

РЕЗИДУАЛЬНО-ДЕФИЦИТАРНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ НЕВРОТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

В.К. Шамрей, А.А. Марченко, Е.Ю. Абриталин, А.А. Краснов, А.Ю. Гончаренко

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

Резидуальные состояния (РС) в современной неврологии относятся к числу наименее изученных расстройств. Вероятно, это объясняется тем, что классические определения невротических расстройств (НР) на протяжении десятилетий неизменно базировались на ставших «догматическими» [7] критериях «функциональности», «обратимости» и «психогенности» [4]. Однако, яркость «продуктивных» [1] симптомов невротических расстройств зачастую маскирует тонкие, но весьма значимые изменения, которые нередко определяют качество последующей жизни пациентов. Кроме того, впечатляющие достижения современных нейронаук, в первую очередь, нейрофизиологии и нейроанатомии [16], психогенетики [11] и психофармакологии [15] заставляют по-новому взглянуть на проблему исходов невротических нарушений. Очевидно, что нередко выявляемые структурно-функциональные изменения мозговой ткани при НР не могут не отражаться на особенностях психической деятельности и после редукции «осевой» симптоматики [10].

Вместе с тем, не следует полагать, что ранее состояние данной проблемы являлось «tabularasa». Так, Р.Телле [8] отмечает, что термин «резидуальный» «заставляет думать о наступившем дефекте после органического мозгового поражения или в результате шизофренического психоза» (что противоречит психогенной/конфликтотенной концепции невротических нарушений). Несмотря на это, автор все же заключает, что «в описанном смысле он имеет характерные черты и при неврозах» [там же, с. 291]. Н.М.Асатиани [2] также считала, что резидуальные расстройства являются характерными для отдаленных последствий перенесенного невроза. Вместе с тем, различия в представлениях о РС касались, в основном, семантического наполнения данного термина. Так, Н.М.Асатиани (*ibid.*) рассматривала их, преимущественно, с позиций остаточных «продуктивных» симптомов – «значительно смягченных» тревожных, фобических, астенических и прочих нарушений. Подобной позиции придерживался и М.И.Буянов [3], дополняя ее понятием о «повышенной невротической готовности». К.Еrnst и соавт. [12] делали акценты на редукции «энергетического потенциала», обеднении межчеловеческих отношений и духовных интересах. Дру-

гие [5] расценивали РС в категориях патологии личности. Сходные представления нашли отражение и в рубрике МКБ-10 «Стойкое изменение личности после психического заболевания». Однако в целом, концепция остаточных нарушений при НР остается противоречивой и малоразработанной, их трактовка весьма неоднозначна, а феноменология и динамика не изучены, несмотря на то, что эти вопросы представляют существенный интерес как с теоретической (прежде всего, с позиций «неоджексоновского» [1] понимания пограничной патологии), так и с практической точки зрения (для формирования полноценной системы лечения и реабилитации больных с невротическими расстройствами).

Таким образом, **целью** исследования стало изучение феноменологических особенностей резидуальных состояний у больных с невротическими расстройствами и их взаимосвязи с параметрами социальной адаптации. Для ее достижения были определены следующие задачи:

1. Определить феноменологические особенности резидуальных состояний при НР.
2. Сопоставить данные структурного анализа РС с клиническими характеристиками невротических расстройств.
3. Изучить взаимосвязи отдельных типов РС с показателями социальной адаптации больных.
4. Проанализировать нейровизуализационные характеристики данной категории больных.

Материал и методы

Для достижения поставленной цели были проанализированы данные лонгитудинального (в среднем период наблюдения составил $2,29 \pm 0,64$ года) изучения психического состояния 310 пациентов (253 муж. и 57 жен.) с невротическими расстройствами. В исследование включались больные, у которых в ходе первой госпитализации был установлен окончательный диагноз «невротическое состояние» по МКБ-9 либо «невротическое расстройство» по МКБ-10 (депрессивные расстройства невротического уровня – 66 случаев/21,3%, тревожно-фобические расстройства – 44/14,2%, паническое расстройство – 29/9,4%, генерализованное тревожное и смешанное тревожное и депрессивное расстройство – 22/7,1%, расстройства адап-

тации – 87/28,1%, ПТСР – 27/8,7%, конверсионные и соматоформные расстройства – 20/6,5%, неврастения – 15/4,8%). Возраст обследованных варьировал от 22 до 53 лет (в среднем – 35,3±7,2 года), средняя длительность заболевания – 31,7±39,8 месяца.

Клинико-психопатологический метод являлся основным диагностическим подходом для выявления особенностей РС, однако «прокрустово ложе» симптоматики, ограниченной «традиционными» невротическими синдромами, не позволяло полностью решить поставленную задачу. Поэтому в ходе работы потребовалось расширение феноменологической лексики и выделение проявлений и признаков, не относящихся к симптомам в классической семиотике. При этом особое внимание уделялось предъявляемым больными жалобам на субъективное чувство измененности (основанном на сопоставлении своего состояния при обследовании с таковым в доболезненный период), а также объективно заметным изменениям, регистрировавшимся со слов родственников в когнитивной, аффективной, поведенческой и социальной сферах. Уровень социальной адаптации определяли в соответствии со специально разработанными критериями [6].

Для определения морфофункциональных характеристик головного мозга из всей выборки были отобраны пациенты с феноменологически сходными нарушениями депрессивного спектра (n=153), у которых отмечались (опытная группа, n=90) или отсутствовали (контрольная группа, n=63) резидуально-дефицитарные состояния. Пациентам выполнялись ПЭТ и МРТ в различных режимах: воксельная морфометрия (voxel-based morphometry – VBM), диффузионно-тензорная визуализация (diffusion tensor imaging – DTI) и магнитно-резонансная спектроскопия (MRS). ПЭТ проводилась на томографах «EcatExact 47», «EcatExactHR+» и «Biograph» (Siemens, Германия). МРТ выполнялась на сканере Magnetom «Symphony» (Siemens, Германия) с индукцией магнитного поля 1,5 Тесла.

Статистическая обработка результатов клинических исследований выполнена с использованием пакета прикладных программ «Statistica 7.0 for Windows». Вычислялись среднегрупповые и квартильные значения аргументов, дисперсия, кривизна и эксцесс. Распределение считали нормальным при величине последних двух параметров <2. Достоверность различий между показателями различных групп оценивалась для параметрических данных на основании t-критерия Стьюдента, для непараметрических – по U-критерию Манна-Уитни. Различия считали достоверными при $p < 0,05$. Корреляционный анализ проводили по методу Спирмена для непараметрических данных. Для группировки анализируемых признаков в блоки проводился факторный анализ (с применением процедуры вращения данных Varimax). Статистическая обработка данных ПЭТ VBM производилась с ис-

пользованием программного обеспечения Statistical Parametric Mapping 5 (SPM5) в программной среде MATLAB v. 7.0. DTI выполнялась при помощи протокола «FMRIB's Diffusion Toolbox» с режимом «Tract-based spatial statistics» программного обеспечения FMRIB's Software Library v. 4.1.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты проведенного исследования позволили разграничить «продуктивные» симптомы НР в остром периоде от тех явлений, которые в соответствии с представлениями классической психопатологии можно обозначить как дефицитарные. Всего такие нарушения были выявлены у 152 (66,4 %) человек. При этом чаще они отмечались у пациентов с неврастением и генерализованным тревожным расстройством (93,3% и 81,8%, соответственно); при тревожно-фобических, депрессивных нарушениях, конверсионных и соматоформных расстройствах и ПТСР они встречались реже (54,5%, 59,1%, 50,0%, 37,0% соответственно) и были наименее характерны для расстройств адаптации (27,6%).

Следует отметить, что выявленные проявления редко приводили к тяжелому нарушению социальной адаптации, но ощущались больными как затрудняющие возможность адекватной реализации их личностного потенциала. Зачастую сами больные затруднялись вербализовать эти изменения, но отчетливо связывали их с перенесенным заболеванием, расценивали их «взросление», считали, что стали «более серьезными, вдумчивыми», «менее импульсивными». Вся совокупность выявленных симптомов далее была подвергнута факторному анализу, в ходе которого было выделено 4 фактора, суммарно объяснявших 68,4% дисперсии симптомов (табл. 1).

Фактор 1 был обозначен как «общедефицитарные симптомы», поскольку при анализе распределения этих признаков было отмечено, что они наблюдались практически у всех обследованных. Этот фактор включал в себя недоверчивость, регресс мотивов деятельности, интровертированность, истощаемость, снижение коммуникабельности и творческого потенциала.

Фактор 2 – регрессивно-дефицитарный тип включал эмоциональную лабильность, регресс мышления, подчиняемость, страх неодобрения и страх негативной оценки со стороны окружения. Больные с таким сочетанием дефицитарных симптомов, ранее довольно самостоятельные и самодостаточные, утрачивали эти качества, и их поведение приобретало черты детскости, некритичного следования мнению окружения, нередко определялось гипернормативностью; суждения отличались наивностью, поверхностностью, незрелостью и аффективной окрашенностью, становились дихотомическими или (в сложных ситуациях) катастрофическими; эмоционально они производили впечатление ранимых, лабильных и эгоцентричных субъектов.

Таблица 1

Факторная нагрузка признаков резидуальных состояний у больных невротическими расстройствами

Симптомы	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4
Чувствительность к отвержению	-0,163	-0,160	0,365	-0,135
Регресс мышления	0,107	0,308	-0,019	-0,089
Недоверчивость	0,590	-0,106	-0,027	-0,075
Нарушение переключаемости	0,156	-0,166	0,503	-0,055
Интровертированность	0,711	0,111	0,262	-0,023
Ригидность	0,300	-0,039	0,753	-0,020
Снижение коммуникабельности	0,786	0,123	0,146	0,026
Трудность смены стереотипа	0,231	-0,005	0,670	0,035
Страх негативной оценки	0,075	0,916	-0,021	0,053
Чрезмерная автоматизация	0,148	0,030	0,561	0,067
Обстоятельность	0,050	-0,416	0,460	0,076
Страх неодобрения	0,085	0,900	-0,027	0,105
Истощаемость	0,752	0,126	-0,019	0,158
Снижение творческого потенциала	0,798	0,057	0,124	0,159
Подчиняемость	0,315	0,543	-0,028	0,270
Лабильность	0,264	0,304	-0,257	0,296
Амбивалентность	0,270	0,147	-0,274	0,330
Регресс мотивов деятельности	0,588	0,009	-0,003	0,404
Снижение качества мышления	-0,197	-0,068	0,465	0,439
Негативная эмоциональность	0,277	-0,071	0,053	0,468
Нетерпеливость	0,157	0,091	-0,250	0,516
Откладывание дел	0,180	0,274	0,071	0,713
Бездействие	0,130	0,096	0,034	0,779

Фактор 3 – когнитивно-дефицитарный тип объединил в себе нарушение переключаемости внимания, чувствительность к отвержению, обстоятельность, снижение качества мышления, чрезмерную автоматизацию, трудность смены стереотипа, ригидность. У пациентов с такой констелляцией дефицитарных симптомов выявлялась заторможенность, тугоподвижность, они производили впечатление нерасторопных, задумчивых, внешне – моторно неловких, в неожиданных ситуациях терялись, были обидчивы, отмечались ригидность установок, строгое следование установленным правилам и нормам.

Фактор 4 – аффективно-дефицитарный тип представлял собой сочетание амбивалентности, негативной эмоциональности, нетерпеливости, откладывания дел и бездействия. Пациенты с этим вариантом дефицитарного синдрома характеризовались нерешительностью, внешне выглядели излишне «серьезными», «загруженными» проблемами, при адекватной реактивности на негативные ситуации в случае наступления эмоционально позитивных событий реагировали вяло и кратковременно. Отмечались сужение круга интересов, которое больные связывали с отсутствием прежнего удовольствия от хобби, общее снижение витального тонуса, а низкий уровень эмоционально положительных переживаний обуславливал и отсутствие стремления к неформальным межличностным контактам, редукцию инициативности и поведенческую пассивность.

Далее вся выборка больных была сгруппирована по типам резидуально-дефицитарных состояний в зависимости от преобладающих симптомов и признаков. Изучение частоты встречаемости отдельных вариантов РДС у обследованных больных показало, что доминирующим был аффективно-дефицитарный тип (52,0%), а когнитивно-дефицитарный (30,9%) и регрессивно-дефицитарный (17,1%) отмечались реже. Такое распределение было характерным для большинства форм невротических нарушений (табл. 2).

С теоретических позиций представляет интерес близкое подобие распределения типов РС при невротических и депрессивных нарушениях, а также при соматоформных и панических расстройствах, которое позволяет предположить общность патоген-

Таблица 2

Распределение пациентов с различными формами невротических расстройств по типам резидуальных состояний (в %)

Тип РС	Формы невротических расстройств							
	ДР	ТФР	ПР	ГТР	РА	ПТСР	КСР	НА
Регрессивно-дефицитарный	11,1	38,5	28,6	16,7	8,8	0,0	20,0	0,0
Когнитивно-дефицитарный	16,7	19,2	57,1	27,8	32,4	40,0	70,0	0,0
Аффективно-дефицитарный	72,2	42,3	14,3	55,6	58,8	60,0	10,0	100,0

Примечания: ДР – депрессивные расстройства, ТФР – тревожно-фобические расстройства, ПР – паническое расстройство, ГТР – генерализованное тревожное расстройство, РА – расстройства адаптации, ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство, КСР – конверсионные и соматоформные расстройства, НА – невротические расстройства.

нетических процессов, лежащих в основе этих патологических состояний.

При анализе взаимоотношений варианта РДС с типом течения невротического расстройства было установлено, что регрессивно-дефицитарный тип обнаруживал прямую средней силы корреляционную связь с волнообразным течением НР (КК Спирмена=0,48), когнитивно-дефицитарный – с фазно-прогредиентным типом динамики (КК Спирмена=0,35), а аффективно-дефицитарный – со стационарным течением (КК Спирмена=0,36). Вместе с тем, тип РДС выявлял отчетливые связи с показателями социальной адаптации больных (табл. 3).

Так, профессиональная адаптация больных с регрессивно-дефицитарным типом была достоверно ниже, чем при остальных вариантах, зато семейные и, особенно, межличностные отношения были заметно лучше. Качество досуга было наиболее низким при аффективно-дефицитарном типе. При этом усредненные показатели социальной адаптации не обнаруживали значимых различий в группах. Эти данные были подтверждены результатами корреляционного анализа, в ходе которого выявлены: обратная значимая связь регрессивно-дефицитарного типа с уровнем профессиональной адаптации (КК=-0,32) и прямая – с показателем межличностных отношений (КК=0,38), а для аффективно-дефицитарного типа – достоверные обратные связи с качеством межличностных отношений (КК=-0,42) и досуга (КК=-0,31).

При изучении особенностей метаболизма структур головного мозга с помощью позитронной эмиссионной томографии с 18-фтордезоксиглюкозой различий между больными с резидуально-дефицитарными состояниями и без таковых выявлено не было. Однако анализ анатомической магнитно-резонансной томографии методом VBM

показал, что при наличии у больных РС обнаруживаются статистически значимые ($p < 0,05$) изменения в различных префронтальных корковых отделах и ряде подкорковых структур по сравнению с лицами без резидуально-дефицитарных симптомокомплексов. При диффузионно-тензорной визуализации также в случае наличия РС определялся значимый дефицит белого вещества в трактах форникса, колена мозолистого тела, передне- и заднецигулярных областей, продольном и нижнем лобно-затылочном пучках, не отмечавшийся у группы сравнения.

Заключение

Таким образом, резидуально-дефицитарные состояния у больных с невротическими расстройствами являются характерными нарушениями, встречающимися в катамнезе 66,4% обследованных лиц и проявляются в форме общедефицитарного, регрессивно-дефицитарного, когнитивно-дефицитарного и аффективно-дефицитарного симптомокомплексов. Наименее характерными резидуально-дефицитарные состояния являются для адаптационных расстройств, где их частота в катамнезе не превышает 27,6%, тогда как при неврастении и генерализованном тревожном расстройстве она составляет 93,3% и 81,8% соответственно. Особенности нарушений социальной адаптации больных в значительной степени связаны с типом РС: у больных с регрессивно-дефицитарным типом они отмечаются преимущественно в профессиональной сфере, тогда как при аффективно-дефицитарном типе – в сфере досуга.

Представляется, что учет выявленных резидуально-дефицитарных симптомокомплексов может способствовать решению проблемы дифференциации невротических расстройств, в первую очередь от психологических реакций в рамках психической нормы, а также выделению из спектра психопатологических проявлений НР вторичных реактивных образований. При этом перспективным видится дальнейшее изучение резидуально-дефицитарных состояний с позиций идей Дж.Х.Джексона о «диссолюции» [7, 9]. В качестве биологического базиса аффективно-дефицитарного и когнитивно-дефицитарного типов РДС могут служить стрессобусловленные структурные изменения ткани головного мозга, спектр которых распространяется от уменьшения числа апикальных дендритов до апоптоза и гибели нейронов гиппокампа, префронтальной и иных структур ЦНС [13, 14]. Регрессивно-дефицитарный тип РС представляется скорее личностной реакцией на ведущую депрессивную, тревожную или обсессивно-фобическую симптоматику.

С точки зрения адаптационной парадигмы РС также являют собой важный аспект, объясняющий лонгитудинальную динамику НР, в рамках которой отмечается постепенное снижение выраженности невротических проявлений. В частности, при

Таблица 3

Показатели социальной адаптации у больных с различными типами резидуальных состояний

Показатели социальной адаптации	Типы резидуально-дефицитарных состояний		
	Регрессивный	Когнитивный	Аффективный
Образование	3,77+0,65	3,77+0,48	3,82+0,57
Работа	2,23+0,59	3,02+0,82*	2,95+0,92*
Семейные отношения	3,04+1,04	2,87+0,88	2,94+0,94
Межличностные отношения	3,15+0,92	2,70+0,78*	2,25+0,44*
Досуг	2,50+0,76#	2,40+0,68#	2,19+0,46
Общее отношение к жизни	2,77+0,71	2,66+0,67	2,61+0,67
Среднее	2,91+0,35	2,90+0,34	2,79+0,32

Примечания: * – различия с показателями группы больных с регрессивно-дефицитарным типом РДС достоверны при $p < 0,05$; # – различия с показателями группы больных с аффективно-дефицитарным типом достоверны при $p < 0,05$.

когнитивно-дефицитарном типе РС эмоциональный гомеостаз достигается за счет замедления и снижения качества мышления, при регрессивно-дефицитарном – за счет его искажения и архаизации, а при аффективно-дефицитарном – вследствие общей редукции амплитуды эмоционального реагирования. Данные положения находят подтверждение и в описанных выше результатах ней-

ровизуализационных исследований. Отдельный интерес вызывает также тот факт, что выявленные при воксельной морфометрии и диффузионно-тензорной визуализации изменения трактов у больных с резидуально-дефицитарными состояниями были практически идентичны таковым у пациентов с «органической депрессией», что позволяет предположить общность патогенеза данных нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Рук-во для врачей. М., 2007. 720 с.
2. Асатиани Н.М., Матвеева Е.С., Соколова Т.Н., Жуков В.Ф. Резидуальные состояния в клинике неврозов // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. 1985. Т. 85, № 11. С. 1662–1665.
3. Буянов М.И. Системные психоневрологические расстройства у детей и подростков. М., 1995. 192 с.
4. Карвасарский Б.Д. Неврозы. М., 1990. 576 с.
5. Лакошина Н.Д., Трунова М.М. Неврозы, невротические развития личности и психопатии: Клиника и лечение. М.: Медицина, 1994. 192 с.
6. Рустанович А.В., Фролов Б.С. Многоосевая диагностика психических расстройств у военнослужащих. СПб.: ВМедА, 2001. 40 с.
7. Снедков Е.В. Перспективы совершенствования психиатрической диагностики // Библиотека сайта кафедры психиатрии и наркологии СПбГМА им. И.И.Мечникова. [Электронный ресурс]. URL: <http://psychiatry.spsma.spb.ru/lib/kafedra/snedkov/snedkov3.htm>, режим доступа свободный, дата обращения: 20.03.2013.
8. Телле П. Психиатрия. Минск, 1999. 496 с.
9. Шостакович Б.В. Учение Джексона и современная психопатология психогений (К 150-летию со дня рождения Дж.Х.Джексона и 100-летию публикации его статьи «Эволюция и диссолюция нервной системы») / Б.В. Шостакович // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. 1986. Т. 86, № 3. С. 440–444.
10. Damsa C., Kosel M., Moussally J. Current status of brain imaging in anxiety disorders // Curr. Opin. Psychiatry. 2009. Vol. 22, N 1. P. 96–110.
11. Eley T. The genetic basis of anxiety disorders // Stress-Induced Fear Circuitry Disorders: Refining the Research Agenda for DSM-V. N.Y.: American Psychiatric Association, 2009. P. 145–158.
12. Ernst K., Ernst S. 70-zwanzig-jahrige Katamnesen hospitalisierter neurotischer Patientinnen. Schweiz // Arch. Neur. Neurochir. Psychiat. 1965. Vol. 95, N 2. P. 359–415.
13. Geuze E., Westenberg H.G., Jochims A. et al. Altered pain processing in veterans with posttraumatic stress disorder // Arch. Gen. Psychiatry. 2007. Vol. 64, N 1. P. 76–85.
14. McEwen B.S. Effects of adverse experiences for brain structure and function // Biol. Psychiatry. 2000. Vol. 48, N 6. P. 721–731.
15. Mitterschiffthaler M.T., Ettinger U., Mehta M.A. et al. Applications of Functional Magnetic Resonance Imaging in Psychiatry // J. Magnet. Resonance Imaging. 2006. Vol. 23, N 9. P. 851–861.
16. Rauch S.L., Drevets W.C. Neuroimaging and neuroanatomy of stress-induced and fear circuitry disorders // Stress-Induced Fear Circuitry Disorders: Refining the Research Agenda for DSM-V. N.Y.: American Psychiatric Association, 2009. P. 215–254.

РЕЗИДУАЛЬНО-ДЕФИЦИТАРНЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ НЕВРОТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

В.К. Шамрей, А.А. Марченко, Е.Ю. Абриталин, А.А. Краснов, А.Ю. Гончаренко

С целью исследования феноменологических особенностей резидуальных состояний у больных с невротическими расстройствами проанализированы данные лонгитудинального (в среднем $2,29 \pm 0,64$ года) изучения психического состояния 229 больных. Результаты исследования позволили выделить четыре резидуально-дефицитарных симптомокомплекса: общедефицитарный, регрессивно-дефицитарный, когнитивно-дефицитарный и аффективно-дефицитарный. Первый наблюдался у всех больных, частота встречаемости остальных составила: аффективно-дефицитарного – 52,0%, когнитивно-дефицитарного – 30,9%, регрессивно-дефицитарного – 17,1%. Последние три типа чаще отмечались при неврастении (93,3%) и генерализованном тревожном расстройстве (81,8%), реже – при депрессивных нарушениях (59,1%), тревожно-фобических (54,5%), конверсионно-соматоформных расстройствах (50,0%), ПТСР (37,0%) и

расстройствах адаптации (27,6%). Тип резидуально-дефицитарного симптомокомплекса выявлял значимые корреляционные связи с показателями социальной адаптации больных: регрессивно-дефицитарный тип – с уровнем профессиональной адаптации ($KK=-0,32$) и межличностных отношений ($KK=0,38$), аффективно-дефицитарный – с качеством межличностных отношений ($KK=-0,42$) и досуга ($KK=-0,31$). Представляется, что учет резидуально-дефицитарных симптомокомплексов будет способствовать дифференциации невротических расстройств от психологических реакций в рамках психической нормы и от органических психических нарушений, а также формированию адекватных реабилитационных программ для данной категории пациентов.

Ключевые слова: невротические расстройства, резидуально-дефицитарные состояния, социальная адаптация.

RESIDUAL DEFICITARY CONDITIONS IN NEUROTIC SPECTRUM DISORDERS

V.K. Shamrei, A.A. Marchenko, E.Yu. Abritalin, A.A. Krasnov, A.Yu. Goncharenko

With the purpose to investigate phenomenological characteristics of residual conditions in patients with neurotic-level disorders, the authors analyze the data of longitudinal (average 2.29 ± 0.64 years) study of mental condition of 229 patients. The results point to four residual deficitary symptom complexes: general deficitary, regressive deficitary, cognitive deficitary and affective deficitary. The first one was observed in all patients, while prevalence of the rest was as follows: affective deficitary – 52.0%; cognitive deficitary – 30.9% and regressive deficitary – 17.1%. The latter three types most frequently occur in neurasthenia (93.3%) and generalized anxiety disorder (81.8%), and less frequently in depressive disorders (59.1%), anxious-phobic (54.5%), conversion-somatoform disorders (50.0%), PTSD

(37.0%) and adjustment disorders (27.6%). Specific types of residual deficitary symptom complex show significant correlations with social adjustment indicators: regressive deficitary with professional adjustment ($CC=-0.32$) and interpersonal relations ($CC=0.38$); affective deficitary with quality of interpersonal relations ($CC=-0.42$) and pastimes ($CC=-0.31$). The authors claim that recognition of residual deficitary symptom complex would facilitate the differentiation of neurotic disorders from normal psychological reactions and from organic mental disorders, and contribute to development of adequate rehabilitation programs for such patients.

Key words: neurotic disorders, residual deficitary conditions, social adjustment.

Шамрей Владислав Казимирович – профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой психиатрии Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова; e-mail: prof.shamrey@yandex.ru

Марченко Андрей Александрович – доктор медицинских наук, заместитель начальника кафедры психиатрии Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова; e-mail: andrew.marchenko@mail.ru

Абриталин Евгений Юрьевич – доктор медицинских наук, старший преподаватель кафедры психиатрии Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова; e-mail: abritalin@mail.ru

Краснов Алексей Александрович – преподаватель кафедры психиатрии Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова; e-mail: dr.krasnov_28@mail.ru

Гончаренко Андрей Юрьевич – кандидат медицинских наук, преподаватель кафедры психиатрии Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова; e-mail: gongcharenko7@yandex.ru