

Б.А. Казаковцев,  
М.А. Алиев,  
С.М. Алиева

*Эпидемиология  
и профилактика  
психических  
расстройств*

ИЗДАТЕЛЬСТВО  
ПРОМЕТЕЙ

УДК 616.89+616–036.2

ББК 56.14+51.9

К 14

**Казаковцев Б.А.**

**К 14 Эпидемиология и профилактика психических расстройств** / Б.А. Казаковцев, М.А. Алиев, С.М. Алиева. – М.: Прометей, 2022. – 368 с.

ISBN 978-5-00172-248-9

В соответствии с классификацией ВОЗ (1983), профилактика психических расстройств делится на *первичную* (профилактика возникновения психических расстройств), *вторичную* (их своевременное выявление и лечение) и *третичную* (профилактика тяжелых последствий психических расстройств).

Эффективность психообразовательной работы и когнитивно-поведенческой терапии при тяжелых и стойких психических расстройствах нередко оценивается лишь как временная или преходящая.

Эффективность мер первичной профилактики психических расстройств оценивается более оптимистично. Предполагается, что будущие исследования этиологии психических расстройств, проводимые с использованием методов эпидемиологического анализа, могут способствовать развитию дополнительных стратегий первичной профилактики. Эти усилия могут оказать помощь в перераспределении ресурсов и принятии мер государственной политики.

Меры первичной профилактики психических расстройств охватывают не только просвещение населения в области психического здоровья и медицинскую помощь в целом. Они включают борьбу с инфекциями, травмами и психогенными воздействиями, охватывают сферу деятельности медико-генетических консультаций, женских консультаций и системы родовспоможения, раннее выявление аномалий развития. Они в значительной мере относятся к воспитанию детей и подростков, предупреждению конфликтов, соблюдению режима труда и отдыха, психологическому консультированию, профилактике употребления психоактивных веществ.

Рассчитано на организаторов здравоохранения, руководителей психиатрических организаций, врачей психиатров и психотерапевтов, клинических психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников, аспирантов, клинических ординаторов, студентов лечебных и педиатрических факультетов, факультетов клинической психологии и социальной работы, а также на широкий круг читателей.

ISBN 978-5-00172-248-9

© Казаковцев Б.А., Алиев М.А.,  
Алиева С.М., 2022

© Издательство «Прометей», 2022

## ОГЛАВЛЕНИЕ

|   |          |
|---|----------|
| <b>СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ</b> | <b>7</b> |
| <b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....                           | <b>8</b> |

### Часть I

## КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ИССЛЕДОВАНИЮ ПРОФИЛАКТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Глава 1. Общая характеристика эпидемиологических подходов к оценке психического здоровья населения.</b> ..... | <b>14</b> |
| 1.1. Эпидемиологическая оценка психического здоровья . . . . .   | 15        |
| 1.2. Этнокультурный фактор .....   | 26        |
| 1.3. Экономические проблемы<br>и организация психиатрической помощи .....  | 28        |
| <b>Глава 2. Эпидемиологические методы исследования</b> .....   | <b>30</b> |
| <b>Глава 3. Охрана психического здоровья и профилактика психических расстройств</b> .....                        | <b>49</b> |
| 3.1. Организация психиатрической помощи и профилактика психических расстройств .....                             | 49        |
| 3.1.1. Развитие лечебно-профилактических служб в психиатрии .....  | 49        |
| 3.1.2. Политика в области психического здоровья. ....  | 51        |
| 3.1.3. Применение вмешательств на протяжении всей жизни .....  | 55        |
| 3.1.4. Разработка психосоциальных реабилитационных программ .....  | 58        |
| 3.2. Региональные особенности организации психиатрической помощи. ....   | 62        |
| 3.3. Психосоциальная работа и профилактика инвалидности при психических расстройствах .....                      | 73        |

**Часть II**  
**ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА**  
**ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

|   |     |
|---|-----|
| <b>Глава 4. Эпидемиологическая оценка первичной профилактики психических расстройств</b> . . . . .                                      | 86  |
| 4.1. Просвещение населения по вопросам психического здоровья . . . . .  | 87  |
| 4.2. Медицинская помощь в целом . . . . .   | 89  |
| 4.3. Борьба с инфекциями, травмами и психогенными воздействиями . . . . .   | 90  |
| 4.4. Медико-генетические консультации . . . . .   | 92  |
| 4.5. Женские консультации и родовспоможение . . . . .   | 93  |
| 4.6. Раннее выявление аномалий развития . . . . .   | 94  |
| 4.7. Воспитание детей и подростков . . . . .  | 96  |
| 4.8. Предупреждение конфликтов . . . . .  | 98  |
| 4.9. Соблюдение режима труда и отдыха . . . . .   | 99  |
| 4.10. Психологические консультации . . . . .  | 101 |
| 4.11. Профилактика употребления психоактивных веществ (ПАВ) . . . . .   | 103 |
| <b>Глава 5. Географические и этнокультурные характеристики первичной заболеваемости психическими расстройствами</b> . . . . .           | 106 |
| 5.1. Региональные различия первичной заболеваемости психическими расстройствами . . . . .   | 106 |
| 5.2. Этнокультурные различия первичной заболеваемости психическими расстройствами . . . . .   | 111 |
| 5.3. Первичная заболеваемость и первичная инвалидность при психических расстройствах в Северо-Кавказском федеральном округе . . . . .   | 124 |
| <b>Глава 6. Социально-демографические и экологические характеристики первичной заболеваемости психическими расстройствами</b> . . . . . | 133 |
| 6.1. Социально-демографическая характеристика первичной заболеваемости психическими расстройствами . . . . .                            | 133 |

|   |     |
|---|-----|
| 6.2. Социально-демографическая характеристика больных шизофренией в Республике Дагестан . . . . .                 | 140 |
| 6.3. Экологическая характеристика первичной заболеваемости психическими расстройствами . . . . .                  | 148 |
| 6.3.1. Профилактика психических расстройств: Акушерство и гинекология . . . . .                                   | 148 |
| 6.3.2. Организация акушерско-гинекологической помощи по данным федеральных округов . . . . .                      | 159 |
| 6.3.3. Профилактика психических расстройств: детские инфекции . . . . .   | 172 |
| 6.3.4. Меры профилактики, диагностики и лечение инфекционных заболеваний у детей в федеральных округах . . . . .  | 184 |
| 6.3.5. Травмы, отравления и другие внешние воздействия как предикторы показателей психического здоровья . . . . . | 194 |
| 6.3.6. Профилактика последствий травм и психическое здоровье в популяции . . . . .                                | 205 |
| 6.3.7. Профилактика первичной заболеваемости психическими расстройствами в Республике Дагестан . . . . .          | 212 |

### **Часть III**

## **ПРОФИЛАКТИКА КАК КРИТЕРИЙ КАЧЕСТВА ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

|   |            |
|---|------------|
| <b>Глава 7. Качество организации психиатрической помощи . . . . .</b> | <b>224</b> |
|---|------------|

|   |            |
|---|------------|
| <b>Глава 8. Первичная и общая заболеваемость психическими расстройствами. Демографические и организационные факторы . . . . .</b> | <b>247</b> |
|---|------------|

|   |     |
|---|-----|
| 8.1. Оптимизация психиатрических служб и показатели заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации . . . . . | 247 |
| 8.2. Экологические факторы и охрана психического здоровья в Республике Дагестан . . . . .                                       | 255 |

|  |            |
|--|------------|
| 8.3. Динамика первичной и общей заболеваемости эпилепсией в России по данным государственного статистического наблюдения . . . . . | 262        |
| <b>Глава 9. Деятельность медицинских организаций и показатели психического здоровья . . . . .</b>                                  | <b>270</b> |
| 9.1. Эпидемиологические подходы к исследованию организации психиатрической помощи в Республике Дагестан. . . . .                   | 270        |
| 9.1.1. Доступность и качество организации психиатрической помощи. . . . .  | 270        |
| 9.1.2. Общая заболеваемость психическими расстройствами. Демографические и организационные факторы. . . . .                        | 279        |
| 9.1.3. Организация просвещения населения и психообразования пациентов и их семей. . . . .  | 292        |
| 9.1.4. Организация и методические особенности проведения психообразовательной работы. . . . .                                      | 296        |
| 9.2. Экономический анализ ресурсного обеспечения психиатрической помощи в Республике Дагестан. . . . .                             | 298        |
| <b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ . . . . .</b>  | <b>310</b> |
| <b>ЛИТЕРАТУРА . . . . .</b>  | <b>317</b> |

# **Часть I. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К ИССЛЕДОВАНИЮ ПРОФИЛАКТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

## **Глава 1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ К ОЦЕНКЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ**

Согласно Плану действий Всемирной организации здравоохранения на 2013–2030 годы, политическими задачами стран-участниц являются: укрепление эффективного лидерства и руководства в области охраны психического здоровья; обеспечение комплексных, интегрированных и гибко реагирующих служб по психическому здоровью и социальной помощи в учреждениях в общине; осуществление стратегии укрепления и *профилактики* в области психического здоровья; укрепление информационных систем, базы фактических данных и исследований в области психического здоровья; *регулярный сбор конкретных данных по психическому здоровью, охватывающих, по крайней мере, государственный сектор.* (WHO, 2014).

По данным ВОЗ, психические расстройства распространены во всех регионах мира. Они поражают каждое сообщество и каждую возрастную группу в странах с разными уровнями дохода. На эти расстройства приходится 14% глобального бремени болезней, но большинство людей, страдающих от них, из которых 75% проживают в странах с низким уровнем дохода, не имеют доступа к необходимому им лечению. (ВОЗ, 2006).

По справедливому замечанию А.Л. Каткова и соавт. (2006), индивидуальное и общественное психическое здоровье представляет собой беспрецедентную по масштабам проблему как по части смыслового содержания, так и в аспекте мониторинга и оценки показателей.

### 1.1. Эпидемиологическая оценка психического здоровья

В 1950—1960-е годы ВОЗ была предложена идея разработки подходов к динамическому сбору статистических данных о психиатрических пациентах, использование которых позволило бы получать сведения о частоте заболеваемости психическими расстройствами и их распространенности в населении.

По предварительным оценкам экспертов ВОЗ того времени, получение и накопление указанных данных могло бы иметь не только самостоятельное практическое значение. Они также могли быть использованы для научного исследования причин возникновения психических расстройств. (А.М. Lilienfeld, 1957; Цунг-И Лин и соавт., К.К. Стендли, 1963).

Справедливость подобных предположений подтвердилась в ходе последующей разработки эпидемиологических методов исследования в психиатрии, благодаря которым было начато структурно-динамическое изучение характеристик психических расстройств. (Жариков Н.М. и соавт., 1965–2002; Винг Д., 1975; Шмаонова Л.М., 1983; и др.).

Формировалась исследовательская база, на которой основывалось планирование научных разработок клинических и организационных вопросов психиатрии. (Красик Е.Д., 1964, 1982; MacMahon B. et al., 1970; Киселев А.С., Сочнева З.Г., 1988; Положий Б.С., 1993; Петраков Б.Д., Цыганков Б.Д., 1996).

Зарубежная статистика для частнопрактикующих врачей носит преимущественно учрежденческий характер. (Kunze H. et al., 1994). При этом «существует поразительное отсутствие надежных регулярно собираемых данных, которые могли бы быть использованы для планирования услуг». (Lund C. et al., 2010).

Своеобразие отечественной системы государственного статистического наблюдения заключается в том, что с середины 1960-х популяция лиц с психическими расстройствами ежегодно анализируется по организациям здравоохранения в масштабе регионов, федеральных округов и страны в целом.

Промежуточное положение занимает Дания, где с 1970 года осуществляется централизованный исследовательский регистр па-



## Часть I. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ ...

---

циентов в госпитальных психиатрических отделениях с указанием даты начала и окончания лечения, диагноза, места лечения и места жительства. Регистр признается ценным инструментом для национального планирования здравоохранения и используется в международных эпидемиологических исследованиях. (Munk-Jørgensen P. et al., 1997, 2011; Wierdsma A.I. et al., 2008; Mors O. et al., 2011).

В зарубежной практике главным образом используются трудоемкие и дорогостоящие эпидемиологические исследования в виде сбора информации через анкетирование и социологические опросы. Их результаты верифицируются данными не менее дорогостоящих периодически проводимых единовременных популяционных исследований в расчете на календарные 12 месяцев. Сообщается, например, о 13% болезненности психическими расстройствами в Китае (2002), 14,4% в Испании (2013), 15–20% взрослого и 21% болезненности детского населения в США (2000) и Объединенных Арабских Эмиратах (2000), 18% в Нидерландах (2010). Разрозненные и несистематизированные данные о болезненности отдельными психическими расстройствами приводятся по группам населения: 40% подросткового населения США (2012); 33% пациентов общих больниц в Германии (1999). Существенное влияние на показатели психического здоровья оказывают данные о распространенности депрессивных расстройств, оцениваемой как 15% общей популяции в Европе (1999), 16,5% работающих американцев (2002). Приводятся данные о распространенности расстройств личности: 5–10% населения США (1999). (Казаковцев Б.А., 2009; Kessler R.C., 2012; Alonso J. et al., 2013; Steel Z. et al., 2014; Polanczyk G.V. et al., 2015).

По оценкам ВОЗ, на начало 2000-х психические расстройства составляли 12% глобального бремени болезней и охватывали 30,8% лет жизни с инвалидностью (ВОЗ, 2001). В период между 1990 и 2010 годами это бремя увеличилось на 37,6%, что большинством зарубежных исследователей связывается с социальными условиями: низким доходом, ограниченным образованием, профессиональным статусом и финансовым напряжением. Отсутствие социальной поддержки, критические жизненные события, безработица, неблагоприятное соседство и неравенство в доходах являются социальными рисками плохого психического здоровья. (Leighton A.H., 1959;

Whiteford H.A. et al., 2013; Kessler R.C. et al., 2014; Atkins M.S. et al., 2015; Ten Have M. et al., 2015; Silva M. et al., 2016).

К факторам риска развития психических расстройств зарубежные авторы относят также «образ жизни», питание и двигательную активность, «детские невзгоды» и «социальное неравенство». (Jacka F.N. et al., 2012; McLaughlin K.A. et al., 2012; Varese F. et al., 2012; Dvir Y., 2013; Garner A.S., 2013; Rajmil L. et al., 2014; Barlow J. et al., 2014; Hayward J. et al., 2014; Poole M.K. et al., 2014; Nakash O. et al., 2015; Stickley A. et al., 2015).

Ряд авторов высказывают сомнения в том, что между названными факторами и возникновением психических расстройств действительно имеется причинная связь (Henderson S. et al., 1997; Caspi A. et al., 2002; Amaddeo F. et al., 2007; Rishel C.W., 2007; Jaffee S.R. et al., 2012). По результатам одного из мета-анализов установлено, что лишение родителей свободы, например, связано с более высоким риском антисоциального поведения детей, но не проблем психического здоровья, употребления наркотиков или плохой успеваемости. (Murray J. et al., 2012).

В пользу существования причинной связи между психическим расстройством и низким социальным статусом может свидетельствовать распространенность психических расстройств среди бездомных, которая колеблется от 80–95% в США, Австралии, Канаде, Норвегии и Германии до 25–33% в Ирландии и Испании (Martens W.H., 2001). Приводятся данные о последствиях раннего начала заболевания в виде «усеченного уровня образования»: от 14,2% у бросивших среднюю школу до 4,7% у бросивших колледж. (Kessler R.C. et al., 1995).

Редко за рубежом исследуется занятость людей трудоспособного возраста в зависимости от состояния их психического здоровья. По результатам одного из таких исследований, проведенного в США, при отсутствии психических расстройств уровень занятости в популяции составляет 75,9%, при «легких» психических расстройствах — 68,8%, при «умеренных» — 62,7%, при «серьезных» психических расстройствах — 54,5% ( $p < 0,001$ ). (Luciano A. et al., 2014).

О высоких социальных издержках психических расстройств свидетельствует тот факт, что в Израиле респонденты с серьезными пси-

## **Часть I. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ ...**

---

хическими заболеваниями зарабатывают в среднем на треть меньше среднего показателя доходов в стране. (Levinson D. et al., 2010).

По данным исследования, проведенного в Нидерландах, годовые затраты на миллион работающих в связи с психическими расстройствами в денежном выражении составляют 360 млн евро, в связи с соматическими расстройствами — 706 млн евро. (de Graaf R. et al., 2012).

Необходимыми для мониторинга и повышения качества охраны психического здоровья в 1980–2000-е годы считалось наличие и доступность информации. Большинство авторов полагали, например, что после создания информационной инфраструктуры к ней следует приспособиться менеджерам, клиницистам и другим пользователям. Предлагалось определять приоритеты в мониторинге качества и выбирать допустимые показатели с тем, чтобы в каждой стране принимать решение о том, какие показатели, описанные на данном этапе развития служб психического здоровья, будут наиболее эффективными.

Предполагалось, что в долгосрочной перспективе информационные системы и мониторинг качества охраны психического здоровья будут способствовать снижению издержек в результате предоставления более качественных услуг, что может привести к другим положительным результатам, таким как повышение мотивации персонала, удовлетворение потребностей лиц, страдающих психическими расстройствами, а также значительные социальные и экономические выгоды. (Deiker T. et al., 1981; Mattson M.R., 1984; Donabedian A., 1988; Zusman J., 1988; WHO, 2003, 2004; Saxena S. et al., 2007; Качаева М.А. и соавт., 2017).

При обследовании населения страны, региона или района обслуживания психиатрической организацией зарубежные эпидемиологи чаще ограничиваются количественными измерениями. (Цунг-И Лин и соавт., 1963; Shepherd M., 1978; Dohrenwend B.P. et al., 1980; Jablensky A. et al., 1982; Saunderson T.R. et al., 1996; Silva M. et al., 2016, и др.).

Вместе с тем подчеркивается, что использование единых критериев клинической диагностики психических расстройств позволяет МКБ-10, например, быть инструментом для проведения кросскуль-

турных клинико-эпидемиологических исследований для оценки качества оказания психиатрической помощи. (WHO 1992; Плотнику-Делеск М. и соавт., 2017).

В ходе кросскультурных исследований выявляется высокий уровень стрессовой нагрузки в группе трудовых мигрантов, у которых в вариантах психологической защиты преобладают такие механизмы, как проекция, отрицание, замещение и регрессия. В контексте культурных ценностей трудовых мигрантов религиозный компонент занимает ведущее место и влияет на формирование многих расстройств, возникающих в процессе адаптации к иной культурной среде. (Цыганков Б.Д. и соавт., 2018). Отмечено, что любая из мировых религий содержит в своих канонах обязательную заботу о нравственном и душевном здоровье, профилактику стрессов и зависимостей. (Сидоров П.И., 2014).

С недавнего времени клинико-эпидемиологические исследования проводились с целью изучения качества жизни у детей с отклонениями в психическом и речевом развитии (Бочарова Е.А. и соавт., 2003; Цыганков Б.Д. и соавт., 2004) и у подростков со стрессогенными психическими расстройствами (Дмитриева Т.Н. и соавт., 1999; Работкин О.С. и соавт., 2004). Подобного рода исследования проводились также при шизофрении (Шмуклер А.Б. и соавт., 1999; Пашковский В.У. и соавт., 2000) и эпилепсии (Громов С.А. и соавт., 2002).

С использованием клинико-эпидемиологических подходов качество жизни изучалось при депрессивных расстройствах (Павлов В.А. и соавт., 2004) и при зависимости от психоактивных веществ (Соловьев А.Г. и соавт., 2000; Никифоров И.И., 2005). Качество жизни исследовалось в группах родных и близких пациентов. (Солохина Т.А. и соавт., 1998).

Было отмечено, что в период с 1993 по 2003 годы распространенность (болезненность, общая заболеваемость) всех психических расстройств в России увеличилась на 24%. (Чуркин А.А., Творогова Н.А., 2006). С 1995 по 2005 годы болезненность или общая заболеваемость психическими расстройствами в России увеличилась на 18,6%. В последующее 10 лет она уменьшилась на 5,7%. За весь период с 1995 по 2015 годы увеличилась на 11,8%. (Казаковцев Б.А. и соавт., 2018).

## Часть I. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ ...

---

По данным Росстата, число завершенных суицидов с 1990 по 1994 годы в расчете на 100 тыс. населения увеличилось в 1,6 раза, а с 1994 по 2015 годы уменьшилось в 2,5 раза, что объяснялось колебанием интенсивности стрессовых воздействий на население в период социально-экономических реформ. (Национальное руководство по суицидологии, 2019).

Выборочные клинико-эпидемиологические исследования показали, что психические расстройства имели место у 52,5% взрослого населения и у 95,5% пациентов общесоматических поликлиник. (Жариков Н.М., Гиндикин В.Я., 2002). Высокая общая заболеваемость психическими расстройствами у подростков (72,5%) была отмечена в Забайкальском крае. (Говорин Н.В. и соавт., 2004). Высокие показатели болезненности психическими расстройствами у подростков были установлены в г. Кемерово: в группе подростков они на 27% превышали показатели у взрослых. (Букрева Н.Д., 1997).

Исследования последних лет показали зависимость динамики показателей первичной и общей заболеваемости психическими расстройствами и первичной инвалидности вследствие психических расстройств от мер профилактики, предпринимаемых в масштабе страны, федеральных округов и регионов.

Это относится и к мерам *вторичной* профилактики в виде повышения качества лечебно-консультативной помощи амбулаторным пациентам. (Зиньковский А.К. и соавт., 2016; Казаковцев Б.А. и соавт., 2015–2018). Например, по данным зарубежных исследований, осознанная потребность в обращении за психиатрической помощью имеет место в 9% случаев у людей, никогда ранее не обращавшихся к психиатру, и в 33% случаев у людей с верифицированным в течение последних 12 месяцев диагнозом психического расстройства. (Codony M. et al., 2009).

К мерам *первичной* профилактики психических расстройств в последние десятилетия принято относить: воспитание детей и подростков, предупреждение конфликтов в семье, на работе, с соседями; соблюдение режима труда и отдыха; качество организации здравоохранения; психологическое и медико-генетическое консультирование; борьбу с употреблением психоактивных веществ; просвещение населения в области психического здоровья.

В период с 2011 по 2018 годы соответствующие эпидемиологические исследования были проведены Jenkins R. et al., 2011; Цыганковым Б.Д. и соавт., 2012, 2013; Гунченко О.В., 2013; Джангильдиным Ю.Т. и соавт., 2013; Медведевым В.Э. и соавт., 2013; Альбицкой Ж.В. и соавт., 2014; Мехтиевой Л.Г., 2014; Яхъевой З.И., 2014; Кессаевой И.К., 2015; Струковым В.И. и соавт., 2015; Казаковцевым Б.А. и соавт., 2015–2018; Скобло Г.В. и соавт., 2016.

Отмечено, что умеренный и тяжелый дефицит йода потенцирует влияние пре- и интранатальной патологии на происхождение легких когнитивных расстройств. (Моллаева Н.Р., 2008).

По данным многочисленных исследований, к мерам *вторичной* профилактики психических расстройств относятся: обучение врачей соматического и неврологического профиля навыкам раннего распознавания проявлений психических расстройств и своевременного консультирования с психиатром или психотерапевтом пациентов и членов их семей; психообразование пациентов и членов их семей; поддерживающая медикаментозная терапия с целью профилактики рецидивов; психосоциальная терапия.

Активный поиск мер вторичной профилактики зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) среди военнослужащих в последние годы проводится в западных странах. (Можаева Е., 2021).

Установлено, что ежегодно от 600 до 770 британских военнослужащих дают положительный тест на наркотики, причем самым употребляемым из них является кокаин. При этом отсутствуют четкие протоколы направления таких лиц по траекториям лечения и поддержки. Многие из участников исследования жалуются на тревогу и неопределенность, а некоторые сообщают о жестком и унижающем человеческое достоинство обращении с ними, которое накладывается на чувство уязвимости, изоляции и вины. Лишь очень немногие получают психологическую, социальную или связанную с переходом к гражданской жизни поддержку, а две трети испытывают ухудшение психического здоровья после увольнения из вооруженных сил. Большинство при этом продолжают употреблять алкоголь и наркотики. Выделены некоторые индикаторы в исследованной выборке до поступления на службу — это диагнозы в прошлом, относящиеся к психическому здоровью, неблагоприятный

## **Часть I. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ ...**

---

опыт и переживания в детском возрасте и употребление наркотиков до поступления на военную службу. После завершения исследования Министерство обороны подтвердило необходимость введения обязательной поддержки для лиц, уволенных в связи с положительным тестом на наркотики. (Bradley S. et al., 2021).

Другое исследование, выполненное под руководством ученых из Ливерпульского университета и Королевского колледжа Лондона, выявило причины, по которым британские военнослужащие употребляют алкоголь. Около 10% из них удовлетворяют критериям злоупотребления алкоголем (по сравнению с 3% в общей популяции). Для катарметического исследования были отобраны 707 действующих и 572 бывших военнослужащих, которые в последние три года сообщали о стрессе или проблеме психического здоровья. Выяснилось, что лица, удовлетворявшие критериям депрессии, тревоги и ПТСР, чаще пили с целью совладания, что может говорить о том, что они пытались справиться с симптомами психического нездоровья. Указывается на выявленную необходимость более эффективной интеграции служб психического здоровья с наркологическими службами при работе с военнослужащими, которые могут употреблять алкоголь, чтобы справиться с существующей проблемой психического здоровья. (Irizar P. et al., 2020.).

Отмечается, что суициды как одна из важных тем национально-общественного здоровья в США диспропорционально сильно затрагивает бывших и действующих военнослужащих. Департамент по делам ветеранов (ДДВ) поставил профилактику суицидов на первое место среди своих клинических приоритетов. Департамент нацелен на предотвращение суицидов во всей популяции военнослужащих, независимо от того, пользуются ли они льготами ДДВ, или нет. По мнению исследователей, суицид можно предотвратить через применение стратегии общественного здоровья, вовлекающей на всех уровнях партнеров военнослужащих. Например, среди возможных клинических интервенций рассматриваются всеобщий скрининг на выявление риска суицида; планирование безопасности в больничных отделениях скорой помощи; обеспечение доступа к службе в день обращения; кризисная телефонная линия для ветеранов. Среди стратегий профилактики на основе сообщества рассматриваются местные

стратегические планы и программы, например, программа «Вместе с ветеранами» (Together with Veterans). (Carroll D. et al., 2020).

В НИИ неотложной помощи в США изучены фармакологические и нефармакологические интервенции, направленные на профилактику суицидов и связанного с суицидом поведения у взрослых лиц из группы риска. Выяснилось, что при сравнении с обычным (принятым в текущей практике) лечением когнитивно-поведенческая терапия редуцирует показатели суицидальных попыток, суицидальных мыслей и чувства безнадежности. В сравнении с плацебо или мидазололом, кетамин редуцирует суицидальные мысли. В сравнении с плацебо, лечение литием снижает показатели суицидов среди пациентов с униполярным или биполярными расстройствами настроения. На основании этих данных Ветеранской администрацией в Вашингтоне разработаны рекомендации о пациентах с риском суицида. (Sall J. et al., 2019).

К мерам *третичной* профилактики психических расстройств большинство современных исследователей относят: профилактику инвалидности; психосоциальную реабилитацию; использование инновационных технологий помощи; диспансерное наблюдение; социальную работу. (Казаковцев Б.А. и соавт., 2013–2017; De Silva M.J., 2015).

По данным эпидемиологического анализа, предпринятого в ФГБУ НМИЦПН им. В.П. Сербского, на протяжении ряда лет деятельность реабилитационных подразделений региональных психиатрических учреждений в России положительно сказывается на показателях первичной инвалидности при психических расстройствах. Повышению качества этой деятельности способствует разработка и адаптация алгоритмов психосоциальной работы. Равномерное распределение на территории страны основных организационных форм указанных подразделений позволяет надеяться на продолжение роста их численности по мере повышения кадрового потенциала психиатрических организаций. Эффективность деятельности этих подразделений повышается при условии активного внедрения в практику бригадного метода работы специалистов по интенсивному оказанию психиатрической помощи и медицинской реабилитации, включая формирование навыков самостоятельного проживания у пациентов, утративших социальные связи. (Казаковцев Б.А. и соавт., 2013).



Наиболее востребованными технологиями в деятельности реабилитационных подразделений являются психообразование, тренинги, работа с пациентами с зависимостью, работа с семьей, работа с персоналом и социальная работа. Качество психообразовательной работы с пациентами и их родственниками повышается при условии полной представленности в составе бригады специалистов медицинского и немедицинского профиля. Участие в психообразовании формирует у пациента чувство ответственности за свое здоровье, навыки раннего распознавания признаков болезни и навыки совладания с резидуальной симптоматикой. (Казаковцев Б.А. и соавт., 2013).

Поведенческие тренинги, тренинги коммуникативных навыков и решения проблем, совладания с гневом, распознавания эмоций, сензитивности, независимого проживания осуществляются индивидуально или в группе. Цель — коррекция дефицита социального восприятия, отработка навыков социального поведения и обучение стратегиям решения межличностных проблем. У пациентов формируются и развиваются навыки межличностного взаимодействия, повышается устойчивость к стрессу, стимулируется творческая активность. (Казаковцев Б.А. и соавт., 2013).

Алгоритмы работы с *зависимостью* используются для пациентов психиатрических учреждений в виде ситуационного тренинга по формированию навыков самоконтроля и обеспечиваются при условии ведущей роли психолога. Ведущая роль в проведении тренингов может принадлежать и специалисту по социальной работе с обязательным участием психолога или врача-психиатра. (Казаковцев Б.А. и соавт., 2013).

По данным проведенного исследования, менее активно в регионах страны, «по необходимости» и «в индивидуальном порядке», осуществляется работа с *семьей*. Цели работы — контроль бытовых условий, стиля семейных отношений, уменьшение стигмы, восстановление связей пациентов с родственниками и друзьями, повышение роли пациента в семье, формирование адекватного поведения в обществе и расширение социальных контактов. Групповые тренинги проводятся с разделением или совмещением обязанностей между психологом и специалистом по социальной работе. (Казаковцев Б.А. и соавт., 2013).

Недостаточно проводится профилактическая работа с персоналом, особенно по его обучению взаимодействию в бригаде (Методические рекомендации, 2005; Гусева О.В., 2011) и профилактике формирования синдрома эмоционально выгорания (Факторы риска синдрома эмоционального выгорания, 2012). Алгоритмы данного направления работы сводятся к двум вариантам: чередование участия психолога и специалиста по социальной работе в реализации обучающих программ для персонала подразделений; эпизодические собеседования психолога или специалиста по социальной работе с персоналом. (Казаковцев Б.А. и соавт., 2013).

В последние два десятилетия в мире и в России активизированы исследования, направленные на разработку вопросов первичной и вторичной профилактики психических расстройств, возникающих в условиях проживания населения в йоддефицитных географических зонах. (Izzeldin S.Y. et al., 2009; Моллаева Н.Р., 2009). Число стран с дефицитом йода в качестве национальной проблемы общественного здравоохранения сократилось со 110 в 1993 году до 47 в 2007 году. (Andersson M. et al., 2010). Однако в глобальном масштабе два миллиарда человек имеют недостаточное потребление йода и около 30% детей школьного возраста (246 миллионов) не имеют достаточного количества йода. (Zimmermann M.B., 2010; Zimmermann M.B. et al., 2012;). Наиболее уязвимой возрастной группой считаются дети от 6 до 12 лет. (Kaur G. et al., 2017). К 2013 году 30 стран оставались дефицитными по йоду, 9 — умеренно дефицитными, 21 — слабо дефицитными. (Pearce E.N. et al., 2013).

В отличие от прочих недостатков микроэлементов и витаминов, недостатки железа и йода в организме вызывают такие серьезные специфические расстройства, что их следует рассматривать отдельно. (Sidibé H. et al., 2007). В ряде стран дефицит йода традиционно признается наиболее частой предотвратимой причиной умственной отсталости и наиболее распространенной причиной эндокринопатии. (Patrick L., 2008; Kapil U., 2010; Skeaff S.A., 2011; Visser W.E. et al., 2011). Например, в японской популяции, которая потребляет йод в 25 раз больше, чем популяция в США, нет очевидного увеличения числа случаев аутоиммунного гипотиреоза. (Patrick L., 2008).

В России распространенность эндемического зоба у школьников составляет в среднем 41%, достигая в некоторых регионах 70%. (Курмачева Н.А., 2015). По данным клинико-эпидемиологического исследования Н.Р. Моллаевой (2009), высокая распространенность психических расстройств среди детского населения Республики Дагестан определяется взаимодействием различных групп факторов: экологическим дефицитом йода, занимающим более 90% горной, равнинной и предгорной территории; эндокринной патологией преимущественно в виде эндемического зоба; особенностями течения пре-, интра- и постнатального периодов развития детей на территории с дефицитом йода; относительно высокой по сравнению с другими регионами России частотой кровнородственных браков. Наличие эндемического зоба является важным фактором формирования психических расстройств у детей: органического эмоционально лабильного (астенического) расстройства, легкого когнитивного расстройства, расстройств невротического круга.

Кафедрой эндокринологии Дагестанского государственного медицинского университета разработан проект Республиканской целевой программы «Профилактика йододефицитных заболеваний в Республике Дагестан на 2017–2020 годы», в задачи которой были включены: санитарно-просветительская работа; широкомасштабное использование йодированной соли; мониторинг йодной обеспеченности населения. (Алиметова К.А., 2017).

## **1.2. Этнокультурный фактор**

Несмотря на некомпактность проживания многих этносов, предметом исследования все чаще становится изучение этнокультурных факторов риска в сфере заболеваемости психическими расстройствами. В данном отношении возникают вопросы, связанные с профилактикой, распространенностью и стигматизацией психических расстройств. (Казаковцев Б.А., 1995; Кучинов А.И., 1995; Морозов П.В., 1995.; Семке В.Я. и соавт., 1995; Голенков А.В., 1997; Ким Л.В. и соавт., 1997; Михайлов В.И. и соавт., 1997; Дмитриева Т.Б. и Положий Б.С., 2003; Hwang W.C. et al., 2008; Чуркин А.А. и соавт.,

2009; Kohn R., 2011; Положий Б.С. и соавт., 2012; Dein S. et al., 2013; Kirmayer L.J. et al., 2013; Kim G. et al., 2013–2017; Alarcón R.D., 2017; Kirmayer L.J., 2018; Положий Б.С., 2019).

Отдельно рассматривается вопрос, предотвращают ли деструктивную стигматизацию психических расстройств информированность населения и распространенность образовательных программ и программ психообразования. (Лутова Н.Б. и соавт., 2013).

По имеющимся данным, в России наименьшими показателями распространенности суицидов на 100 тыс. населения отличаются республики Северного Кавказа: Чеченская — 0,6; Ингушетия — 0,9; Северная Осетия и Дагестан — 2,2; Кабардино-Балкария 4,7, где коренное население исповедует ислам и абсолютную недопустимость совершения самоубийства. В указанных регионах показатель распространенности суицидов меньше среднего по России в 4–9 раз. (Положий Б.С., 2019).

Установлено, что распространенность психических расстройств в Японии совпадает с таковой в странах Азии. Однако при этом уровень ее ниже, чем на Западе, а среди лиц, обратившихся за медицинской помощью в связи с серьезной депрессией, меньше чем в странах Запада и в два раза меньше, чем в Соединенных Штатах. (Kawakami N. et al., 2005, 2007; Ishikawa H. et al., 2015).

При сравнительном исследовании добровольной обращаемости за психиатрической помощью американских подростков вьетнамского и европейского происхождения установлено, что среди первых обращения за помощью была значимо меньше чем среди вторых. Авторы склонны связывать это с различиями в культурных и семейных ценностях между малыми и большими этническими группами. (S.Guo et al., 2015).

Установлено, что в Китае значительно выше распространенность психических расстройств в этнической группе хань, чем в казахской этнической группе. (Fu A. et al., 2017).

«С большей вероятностью правильно» среди пациентов англичан идентифицируются случаи «психической болезни», чем среди пенджабских пациентов, у которых чаще отмечаются «субклинические» и «соматизированные» психические расстройства. (Bhui K. et al., 2001).

По некоторым данным, соматические симптомы «служат культурными идиомами психического расстройства во многих этнокультурных группах». (Kirmayer L.J., 2001).

При изучении общей заболеваемости психическими расстройствами и распространенности случаев инвалидности вследствие психических расстройств в том или ином регионе России было установлено, что величина данных показателей зависит от влияния социальных и организационных факторов.

Задачей проводимых в данном направлении исследований является установление связи между процессом реформирования психиатрической помощи и динамикой показателей деятельности психиатрических служб с использованием данных государственного статистического наблюдения о заболеваемости и инвалидности. (Приказы Минздрава России от 26.11.1996 № 391, от 28.07.1997 № 226, от 27.03.2002 № 98 и от 16.09.2003 № 438; Аммон М. и соавт., 2004; Казаковцев Б.А., 2004, 2009; Методические рекомендации Минздравсоцразвития России от 22.02.2005; приказ Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 566н; Эпидемиологические показатели, 2014; Психообразование и социально-педагогическая работа, 2014; Mental Health Atlas, 2014).

### **1.3. Экономические проблемы и организация психиатрической помощи**

Экономическая политика в психиатрии — совокупность долгосрочных стратегий, текущих мер и механизмов их реализации, способствующих наиболее полному удовлетворению потребностей населения в психиатрической помощи, повышению ее качества и доступности. (Шевченко Л.С., Букреева Н.Д., 2009; Букреева Н.Д. и соавт., 2016). Отечественная организация психиатрических служб исторически строится на принципах обеспечения доступности помощи и ее бесплатности для пациента. Вместе с тем установлено, что в обеспечении бюджетными средствами недофинансирование этих учреждений достигает 40% от их потребности. (Шевченко Л.С., Букреева Н.Д., 2009).

С позиций пациента, его близких, психиатрических и общемедицинских служб и общества с использованием стоимостного анализа изучаются экономические потери за счет психических расстройств с опорой на показатели заболеваемости (новые случаи) и болезненности (Любов Е.Б., 2012).

В возрастной группе 15–44 года шизофрения принадлежит к восьми заболеваниям с наиболее высоким показателем инвалидизации за один год жизни. Инвалидами являются 60% больных шизофренией трудоспособного возраста. В связи с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями и диабетом II типа продолжительность жизни при шизофрении в среднем на 10 лет меньше, чем в населении в целом. (ВОЗ, 2006).

По данным экономических и социологических исследований (Rice D.P., 1966; Шевченко Л.С., 2004), лишь две трети потребителей психиатрической помощи в той или иной мере готовы к ее оплате в зависимости от уровня дохода семьи.

Экономические последствия заболевания оцениваются с учетом расходов, отражающих фактическое использование ресурсов на определенной географической территории в денежном выражении объемов медицинской, социальной, образовательной и прочей помощи лицам, страдающим этим заболеванием, за определенный отрезок времени. (Воробьев П.А. и соавт., 2004; Wolff J. et al., 2015).

По данным В.С. Ястребова и соавт. (2014), на больных шизофренией приходится почти 35% всего экономического бремени психических расстройств.

## **Глава 2. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Эпидемиологические исследования в сфере охраны психического здоровья направлены, во-первых, на развитие психиатрических служб, во-вторых, на выявление причинных факторов или предикторов психических расстройств с целью выявления возможностей влияния на них, и, в-третьих, на выработку эффективных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Задачи эпидемиологических исследований:

— оценка состояния психического здоровья населения в показателях первичной заболеваемости (инцидентности), вторичной заболеваемости (превалентности), смертности и инвалидности. Указанные показатели оцениваются по территории, по времени и по различным социальным и возрастным группам населения с целью установления причинно-следственных связей и разработки профилактических программ;

— формулирование, оценка и обоснование гипотез о причинно-следственных связях между заболеваемостью и определяющими ее факторами (факторами риска);

— доказательство гипотез о факторах риска и оценка эффективности мер по профилактике заболеваний и лечению больных.

Для реализации названных целей и задач используются эпидемиологические методы исследования, которые включают:

— исследования, связанные с изучением тех или иных расстройств или болезней среди некоторого населения — описательная эпидемиология; исследования, связанные с применением ретроспективного и перспективного анализа гипотез, сформулированных для

## Глава 2. Эпидемиологические методы исследования

объяснения результатов проведенных наблюдений — аналитическая эпидемиология;

— исследования, связанные с использованием эксперимента и направленные на определение эффекта контрольных испытаний по управлению воздействием вредных условий, либо эффекта профилактических мероприятий среди населения — экспериментальная эпидемиология.

Общее для перечисленных разделов — количественное измерение показателей психического здоровья населения.

Важными достижениями в области методологии эпидемиологических исследований являются совершенствование их дизайна и внедрение компьютерных технологий, способствующих повышению достоверности полученных результатов.

Помимо описательных данных, получаемых в результате так называемых поперечных популяционных исследований, относящихся к показателям распространенности психических расстройств, накапливаются данные долгосрочных исследований, используемых в целях укрепления связи между клиническими исследованиями и системой общественного здравоохранения.

*Основными направлениями эпидемиологических исследований в области психиатрии являются:*

— создание информационной базы статистического наблюдения в целях изучения структуры и динамики показателей первичной и общей заболеваемости психическими расстройствами;

— разработка методологии развития информационной базы;

— анализ тенденций динамики показателей первичной и общей заболеваемости психическими расстройствами в зависимости от демографических и социокультурных факторов;

— организация и выполнение сплошных и выборочных клинико-эпидемиологических исследований в области профилактики психических расстройств и профилактики инвалидности вследствие психических расстройств;

— изучение влияния правовых и организационных факторов на качество психиатрической помощи (использование инновационных форм, обеспеченность психиатрических служб кадровыми и материальными ресурсами, обеспеченность осуществления мони-



## **Часть I. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ ...**

---

торинга деятельности психиатрических служб, проверка этиологических гипотез и др.);

— изучение эффективности внедрения новых форм и методов организации психиатрической помощи;

— разработка показателей оценки эффективности профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий в области охраны психического здоровья;

— организация и выполнение сплошных и выборочных клинико-эпидемиологических исследований в области организации психиатрической помощи.

Под *первичной заболеваемостью* понимают совокупность новых, ранее не учтенных и впервые выявленных в течение определенного периода времени (например, в течение года) случаев заболеваний среди населения.

*Общая заболеваемость* (болезненность, распространенность) — совокупность всех имеющихся среди населения случаев заболеваний (как впервые выявленных, так и выявленных ранее) в данное время.

Показатели общей и первичной заболеваемости могут рассчитываться на 1000, 10 тыс. или 100 тыс. населения. В отечественной психиатрии официальные эпидемиологические показатели принято рассчитывать на 100 тыс. населения.

Показатели *первичной заболеваемости* связаны с изменениями условий среды в течение изучаемого периода времени. По ним можно также судить об эффективности применявшихся в изучаемый период лечебно-профилактических мероприятий.

Показатели *общей заболеваемости* (болезненности) более устойчивы по отношению к различным влияниям среды, и их увеличение не обязательно означает наличие отрицательных сдвигов в состоянии здоровья населения.

*Сплошные* эпидемиологические исследования проводятся в объеме генеральной совокупности или популяции. Сплошное исследование направлено на получение исчерпывающей информации об изучаемом явлении. Главными недостатками сплошных исследований являются большие затраты времени, сил и средств. Преодолеть эти недостатки позволяют *выборочные* эпидемиологические исследования, которые предназначены для того, чтобы на основании данных,