

# СТРУКТУРА И ВЫРАЖЕННОСТЬ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У ПАЦИЕНТОВ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ПОЛИКЛИНИК ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ В УСЛОВИЯХ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ

К. А. Идрисов

Грозный

## Введение

Современные тенденции развития психиатрических служб определяются многообразием организационных форм помощи лицам с психическими расстройствами. При этом все большее внимание уделяется возможностям первичной медицинской сети с учетом ее доступности и наименьшей «стигматизированности» (1). Вместе с тем границы диагностики психических расстройств и их терапии в учреждениях первичной медицинской сети нуждаются в уточнении с учетом конкретных условий. В Чеченской Республике решение этих задач сопряжено со значительным материальным ущербом психиатрических служб в последние десятилетия, нарушенной инфраструктурой и неуккомплектованностью профессионально подготовленными специалистами. Кроме того, следует принимать во внимание данные популяционных исследований, свидетельствующие о значительно возросшей потребности в оказании помощи населению республики, особенно в связи с депрессивными, тревожными и соматоформными расстройствами (3). Эти обстоятельства предполагают поиск неординарных подходов к организации медико-психологической и собственно психиатрической помощи. Одним из возможных путей может служить организация специализированного кабинета в территориальной поликлинике (4, 5). В реализации такого подхода была использована одна из апробированных в России модель помощи лицам, страдающим депрессиями, предложенная В.Н.Красновым (6, 7), но на первом этапе без полного протокола терапевтического раздела данной организационной модели, с первостепенным вниманием к диагностическому ее разделу.

**Целью** исследования явилось изучение структуры непсихотических психических расстройств у пациентов территориальных поликлиник Чеченской Республики.

## Материал и методы

Объектом исследования стали пациенты трех поликлиник Чеченской Республики: Грозненские городские поликлиники №№ 5, 6 и поликлиническое отделение Ачхой-Мартановской ЦРБ.

На первом этапе обследования пациентам поликлиник, обратившимся с жалобами соматического характера, предлагалось ответить на вопросы опросника для скрининга расстройств аффективного спектра (6). Анкета состояла из семи вопросов, на которые нужно было ответить «Да» или «Нет»:

1. Боли, неприятные ощущения в голове, других частях тела;
2. Ощущение слабости, упадка сил;
3. Нарушение сна;
4. Снижение интереса к привычным занятиям;
5. Снижение удовольствия от ранее приятного;
6. Чувство подавленности, угнетенности;
7. Чувство беспокойства, напряженности.

Для последующего обследования отбирались пациенты, анкеты которых содержали:

- положительные ответы не менее чем на три любых вопроса;
- положительные ответы на 4 и 5 вопросы одновременно;
- положительные ответы на 6 вопрос (изолированно или в любой комбинации);
- положительные ответы на 7 вопрос (изолированно или в любой комбинации).

На втором этапе отобранная таким образом выборка была обследована по методике SCL-90-R (7) для определения выраженности психопатологической симптоматики. Данная методика позволяет выявить девять симптоматических расстройств:

1. Соматизация (SOM);
2. Обсессивно-компульсивные расстройства (O-C);
3. Межличностная сензитивность (INT);
4. Депрессия (DEP);
5. Тревожность (ANX);
6. Враждебность (HOS);

7. Фобическая тревожность (PHOB);
8. Паранойяльные симптомы (PAR);
9. Психотизм (PSY).

Таким образом было обследовано 86 человек (57 чел. в двух поликлиниках г.Грозного и 29 чел. в поликлиническом отделении Ачхой-Мартановской ЦРБ), имеющих, предположительно, депрессивные, тревожные, соматоформные и стрессовые расстройства различной степени выраженности.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась при помощи пакета статистических программ SPSS 11.0 for Windows.

### Результаты и обсуждение

Данные социально-демографической характеристики обследованной выборки показывают, что женщины составили большинство обследованных – 57%. Возрастная группа 18–35 лет составила 38%, группа 36–55 лет – 68,6%, группа свыше 55 лет – 3,5%. Из числа обследованных 47% имели работу и нуждались в получении листка нетрудоспособности.

Распределение обследованных по семейному положению оказалось следующим: состоят в браке – 58%; вдова/вдовец – 12%; в разводе – 9%; не женат/не замужем – 21%.

В момент обращения обследованные предъявляли жалобы на различные нарушения со стороны следующих физиологических систем: сердечно-сосудистой – 36,4%; дыхательной – 23,7%; желудочно-кишечной – 19%; нервной – 9,2%; мочеполовой – 1,2%; прочие жалобы составили 10,5%.

За период проживания в зоне военных действий многие обследованные пережили различные психотравмирующие события. Характеристики психотравмирующих событий представлены в табл. 1.

Только 30,2% обследованных не пережили психотравмирующие события, остальные пережили одно или более событий, способных провоцировать различные психические расстройства.

Анализ ответов на вопросы скрининговой анкеты дал следующие результаты (табл. 2).

Из табл. 2 следует, что наибольшее число положительных ответов (93%) получило утверждение «Боли, неприятные ощущения в голове, других частях тела», отражающее проблемы соматического характера.

Обращает на себя внимание, что в 81,4% случаев отмечено снижение удовольствия от ранее при-

Таблица 1

#### Распределение пациентов поликлиник по характеру пережитых психотравмирующих событий, (n=86)

Характер психотравмирующего события	Абс.	%
Прямая угроза жизни	59	68,6
Ранения различного характера	5	5,8
Свидетельство насильственной смерти	10	11,6
Пребывание в фильтрационных пунктах	3	3,5
Гибель близкого родственника	10	11,6
Пропажа без вести близкого родственника	8	9,3

Таблица 2

#### Распределение ответов на вопросы скрининговой анкеты (n=86)

№	Вопросы анкеты	Да		Нет	
		абс.	%	абс.	%
1	Боли, неприятные ощущения в голове, других частях тела	80	93	6	7
2	Ощущение слабости, упадка сил	69	80,2	17	19,8
3	Нарушение сна	64	74,4	22	25,6
4	Снижение интереса к привычным занятиям	58	67,4	28	32,6
5	Снижение удовольствия от ранее приятного	70	81,4	16	18,6
6	Чувство подавленности, угнетенности	65	75,6	21	24,4
7	Чувство беспокойства, напряженности	68	79,1	18	20,9

ятного и в 67,4% – снижение интереса к привычным занятиям. Эти два утверждения, отражающие эмоциональную и поведенческую составляющие ангедонии, коррелируют между собой на высоком уровне значимости ( $r_s=0,56$ ;  $p<0,01$ ). При этом нарушение эмоционального аспекта ангедонии оказалось более выраженным.

Кроме того, отмечается слабая положительная корреляционная связь между утверждениями «Ощущение слабости, упадка сил» и «Чувство подавленности, угнетенности» характеризующими астению и изменение настроения ( $r_s=0,33$ ;  $p<0,01$ ).

Анализ данных SCL-90-R позволил определить значения отдельных симптоматических шкал и выявить связи между ними (табл. 3).

Как следует из табл. 3, показатель шкалы «Соматизация» является наиболее значимым (1,35), что, казалось бы, естественно для пациентов, обратившихся в поликлинику в связи с соматическими проблемами. Однако тот факт, что шкала «Соматизация» сильно коррелирует со шкалами «Депрессия» и «Тревожность» ( $r_s=0,68$  и  $r_s=0,67$  соответственно при  $p<0,01$ ) свидетельствует о высокой вовлеченности депрессии и тревожности в формирование и

Таблица 3

#### Средние значения показателей SCL-90-R в группе пациентов территориальных поликлиник (n=86)

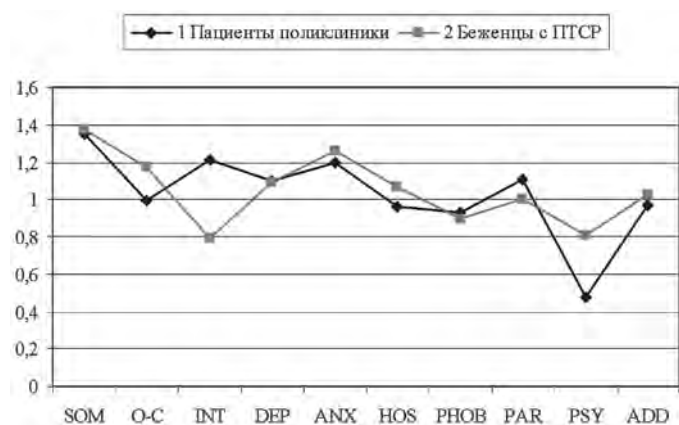
Шкалы SCL-90-R	M	SD
Соматизация (SOM)	1,35	0,75
Обсессивно-компульсивные расстройства (O-C)	0,99	0,68
Межличностная сензитивность (INT)	1,21	0,79
Депрессия (DEP)	1,10	0,67
Тревожность (ANX)	1,20	1,17
Враждебность (HOS)	0,96	0,74
Фобическая тревожность (PHOB)	0,93	0,84
Паранойяльные симптомы (PAR)	1,11	0,61
Психотизм (PSY)	0,48	0,46
Дополнительные вопросы(ADD)	0,97	0,62
Индекс общей тяжести (GSI)	1,04	0,55

выраженность соматических жалоб. Далее в порядке убывания следуют связи со шкалами «Обсессивно-компульсивные расстройства» ( $r_s=0,63$ ;  $p<0,01$ ) и «Фобическая тревожность» ( $r_s=0,61$ ;  $p<0,01$ ), свидетельствующие о сложной структуре имеющейся психопатологической симптоматики.

В целом все шкалы SCL-90-R сильно коррелируют между собой. При этом наивысшая корреляция отмечается между шкалами «Тревожность» и «Депрессия» ( $r_s=0,81$ ;  $p<0,001$ ).

Для оценки тяжести психопатологической симптоматики в обследованной выборке был проведен сравнительный анализ с другой группой жителей Чеченской Республики, ранее обследованной аналогичным методом (2). Наиболее близкой, по итоговым значениям SCL-90-R, оказалась группа беженцев с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), длительное время проживавших в пунктах временного размещения (ПВР). Беженцы находились в состоянии перманентного психического напряжения, связанного с трудностями адаптации на новом месте. Поэтому сравнение этой группы с группой пациентов поликлиник Чечни, длительное время живущих в условиях военной обстановки, представляется достаточно корректным, как с точки зрения длительности, так и интенсивности пережитых психических травм. Усредненный профиль этой группы по многим шкалам оказался сходным с профилем обследуемой выборки. Сравнительные характеристики этих трех групп представлены на рисунке.

Как следует из рисунка, и у группы пациентов поликлиник, и у беженцев с ПТСР наиболее высокое значение соответствует шкале «Соматизация», под которой понимаются нарушения, отражающие состояние дистресса, возникающее из ощущений телесной дисфункции. Однако эти расстройства могут быть и проявлениями реальных соматических заболеваний. Шкала SCL-90-R «Соматизация» сильно коррелирует с утверждением скринингового оп-



Сравнительная характеристика средних значений шкал SCL-90-R исследуемой выборки и группы беженцев с ПТСР  
Примечания: 1 – пациенты поликлиник Чеченской Республики; 2 – группа беженцев с ПТСР.

росника «Боли, неприятные ощущения в голове, других частях тела» ( $r_s=0,58$ ;  $p<0,01$ ). Интересно, что показатель этой шкалы у пациентов поликлиник, живущих в условиях длительного военного стресса, почти соответствует показателю группы беженцев с ПТСР, живущих в условиях длительного бытового стресса.

Шкала «Обсессивно-компульсивные расстройства» отражает мысли, импульсы и действия, которые переживаются индивидом как непрерывные, непреодолимые и чуждые подобно тем, которые характерны для синдрома повторения при ПТСР. Показатели этой шкалы у пациентов поликлиник несколько ниже, чем у группы беженцев.

Для шкалы «Межличностная сензитивность» характерно самоосуждение, чувство беспокойства, заметный дискомфорт в процессе межличностного взаимодействия и негативные ожидания относительно любых коммуникаций с другими людьми. Обращает на себя внимание тот факт, что значение этой шкалы у пациентов поликлиник, продолжающих жить в условиях военного времени, значительно выше, чем у беженцев, хотя и имеющих ПТСР, но живущих в условиях относительной безопасности.

Значения шкал «Депрессия» и «Тревожность» у обеих групп находятся примерно на одном уровне, при этом значение по шкале «Тревожность» несколько выше, чем у шкалы «Депрессия». Обе шкалы сильно коррелируют между собой на максимальном уровне значимости ( $r_s=0,81$ ;  $p<0,001$ ).

Шкала «Враждебность» включает мысли, чувства или действия, которые являются проявлением негативного аффективного состояния злости. Сюда входят признаки, отражающие агрессию, раздражительность, гнев. Эти признаки оказались сильнее выраженными в группе беженцев, имеющих ПТСР.

«Фобическая тревожность» определяется как стойкая реакция страха на определенных людей, места, объекты или ситуации, которая характеризуется как иррациональная и неадекватная по отношению к стимулу, ведущая к избегающему поведению. У обеих групп значения этой шкалы оказались меньше единицы.

Шкала «Паранойяльные симптомы» представляет паранойяльные тенденции как вид нарушения мышления. Основными признаками этого нарушения являются враждебность, подозрительность, страх потери независимости и иллюзии. У пациентов поликлиник это значение оказалось несколько выше, что, скорее всего, объясняется общей атмосферой подозрительности и недоверия, характерной для проживающих в зоне военных действий. В то же время нельзя исключить влияние настороженности в связи с обсуждением проблем психического здоровья, то есть влиянием стигматизации психических расстройств.

Шкала «Психотизм» представляет собой градуированный континуум от мягкой межличностной изоляции до очевидных признаков психотизма.

Выраженность этой шкалы у обеих групп оказалась ниже единицы, а у пациентов поликлиник имеет самое низкое значение, что является дополнительным подтверждением того, что психические расстройства среди гражданского населения, живущего в условиях военного времени, носят, преимущественно, непсихотический характер.

Индекс общей тяжести состояния (GSI) у группы пациентов поликлиник Чеченской Республики составляет 1,04, что только незначительно уступает индексу общей тяжести состояния у группы беженцев с ПТСР (1,06).

Результаты проведенного исследования показывают высокий уровень выраженности психопатологической симптоматики у пациентов поликлиник, что подтверждается близостью профилей SCL-90-R обследуемой группы с группой беженцев с ПТСР (см. рисунок).

Вполне объяснимо, что у пациентов поликлиник доминируют жалобы соматического характера, что и подтверждается данными обоих опросников. Однако высокий уровень корреляции соматических жалоб с депрессией, тревожностью, обсессивно-компульсивными и фобическими расстройствами вполне обоснованно ставит вопрос о значительной доле психической составляющей в формировании этих жалоб.

Если для развития ПТСР и других острых стрессовых расстройств важна не столько длительность, сколько тяжесть и интенсивность психотравмирующего события, то на развитие соматоформных и аффективных расстройств влияет длительность и кумулятивность пережитых психотравмирующих событий. Большинство обследованных пациентов поликлиник проживали и проживают на территории Чеченской Республики в течение последних 10 лет, все это время они находились под воздействием патогенных факторов военного и социально-экономического характера (угроза жизни, массовая безработица, разрушенное жилье, плохое питание

и т.д.). Длительное и совокупное воздействие указанных факторов несомненно повлияло на развитие непсихотической психической патологии, формирование повышенной враждебности и подозрительности, что, в свою очередь, вызывает чувство беспокойства и дискомфорт в процессе межличностного взаимодействия и негативные ожидания относительно коммуникаций с другими людьми.

Несмотря на выраженность психопатологической симптоматики у пациентов поликлиник, ни один из них ранее не обращался за помощью к специалистам в области психического здоровья. Основная причина этого заключается в том, что все обследованные связывали свое неудовлетворительное физическое и психическое состояние с имеющимися соматическими проблемами, что препятствовало своевременной обращаемости за помощью к специалистам в области психического здоровья и получению адекватного лечения.

### Выводы

1. Значительная часть пациентов, обращающихся в территориальные поликлиники, имеют высокий уровень выраженности психопатологической симптоматики. В структуре выявленной психической патологии доминируют тревожные, депрессивные и паранойяльные симптомы.
2. Несмотря на высокий уровень распространенности непсихотической психической патологии, отмечается крайне низкая обращаемость больных к специалистам в области психического здоровья.
3. Отсутствие достаточного количества врачей-психиатров, низкий уровень информированности населения о природе развития психических расстройств и высокий уровень стигматизации психиатрической службы существенно затрудняют оказание своевременной психолого-психиатрической помощи, что требует дальнейшего поиска организационных форм оказания помощи больным с непсихотической психической патологией.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2001. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. – ВОЗ, 2001.
2. Идрисов К.А. Динамика посттравматического стрессового расстройства у гражданских лиц, переживших угрозу жизни в зоне локального вооруженного конфликта // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – Т. 12, № 3. – С. 34–37.
3. Идрисов К.А., Краснов В.Н. Состояние психического здоровья населения Чеченской Республики в условиях длительной чрезвычайной ситуации // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005. – Т. 15, № 3. – С. 5–10.
4. Смулевич А.Б., Козырев В.Н., Сыркин А.Л. Депрессия у соматически больных. – М., 1997. – 108 с.
5. Краснов В.Н. Научно-практическая программа «Выявление и лечение депрессий в первичной медицинской сети» // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – Т. 9, № 4. – С. 5–9.
6. В.Н.Краснов и соавт. Организационная модель помощи лицам, страдающим депрессиями, в условиях территориальной поликлиники. Методические рекомендации. – М.: МЗ РФ, 2000. – 20 с.
7. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.

### STRUCTURE AND SEVERITY OF PSYCHOPATHOLOGICAL SYMPTOMS IN VISITORS OF TERRITORIAL POLICLINICS IN THE CECHEEN REPUBLIC IN CONDITIONS OF A LONG-TERM EMERGENCY SITUATION

K. A. Idrisov

The article presents the experience of detecting nonpsychotic mental disorders in primary health care facilities, specifically, in territorial polyclinics. The first results show that very few people seek help for their mental health problems, which are principally

represented by pseudosomatic complaints. The screening instrument used and the SCL-90 point to prominent manifestations of depressive, anxious and somatoform disorders as well as paranoid tendencies (on SCL-90).