

СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ В УСЛОВИЯХ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ. Сообщение II: СРАВНЕНИЕ ДВУХ ЭТАПОВ ПОПУЛЯЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ИНТЕРВАЛОМ 2 ГОДА

К. А. Идрисов, В. Н. Краснов

Грозный, Москва

В октябре–ноябре 2002 г. в рамках совместного проекта ВОЗ и Московского НИИ психиатрии было проведено обследование 1000 жителей 4-х населенных пунктов Чеченской Республики – двух городов (Грозный и Гудермес) и двух крупных сел (Урус-Мартан и Ачхой-Мартан), в целях изучения состояния психического здоровья населения, в течение более 10 лет проживающего в условиях длительной чрезвычайной ситуации (I). Последняя определялась сочетанием различных неблагоприятных факторов – таких, как угроза жизни в связи с военными действиями и наряду с ними, потеря близких, правовая незащищенность, социальная и экономическая нестабильность, массовая безработица, нарушение привычных микросоциальных связей, разрушенное жилье, плохое питание, низкое качество питьевой воды, неудовлетворительное медицинское обслуживание. Были получены следующие основные результаты:

I. Высокая частота выявления психических расстройств: в соответствии с критериями Опросника общего здоровья (GHQ – 28) различного уровня психические нарушения – от доклинических проявлений психофизиологического дистресса до клинически выраженных расстройств – выявлены у 86,3% взрослого населения; посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) выявлено у 31,2% обследованных, при этом основное число случаев приходилось на выборку г.Грозного, т.е. города с наибольшей интенсивностью и продолжительностью военных действий и наибольшей частотой террористических актов.

II. Относительно меньшие показатели расстройств установлены среди старшеклассников средних школ (46,6% случаев по критериям GHQ – 28) и, что особенно обращало на себя внимание, у них отмечены существенно меньшие показатели ПТСР (4%).

За прошедшие после проведенного исследования 2 года в Чеченской Республике произошли опреде-

ленные перемены, которые могли бы благоприятно повлиять на состояние здоровья населения: несмотря на отдельные вооруженные столкновения и террористические акты, в целом военные действия на территории республики либо прекратились либо сместились в малонаселенные южные горные районы; несколько возросла трудовая занятость населения, прежде всего за счет восстановления деятельности государственных учреждений образования, культуры, здравоохранения, начата выплата компенсаций за разрушенное жилье и утраченное имущество, регулярно выдаются пенсии, социальные пособия и заработная плата; восстановлен учебный процесс в ВУЗах республики, в которых учатся около 12 тысяч студентов. Намечались некоторые демографические изменения в связи с возвращением в республику значительной части вынужденных переселенцев.

С учетом вышеизложенного представляло интерес получение сравнительных данных, отражающих состояние психического здоровья населения и его изменения за истекшие 2 года в той же популяционной выборке. Повторное исследование, основанное на сходных методических подходах, проведено в тех же населенных пунктах спустя 2 года, а именно в октябре – декабре 2004 года.

Материал и методы исследования

Клинико-эпидемиологическое исследование проведено в тех же населенных пунктах и с максимальным методическим приближением к исследованию 2002 года: использовался тот же самый диагностический инструментарий, в работе участвовала та же группа экспертов, обследование проводилось в тех же семьях. Основными исследовательскими инструментами являлись Опросник общего здоровья Д.Голдберга (GHQ – 28), дополненный социально-демографической анкетой, и Мюнхенская диагностическая анкета для выявления ПТСР (описание см. в ж. «Социальная и кли-

ническая психиатрия», 2004, т. 14, в. 2, с. 10). Обследование осуществлялось в ходе подворных обходов с соблюдением следующих критериев исключения: лица моложе 18 лет, лица малодоступные контакту в связи с преклонным возрастом или наличием выраженных психических или соматических заболеваний, а также отказавшиеся от обследования.

Необходимо указать, что несмотря на соблюдение всех упомянутых выше условий, состав обследованных не вполне совпадал с обследованными в 2002 году: часть людей изменила место жительства, переехав в другие регионы России или за ее пределы, некоторых на сей раз не оказалось дома, а некоторые отказались от повторного обследования. В итоге в изученной выборке оказалось от 60% до 70% ранее обследованных и 30%-40% процентов обследованных впервые (с различиями в разных районах).

В дополнение к объему исследования 2002 года в 2004 году обследована контрольная группа населения Чеченской Республики на территории Надтеречного района, не вовлеченной в военные действия.

Во всех районах было посещено 480 семей, в которых проживало 2700 человек. Всего обследовано 1200 человек, из которых в г. Грозном – 400 человек, в г. Гудермес, в с.с. Урус-Мартан и Ачхой-Мартан – по 200 человек и в Надтеречном районе – 200 человек.

Кроме того, как и в 2002 году, дополнительно была обследована группа учащихся старших классов средних школ (150 чел.) для выявления риска развития психических расстройств.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием пакета статистических программ SPSS 11.0 for Windows.

Результаты

1. Социально-демографическая характеристика.

При сопоставлении социально-демографических данных за 2002 и 2004 г.г., не включая данные по Надтеречному району, выявились некоторые изменения, часть из которых следует считать существенной, но не отменяющей правомерность сравнения двух указанных этапов исследования. В первую очередь обращает на себя внимание «выравнивание» соотношения женщин и мужчин: в 2002 г. среди обследованных женщины составляли 60%, мужчины – 40%; в 2004 г. соответственно 52,5% и 47,5%. Это может свидетельствовать, в числе прочих оснований, о возвращении ранее выехавших мужчин трудоспособного возраста в места традиционного проживания. Косвенно на это указывает и значимое ($\chi^2=6,49$; $p<0,05$) увеличение пропорции лиц молодого возраста (18–25 лет) в выборке 2004 г.: 16,4% по сравнению с 12,4% в 2002 г. По другим возрастным группам выборки сопоставимы. Не установлено существенных изменений и в распределении

обследуемых по уровню образования, хотя отмечена тенденция увеличения числа лиц с высшим образованием – от 17,8% до 19,7% (табл. 1). Как и в 2002 г., число вдовых и разведенных оказалось в 2004 г. достоверно меньшим среди мужчин, чем среди женщин ($\chi^2=50,44$; $p<0,001$). При этом 80% вдовых и 50% разведенных приходится на возрастную группу более 46 лет, что, по-видимому, отражает общераспространенные трудности повторного создания семьи для людей старше 45 лет, особенно для женщин. В других возрастных группах существенных различий не установлено.

Среди обследованных в 2002 г. только 35,5% имели постоянную работу (21,4% составляли женщины и 14,1% мужчины), в 2004 г. доля постоянно работающих несколько увеличилась – до 39,5% ($\chi^2=3,41$; $p>0,05$), в том числе 20,5% составляли женщины и 19,0% мужчины. Кроме того, 10,9% обследованных имели случайные заработки (в этой доле женщины составляли 3,1%, мужчины 7,8%). Таким образом, можно констатировать определенное увеличение трудовой занятости мужчин за истекшие 2 года. В целом при пересчете на категорию лиц трудоспособного возраста в 2002 г. ту или иную трудовую занятость имели 45% обследованных, в 2004 г. – 55,3% ($\chi^2=21,22$; $p<0,001$).

Состояние жилища в зоне проводившихся военных действий и продолжающихся трудностей восстановления хозяйственной инфраструктуры является важным фактором, влияющим на здоровье, работоспособность и психологическое благополучие населения. Здесь изменения, как известно, происходят медленно, тем не менее по ряду показателей наметилась тенденция улучшения. В частности, в 2002 г. у 22% обследованных собственное жилье было полностью разрушено и недоступно восстановлению, в 2004 г. в таком положении оставались 15% обследованных ($\chi^2=16,25$; $p\leq 0,001$).

Таблица 1

Распределение обследуемых по возрасту и образованию (n=1000)

Возраст, (лет)	Образование (абс., %)						Всего
	незаконченнее среднее	среднее	среднее техническое	незаконченнее высшее	высшее		
18-25	16 (1,6%)	82 (8,2%)	9 (0,9%)	44 (4,4%)	13 (1,3%)	164 (16,4%)	
26-35	16 (1,6%)	107 (10,7%)	38 (3,8%)	17 (1,7%)	65 (6,5%)	243 (24,3%)	
36-45	13 (1,3%)	109 (10,9%)	46 (4,6%)	4 (0,4%)	34 (3,4%)	206 (20,6%)	
>46	93 (9,3%)	116 (11,6%)	85 (8,5%)	8 (0,8%)	85 (8,5%)	387 (38,7%)	
Всего	138 (13,8%)	414 (41,4%)	178 (17,8%)	73 (7,3%)	197 (19,7%)	1000 (100,0%)	

2. Сопоставление данных Опросника общего здоровья (GHQ-28).

В табл. 2 представлены итоговые показатели шкал Опросника общего здоровья, свидетельствующие об определенных положительных изменениях, отражающих состояние психического здоровья населения Чеченской Республики.

Общий уровень дистресса (при отнесенных в эту категорию всех «случаев» и «случаев с выраженными нарушениями» по GHQ-28) остается весьма высоким (75,7%), но достоверно более низким, чем в 2002 г., когда этот уровень равнялся 86,3% ($\chi^2=36,50$; $p<0,001$). Уменьшилось как число «случаев», так и «случаев с выраженными нарушениями».

Соотношение отдельных шкал Опросника представлено в табл. 3 и на рис. 1. Из этих данных следует, что показатели шкал соматизации и тревоги (тревожности) находятся в сходных диапазонах, в

то время как нарушения социального функционирования выделяется наибольшим числом «случаев», а «депрессия» – наименьшим. Между всеми четырьмя шкалами имеется корреляционная зависимость с высоким уровнем значимости ($P<0,01$), при наибольшей силе этой зависимости между тревогой и соматизацией ($r_s=0,71$), несколько меньшей – между тревогой и социальным функционированием ($r_s=0,60$).

Это свидетельствует в пользу высказанного ранее применительно к данным 2002 г. предположения (1), что тревога является ведущим расстройством и определяет развитие соматизации и социальной дисфункции.

При рассмотрении различий показателей в выборках, относящихся к разным населенным пунктам (рис. 2), выявились некоторые отличия от данных 2002 г. Если 2 года назад практически по всем

Таблица 2

Частота распространенности психических расстройств у населения Чеченской республики (по данным GHQ-28) (n=1000)

Характеристика психического состояния	Количество баллов	Абс.	%
«случай»	≥ 5 -<15	697	69,7
«случай с выраженными нарушениями»	≥ 15	60	6,0
Всего		1000	100,0

Таблица 3

Основные показатели по отдельным шкалам GHQ-28 с различной степенью выраженности (n=1000)

Шкалы	<5		≥ 5 -<15		≥ 15		Среднее
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
соматизация	211	21,1	674	67,4	115	11,5	8,59
тревога	177	17,7	684	68,4	139	13,9	9,34
социальное функционирование	75	7,5	790	79	136	13,6	9,76
депрессия	688	68,8	291	29,1	21	2,1	3,53

Рис. 1. Показатели отдельных шкал GHQ-28 в обследуемой выборке (n=1000)

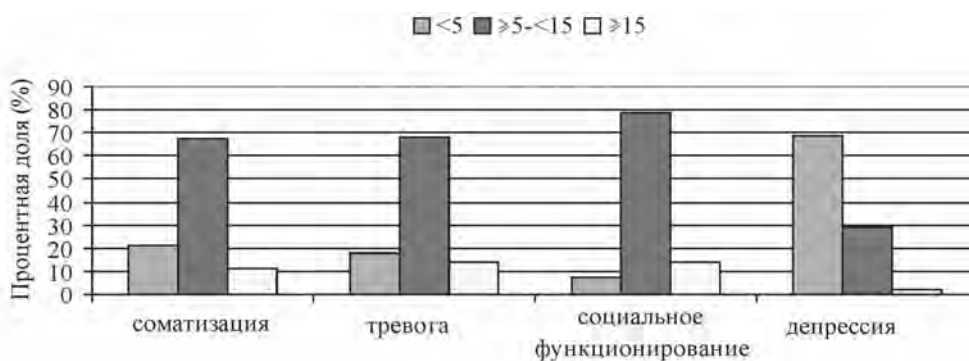


Рис. 2. Сравнение средних показателей шкал GHQ-28 по отдельным районам Чеченской республики (n=1000)

га

показателям «лидировал» г. Грозный, то в 2004 г. наиболее высокие показатели всех шкал GHQ-28 относятся к с. Ачхой-Мартан. В этой связи нельзя не отметить, что этот двухлетний промежуток характеризовался наибольшей частотой вооруженных столкновений именно в Ачхой-Мартане и вокруг него, особенно на границе с близлежащей Ингушетией (вооруженное нападение на г. Назрань и т.п.)

Сопоставляя соотношение показателей 2002 и 2004 г.г. (рис. 3) можно отметить их существенное пропорциональное сходство, но с увеличением в 2004 г. числа «не случаев» по всем шкалам (достоверно для соматизации, $p < 0,01$, и тревоги, $p < 0,05$).

3. Распространенность посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

Для оценки частоты развития ПТСР использовалась, как и в 2002 г., Мюнхенская диагностическая анкета. Различные жизнеугрожающие и трагические ситуации в предшествующие годы, включая и период до 2002 г., пережили 71,5% обследуемых. Как это общее число, так и частота и характер конкретных психотравмирующих ситуаций вполне сопоставимы с данными исследования 2002 г. (1, стр. 8). Общее число зарегистрированных случаев ПТСР также существенно не изменилось: – 30,1% в 2004 г. (при 31,2% в 2002 г.). При этом 56,6% всех случаев ПТСР относятся к женской части выборки, 44,4% – к мужской, что в данном случае соотносимо с пропорциональной представленностью женщин и мужчин среди всех обследованных.

По типу течения случаи ПТСР распределились следующим образом: текущая форма 3,7% случаев (симптомы ПТСР появились впервые), текуще-предшествующая форма – 52,2% случаев (симптомы ПТСР имеются, но они существовали и в прошлом), предшествующая форма – 44,1% случаев (симптомы ПТСР существовали в прошлом, но в настоящее время они не выражены, при этом неизменным остается «повторное переживание травматического события», т.е. I-й критерий Мюнхенской диагностической анкеты).

Таким образом, актуальная частота ПТСР в выборке составила 16,8%, из которых 1,1% новые случаи, а 15,7% – случаи ПТСР которые имелись и в прошлом. В 13,3% случаев проявления ПТСР имелись ранее, но на момент обследования симптоматика не была выражена, однако говорить о полном выздоровлении тоже не представлялось возможным, так как при сравнительном анализе взаимозависимости уровня выраженности расстройств по Опроснику общего здоровья и частоты ПТСР оказалось, что только 1,3% имевших ранее ПТСР относились к категории «не случай», остальные, по всей вероятности, имели различные виды расстройств (нарушений, симптомов).

Более половины случаев ПТСР приходилось на г. Грозный, затем следует Ачхой-Мартан.

Возраст существенно влияет на развитие ПТСР: с увеличением возраста обследуемых увеличивается частота ПТСР. В частности, в возрастной группе старше 46 лет частота ПТСР достоверно выше, чем в более молодых возрастных группах ($\chi^2=29,04$; $p < 0,001$).

Дополнением к этому положению могут быть данные, полученные при обследовании старшеклассников средних школ (15–17 лет). В соответствии с этими данными распространенность ПТСР среди старшеклассников ($n=150$ чел) составляет 5,3% (у 8 человек), т.е. даже незначительно выше, чем в 2002 г. (4%). При этом по критериям GHQ-28 общее число «случаев», т.е. тех или иных психических нарушений, составило у старшеклассников 30,7%, в 2002 г. – 46,7% ($\chi^2=8,10$; $p < 0,01$) в том числе лишь единственный «случай с выраженными нарушениями». В этом правомерно усматривать не только объективно меньшее «накопление» психотравмирующих воздействий, но и значительные ресурсы адаптации, присущие молодому возрасту.

4. Показатели состояния психического здоровья жителей Надтеречного района.

Социально-демографическая характеристика изученной популяция Надтеречного района допускает сравнение с ранее описанной общей выборкой

Рис. 3. Сравнительная характеристика данных по Опроснику общего здоровья за 2002 и 2004 гг., %, ($n=1000$)

2004 г., хотя некоторые особенности обращают на себя внимание. Лиц с высшим образованием оказалось несколько больше, чем в основной выборке (22,5% по сравнению с 19,7%). Количество обследованных мужчин и женщин оказалось одинаковым (по 100 человек, т.е. 50%).

55% обследованных имели постоянную работу – 57 женщин и 53% мужчины. Случайные заработки имеют 17% обследованных. 21% обследованных не имели работы.

Обследование 200 человек в Надтеречном районе с использованием Опросника общего здоровья (GHQ-28) дало следующие результаты (табл. 4 и 5).

Как следует из табл. 4, 56% обследованных отнеслись к категории «не случай», и лишь 44% – к категории «случай» (при сопоставлении с основной выборкой различия высокозначимы: $\chi^2=80,40$; $p<0,001$). Случаи с выраженными нарушениями отсутствовали.

Из табл. 5 и рис. 4 следует, что значения шкал «тревога» и «соматизация» находятся примерно в одном диапазоне. Показатель шкалы «социальное функционирование» значительно превосходит все остальные шкалы, более того – сопоставим с общим показателем нарушений социального функционирования в основной группе, что с трудом поддается объяснению. При этом весьма низкие значения по шкале «депрессия» контрастируют с соответствующими показателями основной выборки. Между всеми четырьмя шкалами имеется корреляционная зависимость с высоким уровнем значимости ($p=0,01$), хотя сила этой связи между шкалами не равнозначна. Наиболее сильные связи выявляются между тревогой и соматизацией – $r_s=0,85$; тревогой и депрессией – $r_s=0,77$; соматизацией и социальным функционированием – $r_s=0,73$; тревогой и социальным функционированием – $r_s=0,71$.

Таким образом, можно подтвердить сделанное ранее предположение, что тревога является веду-

Таблица 4

Частота распространенности психических расстройств у населения Надтеречного района (по данным GHQ-28), (n=200)

Характеристика психического состояния	Количество баллов	Абс.	%
«не случай»	<5	112	56
«случай»	≥5-<15	88	44
«случай с выраженными нарушениями»	≥15	0	0
Всего		200	100,0

Таблица 5

Основные показатели по отдельным шкалам GHQ-28 с различной степенью выраженности (n=200)

Шкалы	<5		≥5-<15		≥15		Среднее
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
соматизация	92	46	104	52	4	2	5,89
тревога	92	46	108	54	0	0	5,79
социальное функционирование	8	4	192	96	0	0	8,04
депрессия	180	90	20	10	0	0	1,62

щим расстройством и определяет развитие соматизации, социальной дисфункции и депрессии (в категориях GHQ-28).

Высокий уровень нарушений социального функционирования можно объяснить сочетанным влиянием тревоги и соматизации.

Случаи ПТСР составили только 4% ($p<0,001$).

Выводы

1. Изучая с помощью идентичного инструментария сопоставимые популяционные выборки с интервалом 2 года, удалось выявить некоторые благоприятные тенденции в состоянии психического здоровья населения Чеченской Республики, в течение ряда лет проживающего в условиях длительной чрезвычайной ситуации. Это сказывается в досто-

Рис. 4. Показатели отдельных шкал GHQ-28 в обследуемой выборке (n=200)

верном снижении показателей тревоги, соматизации и депрессии (в категориях Опросника общего здоровья GHQ-28).

2. В то же время число случаев ПТСР остается устойчиво высоким, отражая стойкость переживаний психотравмирующего содержания. Если рассматривать ПТСР как самостоятельную, недискретную клиническую форму, то ее следует признать весьма условной. В клинической практике конкретные проявления связанных с психотравмирующими событиями расстройств обычно далеко выходят за границы критериев ПТСР, описанных в DSM-III-R, DSM-IV и в МКБ-10. Было бы оправданным выделять несколько форм посттравматического стрессового расстройства с указанием сроков/этапов развития и выраженности социальной дезадапции. Последняя как раз и является ключевой и дифференцирующей характеристикой данного расстройства, в то время как повторное переживание (воспроизведение) психотравмирующего события остается наиболее устойчивым феноменом. Как известно, сходные диагно-

стические проблемы активно дискутируются в последние годы в связи с совершенствованием современных клинических классификаций (2-6).

3. Сравнение с выборкой населения Надтеречного района Чеченской Республики свидетельствует о сохраняющемся неблагоприятии в состоянии психического здоровья населения, проживающего на территории военных действий и до настоящего времени испытывающего социально-экономические и психологические трудности послевоенного периода.

Авторы выражают признательность Московскому представительству ВОЗ и лично Уте Эндерляйн, Координатору программ ВОЗ на Северном Кавказе, за поддержку данного исследования, а также благодарят участвовавших в обследовании населения специалистов Чеченской Республики, в том числе, Х.Б.Ахмедову, Х.У.Баскариева, Л.А.Вакаеву, Б.А.Дадашеву, М.Х.Исаева, З.М.Кантаеву, М.А.Минаеву, Г.У.Сатаева, Э.С.Тайсумову, С.Ю.Янникову.

ЛИТЕРАТУРА

1. К.А. Идрисов, В.Н. Краснов. Состояние психического здоровья населения Чеченской Республики в условиях длительной чрезвычайной ситуации // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – Т. 14, № 2. - С. 5-10.
2. Alarcon R.D., Bell C., Kirmayer L., et al. Beyond the funhouse mirrors: Research agenda on culture and psychiatric diagnosis // A Research agenda for DSM-V (Eds D.Kupfer, M.First, D.Regier) – Washington: American Psychiatric Association, 2005. - P. 219-282.
3. Andreasen N.C., Acute and delayed posttraumatic stress disorders: a history and some issues // Am. J. Psychiatry. – 2004. – Vol. 161, N 8. – P. 1321-1323.

4. Lopez-Ibor J.J. The Classification of stress-related disorders in ICD-10 and DSM-IV // Psychopathology. – 2002. - Vol. 35, №№ 2-3. – P. 107-111.
5. Phillips K.A., Price L., Greendeg B., Rasmussen S., et al. Should the DSM diagnostic groupings be changed. // Advancing DSM dilemmas in psychiatric diagnosis. (Eds K.A. Phillips, M.B. First, H.A. Pincus) – Washington: American Psychiatric Association, 2003. – P. 57-84.
6. Yeguda R., Bierer L. Re-evaluation the link between disasters and psychopathology // Disasters and mental health (Eds J.J. Lopez-Ibor et al.). – Chichester: Wiley, 2005. - P. 65-80.

MENTAL HEALTH IN THE CHECHEN POPULATION EXPOSED TO LONG-TERM EMERGENCY CIRCUMSTANCES. PAPER II.

K. A. Idrisov, V. N.Krasnov

The article presents the results of the 2nd phase of the epidemiological investigation of mental health in the population of the Chechen Republic. Initially, 1000 adults from four locations were interviewed at the end of 2002. At the end of 2004, 1000 person were interviewed in the same locations. Additionally, in 2004 two hundred persons were investigated in a northern area of the Chechen Republic not involved in military action.

Instruments: GHQ-28 and Munich Diagnostic Checklist.

Results: Demographic indices have not changed significantly during the two years though there is a tendency to higher employment rate: from 45% in 2002 (including odd jobs) to 55,3% in 2004. In 2002 distress (cases and severe cases in accordance with GHQ criteria) conditions were found in 86,3% of those investigated while in 2004 this proportion

decreased to 75,4% ($p<0.01$). The GHQ Scale distribution – scales 'somatization', 'anxiety', 'social functioning' and 'depression'- remained similar though the number of cases with pronounced anxiety diminished from 20,6% to 13,9% ($p<0.01$). Depression decreased from 39,3% to 31,2% ($p<0.05$), mainly in the group with moderate disorders. Somatization rate also decreased ($p<0.01$). In 2004, PTSD was found in 30,1%, thus there were no significant differences with 2002 (31,2%). The risk of PTSD happened to increase with age: from 10% in the age group 18-25 years to 47,8% in group 46+.

In control group that consisted of people not involved in military action, mental disorders according to GHQ-28 criteria were found in 44% ($p<0.001$) while PTSD only in 4% of those investigated ($p<0.001$).