ($p < 0,05$) выше (64,9 и 34,3 %; 71,9 и 31,4 % соответственно). Во многом этот факт определялся особенностями их актуальной стрессовой ситуации (субъективно – неопределенной и трудноразрешимой) и «отсутствием перспектив» своего будущего.

Клинико-психопатологическое обследование дополнялось результатами субъективной экспресс-оценки своего состояния пациентами по шкале HADS (табл. 2). Исследование показало, что показатель тревоги среди военнослужащих 1-й группы был несколько выше, чем во 2-й, но значимых различий не было ($p > 0,05$).

В свою очередь, уровень самооценки выраженности депрессивной симптоматики (по шкале HADS) среди лиц 1-й группы был достоверно выше, чем среди пациентов 2-й группы ($p < 0,05$), что позволяло сделать предварительный вывод о большей выраженности депрессивных нарушений у военнослужащих. В целом же пациенты исследуемых групп оценивали выраженность у себя тревожных и депрессивных переживаний как соответствующие клиническому уровню.

Исследование по шкалам объективной оценки HARS и HRDS, проводимое непосредственно врачами-психиатрами с использованием структурированного интервью, не выявило достоверных отличий в оценке выраженности тревожных и депрессивных нарушений в исследуемых группах (см. табл. 2). При этом, у всех пациентов были выявлены умеренно выраженные симптомы тревоги (HARS). Уровень депрессивных расстройств и у пациентов 1-й, и 2-й группы соответствовал средней степени тяжести по HRDS.

Проведенное исследование выявило несоответствие результатов субъективной и объективной психометрической оценок состояния у военнослужащих 1-й группы. Во многом это определялось недостаточной диагностической точностью инструментов субъективной оценки психического состояния, а также утрированным предъявлением жалоб и преувеличением тяжести своего состояния военнослужащими вследствие механизмов «вторичной выгоды». Ее формирование было обусловлено стремлением к изменению имеющейся трудноразрешимой жизненной ситуации и привлечением внимания врачей-специалистов к своему «тяжелому» состоянию.

Таким образом, более точные диагностические показатели были получены в ходе объективного психометрического обследования (шкалы HARS и HRDS). Но следует отметить что выполнение этих процедур с использованием стандартизированного структурированного интервью в повседневной врачебной практике военно-лечебного учреждения является достаточно трудоемким и требует значительного времени.

В связи с этим нами было предложено дополнение субъективной оценки психического состояния (с использованием шкалы HADS) психофизиологическим компонентом – пиктополиграфическим методом. Он позволяет выявлять индивидуальную значимость для обследуемого предлагаемого стимульного материала (вопросов и утверждений, касающихся его самочувствия) путем измерения ряда физиологических реакций на него (КГР, ФПГ, ЭЭГ, ЧСС), а также пиктографических (моторных) характеристик от графического сенсорного планшета.

Результатом такого обследования являлось вычисление индекса эмоционально-смысловой значимости (ЭСЗ) отдельных подшкал HADS (тревоги, депрессии) у конкретного пациента. Все это позволяло сделать вывод о степени соответствия его субъективной (даваемой путем заполнения опросника) и объективной (выявления физиологических реакций на вопросы) оценок. Следует отметить, что пиктополиграфическая оценка состояния исключала возможность какого-либо «внутреннего» влияния на результаты обследования, что повышало диагностическую точность этого метода.

Проведенное исследование показало, что в 1-й группе пациентов выявлена положительная взаимосвязь объективной оценки тяжести депрессивных нарушений врачом-психиатром (шкала HRDS) с выраженностью показателя

Таблица 2

Результаты обследования пациентов по психометрическим шкалам (балл)

Группа	HARS	HRDS	HADS		p <
			тревога	депрессия	
1-я	16,4 ± 1,3	14,3 ± 1,1	14,4 ± 2,1	17,8 ± 0,9	0,05
2-я	17,5 ± 1,2	15,6 ± 0,9	12,6 ± 1,4	12,2 ± 1,1	

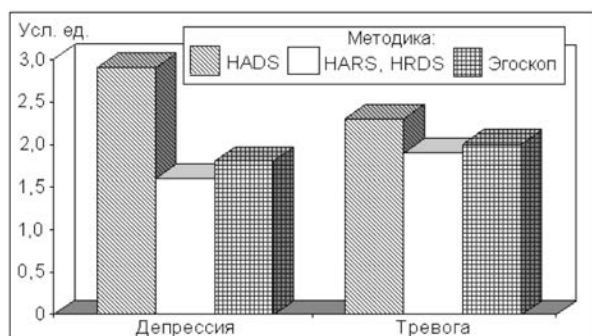


Рис. 2. Результаты врачебной (HRDS), субъективной (HADS) и пиктополиграфической (Эгоскоп) оценок тревожных и депрессивных расстройств у военнослужащих 1-й группы.

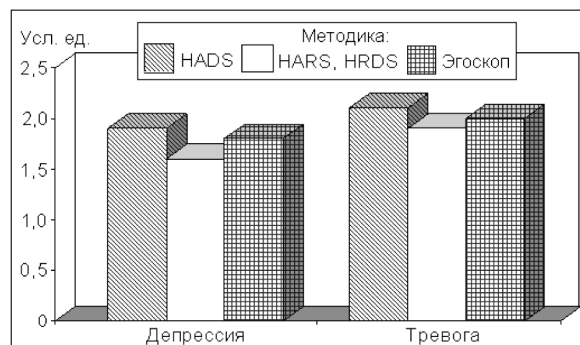


Рис. 3. Результаты врачебной (HRDS), субъективной (HADS) и пиктополиграфической (Эгоскоп) оценок тревожных и депрессивных расстройств у пациентов 2-й группы.

ЭСЗ вопросов HADS ($r = 0,47$; $p < 0,05$). Наряду с этим, выявлялись значимые различия самооценки пациента (по шкале HADS) и показателя ЭСЗ предъявляемых вопросов ($p < 0,001$). Также получена отрицательная взаимосвязь самооценки выраженности депрессивных нарушений самими пациентами с объективным показателем ЭСЗ утверждений HADS ($r = -0,51$; $p < 0,05$). Оценка врача-психиатра (шкала HRDS) и показатель ЭСЗ вопросов указывали на наличие у этих лиц признаков депрессии легкой степени выраженности. При этом сами военнослужащие были склонны оценивать свое состояние как более тяжелое (рис. 2).

Среди военнослужащих 1-й группы достоверных отличий между самооценкой тяжести тревоги, объективным показателем ЭСЗ вопросов HADS, а также оценкой врача-психиатра выявлено не было ($p > 0,05$) (см. рис. 2). Следует отметить, что результаты врачебной (шкала HARS) и субъективной оценок (HADS) отличались, но значимых различий не имели ($p > 0,05$). Самооценка выраженности тревожных переживаний, оценка врача-психиатра (по шкалам HARS), показатель ЭСЗ вопросов указывали на наличие у этих лиц признаков тревоги, преимущественно, умеренного уровня.

В свою очередь, при исследовании во 2-й группе не было выявлено достоверных отличий между самооценкой пациента (HADS) выраженности депрессивных расстройств, оценкой врачом-психиатром (шкала HRDS) и выраженностью объективного показателя ЭСЗ утверждений, касающихся их состояния (рис. 3). Также были получены сильные положительные корреляционные взаимосвязи между данными показателями ($r = 0,43$; $p < 0,05$). При оценке тревожных нарушений в данной группе пациентов также выявлена положительная взаимосвязь ($r = 0,51$; $p < 0,05$) между оценкой врачом-психиатром степени выраженности

тревоги (HARS) и значением показателя ЭСЗ утверждений. Значимых отличий между психометрической оценкой врачом и самооценкой выраженности тревожных нарушений также выявлено не было ($p > 0,05$).

Таким образом, результаты объективной (психометрической врачебной, пиктополиграфической) и субъективной оценок выраженности аффективных нарушений в наибольшей степени совпадали в группе пациентов с ПА из числа гражданских лиц. Это подтверждалось достоверными ($p < 0,05$) показателями эмоционально-смысловой значимости, полученными в ходе пиктополиграфического обследования, и свидетельствовало о достоверной оценке больными своего психического состояния. В группе военнослужащих результаты объективной шкалы оценки депрессии HRDS значимо отличались от показателей шкалы самооценки HADS. Также отмечалось отсутствие достоверных значений ЭСЗ вопросов этой шкалы, что свидетельствовало об утрированном представлении жалоб и преувеличении тяжести своего состояния, обусловленных механизмами «вторичной выгоды».

Заключение

Проведенное исследование позволяет сделать вывод о том, что использование диагностических инструментов субъективной оценки состояния у военнослужащих с расстройством адаптации является недостаточно информативным и во многих случаях дает завышенные показатели, не соответствующие реальной степени выраженности аффективных (особенно депрессивных) нарушений. В дальнейшем это может способствовать необоснованному назначению психофармакологических препаратов (в частности антидепрессивной группы), а также несвоевременному началу психокоррекционной и психотерапевтической работы.

Используемые в современной психиатрической практике шкалы объективной оценки аффективных нарушений (HARS и HRDS) являются диагностически более точными, однако требуют большего времени для обследования и являются достаточно трудоемкими для повседневной деятельности врача-психиатра военно-лечебного учреждения. В связи с этим дополнение самооценочного обследования пациентов с расстройством адаптации (с использованием HADS) пиктополиграфическим исследованием позволяет оптимизировать диагностический процесс и повысить точность выносимых диагностических заключений у военнослужащих с адаптационными расстройствами.

Литература

1. Марченко А.А. Невротические расстройства у военнослужащих (клиника, диагностика, патоморфоз) : автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. – СПб., 2009. – 46 с.

2. Петраков Б.Д., Цыганков Б.Д. Эпидемиология психических расстройств. – М., 1996. – 135 с.

3. Семке В.Я. Превентивная психиатрия. – Томск, 1999. – 403 с.

4. Чубаровский В.В. Клинико-эпидемиологическая характеристика и профилактика пограничной психической патологии у лиц подросткового и юношеского возраста : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2006. – 52 с.

5. Booth-Kewley S., Larson G.E. Predictors of psychiatric hospitalization in the Navy // *Mil. Med.* – 2005. – Vol. 170, N 1. – P. 87–93.

6. Hagnell O., Ojesjo L., Otterbeck L., Rorsman B. Prevalence of mental disorders, personality traits and mental complaints in the Lundby Study. A point prevalence study of the 1957 Lundby cohort of 2,612 inhabitants of a geographically defined area who were re-examined in 1972 regardless of domicile // *Scand. J. Soc. Med.* – 1994. – N 50. – P. 1–77.

7. Hoge C.W., Toboni H.E., Messer S.C. [et al.] The occupational burden of mental disorders in the U.S. military: psychiatric hospitalizations, involuntary separations, and disability // *Am. J. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 162, N 3. – P. 585–591.

Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychaynykh situatsiyakh [Medical-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations]. 2014. N 4. P. 40–44.

Svechnikov D.V., Baurova N.N., Ushakova T.M., Kurasov E.S. Ob"ektivnaya diagnostika rasstroistv adaptatsii u voennosluzhashchikh [Objective diagnostics of adaptation disorders in servicemen].

The Kirov Military Medical Academy (Russia, 194044, Saint-Petersburg, Academica Lebedeva Str., 6)

Svechnikov Dmitrii Vladimirovich – assistant chief, Psychiatry Clinic, Kirov Military Medical Academy (Russia, 194044, Saint-Petersburg, Botkinskaya Str., 17); e-mail: dr.rod@mail.ru;

Baurova Nataliya Nikolaevna – PhD Psychol. Sci., medical psychologist, Department of Psychiatry, Kirov Military Medical Academy (Russia, 194044, Saint-Petersburg, Botkinskaya Str., 17); e-mail: baurova-n@mail.ru;

Ushakova Tat'yana Mikhailovna – clinical resident, Department of Psychiatry, Kirov Military Medical Academy (Russia, 194044, Saint-Petersburg, Botkinskaya Str., 17); e-mail: doc4678@yandex.ru;

Kurasov Evgenii Sergeevich – Dr. Med. Sci., chief lecturer, Department of Psychiatry, Kirov Military Medical Academy (Russia, 194044, Saint-Petersburg, Botkinskaya Str., 17); e-mail: doc4678@mail.ru.

Abstract. Various approaches to diagnostics of adaptation disorders in servicemen are analyzed. For that, 57 patients of the main (servicemen) and 35 of the control (civilians) groups with anxiety and depressive symptoms were surveyed. The clinimetric scales (HRDS, HARS, HADS), clinical-psychopathological and pictopolygraphical methods were applied. Objective and subjective estimates of mental state in servicemen seemed to differ, especially in depressive symptoms intensity. Among civilians, similar indicators did not differ reliably. Pictopolygraphical method was shown to increase accuracy when diagnosing disorders of adaptation in servicemen.

Keywords: clinical (medical) psychology, adaptation disorder, servicemen, anxiety, depression, diagnostics, pictopolygraphy.

References

1. Marchenko A.A. Nevroticheskie rasstroistva u voennosluzhashchikh (klinika, diagnostika, patomorfоз) [Neurotic disorders in servicemen (clinic, diagnostic, pathomorphosis)]: dissertation Dr. Med. Sci. Sankt-Peterburg. 2009. 46 p. (In Russ.)

2. Petrakov B.D., Tsygankov B.D. Epidemiologiya psikhicheskikh rasstroistv [Epidemiology of psychiatric disorders]. Moskva. 1996. 135 p. (In Russ.)

3. Semke V.Ya. Preventivnaya psikhiatriya [Preventive psychiatry]. Tomsk 1999. 403 p. (In Russ.)

4. Chubarovskii V.V. Kliniko-epidemiologicheskaya kharakteristika i profilaktika pogranichnoi psikhicheskoi patologii u lits podrostkovogo i yunosheskogo vozrasta [Cliniko-epidemiological characteristic and prophylaxis of borderline psychiatric disorders in adolescents and young men] : dissertation Dr. Med. Sci. Moskva. 2006. 52 p. (In Russ.)

5. Booth-Kewley S., Larson G.E. Predictors of psychiatric hospitalization in the Navy. *Mil. Med.* 2005. Vol. 170, N 1. P. 87–93.

6. Hagnell O., Ojesjo L., Otterbeck L., Rorsman B. Prevalence of mental disorders, personality traits and mental complaints in the Lundby Study. A point prevalence study of the 1957 Lundby cohort of 2,612 inhabitants of a geographically defined area who were re-examined in 1972 regardless of domicile. *Scand. J. Soc. Med.* 1994. N 50. P. 1–77.

7. Hoge C.W., Toboni H.E., Messer S.C. [et al.] The occupational burden of mental disorders in the U.S. military: psychiatric hospitalizations, involuntary separations, and disability. *Am. J. Psychiatry.* 2005. Vol. 162, N 3. P. 585–591.

Received 23.09.2014