

УДК 159.9
ББК 88.5
О28

*Утверждено Ученым советом
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»
Рецензенты:
доктор медицинских наук, профессор Б. А. Казаковцев,
кандидат медицинских наук А. Л. Шмилович*

О28 *Общественные формы помощи в психиатрии: история и современность /*
Под редакцией Т. А. Солохиной, В. В. Ястребовой. — М.: ИД «Городец»,
2019. — 392 с.

В коллективной монографии приводятся сведения о зарождении и развитии общественных форм помощи в психиатрии в нашей стране и за рубежом, особенностях современного этапа становления гражданского общества в России. Значительное внимание уделено этическим аспектам в работе специалистов службы психического здоровья, обсуждению моделей взаимоотношения пациентов и членов их семей с персоналом психиатрических учреждений. Подробно изложен 15-летний опыт работы региональной благотворительной общественной организации «Семья и психическое здоровье», приведены результаты оценки эффективности комплексной долгосрочной реабилитационной программы, разработанные совместно с сотрудниками отдела организации психиатрических служб ФГБНУ НЦПЗ и других учреждений, технологии психосоциальных вмешательств, предназначенные для пациентов и членов их семей, а также формы психологической помощи для работников службы; приведены критерии оценки эффективности психосоциальных вмешательств. Монография предназначена для широкого круга специалистов службы психического здоровья — врачей-психиатров, психологов, среднего медицинского персонала, социальных работников, специалистов, работающих в органах социальной защиты населения, а также для представителей общественных профессиональных объединений, организаций пользователей психиатрической помощи, других НКО, работающих в сфере психического здоровья.

- © ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», коллектив авторов, 2019
- © РБОО «Центр социально-психологической и информационной поддержки психически больных и членов их семей “Семья и психическое здоровье”», коллектив авторов, 2019
- © ИД «Городец», 2019

ISBN 978-5-907085-12-1

Сведения об авторах

Алиева Лейла Мусаферовна — медицинский психолог, младший научный сотрудник отдела организации психиатрических служб ФГБНУ НЦПЗ.

Бирюкова Ирина Викторовна — клинический психолог, танцевально-двигательный психотерапевт, руководитель программы профессиональной переподготовки специализации танцевально-двигательной терапии Института практической психологии и психоанализа, аккредитованный Американской ассоциацией танцевальной терапии преподаватель-супервизор танцевально-двигательной терапии, сертифицированный преподаватель и супервизор в области интермодальной терапии творческим выражением.

Зозуля Светлана Александровна — кандидат биологических наук, ведущий научный сотрудник лаборатории нейроиммунологии ФГБНУ НЦПЗ.

Клюшник Татьяна Павловна — доктор медицинских наук, профессор, директор ФГБНУ НЦПЗ, руководитель лаборатории нейроиммунологии ФГБНУ НЦПЗ.

Митихин Вячеслав Георгиевич — кандидат физико-математических наук, ведущий научный сотрудник отдела организации психиатрических служб ФГБНУ НЦПЗ.

Солохина Татьяна Александровна — доктор медицинских наук, заведующая отделом организации психиатрических служб ФГБНУ НЦПЗ, председатель общественного совета по вопросам психического здоровья при Главном специалисте психиатре Минздрава РФ, председатель правления РБОО «Центр социально-психологической и информационной поддержки «Семья и психическое здоровье».

Ястребова Валерия Владимировна — кандидат медицинских наук, научный сотрудник отдела организации психиатрических служб ФГБНУ НЦПЗ, координатор проектов РБОО «Центр социально-психологической и информационной поддержки «Семья и психическое здоровье».

Ястребов Василий Степанович — доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела организации психиатрических служб ФГБНУ НЦПЗ (1988–2017), председатель общественного совета по вопросам психического здоровья при Главном специалисте психиатре Минздрава РФ (2005–2017), президент РБОО «Семья и психическое здоровье» (2002–2017).

СОДЕРЖАНИЕ

В. С. Ястребов, Т. А. Солохина ПРЕДИСЛОВИЕ	10
В. Г. Митихин <i>Глава 1. Психическое здоровье как социальная проблема</i>	17
1.1. Основные факты о состоянии психического здоровья в мире	17
1.2. Психическое здоровье населения России	24
1.3. Структура психических расстройств населения России	28
1.4. Самоубийства — индикатор уровня психического здоровья населения	31
В. С. Ястребов <i>Глава 2. Этические проблемы в психиатрии</i>	43
2.1. Кодекс профессиональной этики психиатра	43
2.2. Личностные характеристики специалистов психиатрического коллектива и профессиональное взаимодействие	48
2.3. Модели отношений в сфере психического здоровья: от патернализма к партнерству	56
В. С. Ястребов <i>Глава 3. История зарождения общественного движения в психиатрии: отечественный и зарубежный опыт</i>	69
Т. А. Солохина, В. С. Ястребов <i>Глава 4. Современный этап развития общественного движения в отечественной психиатрии</i>	93
4.1. Причины возникновения общественного движения в современной России	93
4.2. Профессиональные общественные объединения / ассоциации в психиатрии	99
4.3. Общественные организации, созданные пациентами и их семьями, а также другие НКО, работающие в сфере психического здоровья: актуальные проблемы	104

Т.А. Солохина, В.В. Ястребова

Глава 5. Инновационно-реформаторский потенциал

региональной благотворительной общественной организации

«Семья и психическое здоровье» 129

5.1. Сведения об организации: цель, задачи, направления деятельности, базовые принципы работы 129

5.2. Социально-демографические и клинические характеристики членов РБОО «Семья и психическое здоровье» с психическими расстройствами 136

5.3. Модель комплексной психосоциальной реабилитации для членов РБОО «Семья и психическое здоровье» с психическими расстройствами 140

5.4. Оценка эффективности комплексной реабилитационной программы РБОО 149

**Т.А. Солохина, В.В. Ястребова, Т.П. Ключник,
С.А. Зозуля**

5.4.1. Материалы и методы исследования 149

5.4.2. Сравнительный анализ социально-демографических, клинико-эпидемиологических, клинико-психопатологических характеристик и социально-психологических характеристик участников реабилитационной программы и пациентов ПНД..... 154

5.4.3. Сравнительный анализ показателей жизнестойкости и качества жизни участников реабилитационной программы и здоровых лиц 167

5.4.4. Анализ динамики числа госпитализаций участников реабилитационной программы..... 170

Т.П. Ключник, С.А. Зозуля

5.4.5. Оценка качества ремиссии участников реабилитационной программы на основании результатов определения иммунологических показателей сыворотки крови («Нейро-иммуно-тест») 171

5.4.6. Заключение 177

Т.А. Солохина

Глава 6. Семья и психическое заболевание. Помощь в

преодолении болезни..... 179

6.1. Социально-психологические особенности и проблемы семей, в жизнь которых вторглось психическое заболевание	179
6.2. Модель комплексной социально-психологической и психотерапевтической помощи семьям психически больных, разработанная в РБОО «Семья и психическое здоровье»	199
<i>Глава 7. Технологии психосоциальных вмешательств для пациентов с психическими расстройствами, разработанные в Общественной организации «Семья и психическое здоровье»</i>	<i>223</i>
<i>В. В. Ястребова</i>	
7.1. Общие принципы ведения групповой работы	223
<i>В. В. Ястребова</i>	
7. 2. Комплаенс-терапия для больных шизофренией	230
<i>В. С. Ястребов, Т. А. Солохина, Л. М. Алиева</i>	
7.3. Организационно-методические подходы к проведению тренинга по развитию социальных и коммуникативных навыков у больных шизофренией	253
<i>Л. М. Алиева</i>	
7.4. Организационно-методические подходы к проведению тренинга по развитию навыков психофизической и психоэмоциональной саморегуляции с использованием телесно-ориентированного подхода у больных шизофренией.....	280
<i>И. В. Бирюкова, Т. А. Солохина</i>	
7.5. Групповая танцевально-двигательная терапия в условиях общественной организации для лиц с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра	305
<i>Т. А. Солохина, Л. М. Алиева, В. В. Ястребова</i>	
7.6. Формы психологической помощи специалистам психиатрических учреждений	342
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	361
ПРИЛОЖЕНИЯ	367
Кодекс профессиональной этики психиатра	367
Фотоальбом	375

ПРЕДИСЛОВИЕ

Психическое здоровье населения и психиатрия являются темой, степень внимания к которой в значительной мере определяется уровнем цивилизации общества и во многом зависит от особенностей политической, социальной и экономической ситуации в стране. В разные периоды времени именно эти обстоятельства существенным образом влияли на развитие знаний в области клинической и социальной психиатрии, определяли отношение населения и общества в целом к проблеме психических заболеваний и психически больным. Результатом такого отношения является современная ситуация, при которой в разных странах мы имеем возможность наблюдать различный уровень достижений в области изучения природы психических заболеваний, их диагностики и лечения, различные подходы и методы к определению социального статуса психически больных, их интеграции в общество, привлечению к общественно полезной деятельности. На основе многочисленных исследований стало очевидным, что конечные результаты затрачиваемых обществом усилий в этом направлении определяются не только размером материальных затрат, которые вкладывает государство в развитие фундаментальных исследований в области клинической психиатрии, но и теми мерами, которые предпринимает общество в целом по совершенствованию этических, правовых норм по отношению к лицам с психическими расстройствами и членам их семей, развитию различных форм и методов их социальной защиты и поддержки.

Известно, что истории развития психиатрии разных стран, вопросу формирования национальных психиатрических школ, созданию систем организации психиатрической помощи посвящено значительное количество работ. Известно, что в конце XIX и начале XX столетия формирование системы психиатрической помощи шло в направлении интенсивного развития госпитальной психиатрии.

В 20-е — 40-е годы XX века интенсивное развитие получили внебольничные формы помощи психически больным. Особенно заметной эта тенденция была в России, когда с 20-х годов в различных регионах страны активно начала развиваться сеть психоневрологических диспансеров, которые начали оказывать амбулаторные формы помощи больным, тем самым давая возможность пациентам оставаться в привычном для них окружении, не терять связей с семьей, близкими, знакомыми и т. д. Первый дневной стационар, который был организован в Москве в 1933 г. доктором М. А. Джагаровым¹, положил начало активному развитию полустационарных форм помощи не только в России, но и в других странах (Англия, Канада и др.). Введение с 50-х годов в психиатрическую практику нейролептиков сконцентрировало внимание психиатров на изучении эффективности деятельности этих препаратов, тем более что согласно многочисленным данным, применение нейролептиков видоизменило течение многих психических заболеваний и в значительной степени расширило возможности лечения больных во внебольничных условиях, способствовало более успешному проведению мероприятий по социальной реабилитации психически больных. Однако с течением времени период первоначального оптимизма в отношении психофармакологии как универсального и надежного метода лечения психических заболеваний прошел, и к концу 70-х — началу 80-х годов XX века многие авторы предлагали больше внимания уделять вопросам социо-реабилитационных воздействий при лечении психических заболеваний. Приблизительно в это же время активно начала проводиться так называемая деинституционализация, предусматривающая выведение значительных контингентов больных из психиатрических госпиталей и их интеграцию в обществе.

Отличительной особенностью совершенствования психиатрической помощи в последние десятилетия является то, что, в отличие от предыдущего периода, все большее внимание уделяется вопросам социальной психиатрии, развития и совершенствования форм социальной помощи и поддержки психически больным. Можно сказать, что принципиальные положения психиатров конца XIX — начала XX столетия, которые провозглашали единство медикаментозных и социальных мер воздействия при лечении душевнобольных, получили совершенно конкретное развитие.

¹ *Джагаров М. А.* Опыт организации полустационара для душевнобольных. Журн. невропат. и психиатр. 1937. №№ 6–8. Стр. 137–147.

Наряду с мерами, которые предпринимались правительствами многих стран в отношении оказания социальных форм помощи психически больным, активно начали развиваться общественные движения, создаваться общественные организации, ассоциации, ставящие перед собой задачи всемерной социальной поддержки и защиты больных. Как показывает и отечественный, и зарубежный опыт, действенных мер по лечению и социально-трудовому восстановлению лиц с психическими расстройствами можно достичь усилиями не только специалистов в области клинической медицины и психиатрии (психиатров, невропатологов, геронтологов, психотерапевтов, медицинских психологов, реабилитологов), представителей многих других, смежных с психиатрией, специальностей (педагогов, юристов, социальных работников, социологов), но не менее важная роль в этом процессе должна отводиться и общественным формам деятельности и поддержки, роль которых особенно возрастает в условиях развития общественно-ориентированной психиатрии. Данные многих зарубежных авторов наглядно свидетельствуют о том, что существенный вклад в лечебно-восстановительный процесс в психиатрии может быть внесен общественными объединениями профессионалов, добровольными организациями самих пациентов и членов их семей, волонтерскими движениями, которые осуществляют просветительскую работу среди населения в области психиатрии, участвуют в формировании общественного мнения о ценностях психического здоровья населения, необходимости профилактики психических расстройств и гуманного отношения к лицам, страдающим психическими заболеваниями.

Темпы и масштабы формирования этих движений в разных странах были разными, и на первых порах их деятельность носила разобщенный характер. Со временем общественные формы поддержки приобрели широкий масштаб и получили большую известность и популярность среди населения, появились многочисленные указания на успешную деятельность и другого рода общественных объединений в психиатрии — организаций родственников психически больных, самих пациентов и лиц, им сочувствующих. Это важнейшее звено при развитии общественно-ориентированной психиатрии, предусматривающей оказание многих видов помощи государственными институтами и общественными объединениями непосредственно в социуме.

Действующие общественные объединения, содружества, ассоциации проводят большую работу не только в направлении непо-

средственных контактов с больными, оказания им различных видов социальной помощи и поддержки, но и по изданию многочисленных пособий, буклетов, брошюр, в которых в популярной форме освещаются причины возникновения различных психических заболеваний, описывается характер их течения, анализируются современные методы лечения и ухода за больными, освещаются возможности современной психиатрии. Специалистами зарубежных стран опубликована обширная литература о работе в семьях, имеющих психически больных. Наиболее полным в этом плане является руководство Э. Фуллера Торри «Шизофрения. Книга в помощь врачам, пациентам и членам их семей»², которое было неоднократно переиздано в разных странах мира и получило широкое признание среди профессионалов, пациентов и их родственников. Автором в популярной форме показано, что шизофрения представляет собой бедствие не только для самого больного и его близких, но и для общества в целом. В книге приведены данные о численности больных шизофренией среди бездомных, число которых достигает количества пациентов психиатрических больниц, количестве больных шизофренией, находящихся в тюрьмах и других местах заключения. Автор указывает на возрастающее число случаев насилия, совершаемых больными шизофренией, которые не получают лечения, и число актов насилия, совершаемых по отношению к больным шизофренией. По его мнению, это происходит в результате недооценки этого заболевания психиатрами, психологами и другими специалистами, вследствие чего половина всех больных шизофренией в каждый данный отрезок времени не получает никакого лечения.

Во многих странах мира также получила широкое признание книга «Шизофрения. Информация для семей. Пособие для лиц, страдающих психическими заболеваниями», изданная в 1993 г. ВОЗ на английском языке³. В ней в доступной, рассчитанной на пациентов и членов их семей, широкие слои населения форме приведены сведения о шизофрении, дана информация о том, как организовать группы самопомощи и взаимоподдержки семьям больных шизофренией. Примечательно, что в подготовке материалов публикации принимали участие как «пользователи» психиатрической помощи,

² Торри Ф. Э. Шизофрения. Книга в помощь врачам, пациентам и членам их семей. Перевод с англ. — СПб.: Питер Пресс, 1997 — 448 с.

³ Schizophrenia. Information for Families. Initiative of Support to people disabled by Mental Illness/WHO. Geneva. 1993. 55 p.

так и известные специалисты из разных стран мира. Одной из публикаций такого рода является и книга Dale L. Johnson «Психическое расстройство. Новый подход к семейной проблеме»⁴. В ней обобщен опыт работы общественных организаций разных стран, которые оказывают различные виды социальной помощи психически больным, приведен перечень и адреса действующих в разных странах общественных организаций.

Отечественным читателям знакома книга Д. Хелл и М. Фишер-Фельтен «Шизофрени»⁵, перевод которой на русский язык осуществила И. Я. Сапожникова, многие годы проработавшая главным врачом московского ПНД № 21, а также книга Р. Вулис «Если ваш близкий страдает душевной болезнью»⁶, выпущенная в нашей стране общественным благотворительным фондом помощи душевнобольным людям.

Приведенная выше литература ориентирована на пользователей помощи и, безусловно, является важной не только для самих больных, членов их семей, населения в целом, но также может быть полезной для специалистов, занимающихся психообразовательной, психопрофилактической работой, психосоциальным лечением. Устанавливая широкие контакты с членами общественных ассоциаций не только своих стран, но и зарубежных, их представители обмениваются опытом работы, перенимают и внедряют в практику деятельности своих организаций наиболее передовые достижения в области социальной адаптации психически больных. В связи с этим крайне важным является издание отечественных работ, которые бы обобщали опыт работ общественных организаций в нашей стране, освещали историю их развития, пропагандировали наиболее эффективные методы их работы, поскольку в отечественной психиатрии описываемый выше процесс имеет отличительные особенности в сравнении с историей развития психиатрии многих зарубежных стран. К сожалению, такие работы в нашей стране на сегодняшний день существуют в весьма ограниченном количестве, если не являются единичными. Региональная благотворительная

⁴ Dale L. Johnson. Mental illnesses. New way of thinking about families. Ukrainian Psychiatric Association. Geneva Initiative on Psychiatry. Kiev, 1997, 49 p.

⁵ Хелл Д., Фишер-Фельтен М. Шизофрени / Пер. с нем. И. Я. Сапожниковой. — М.: Алетейа, 1998. — 200 с.

⁶ Вулис Р. Если ваш близкий страдает душевной болезнью. Руководство для членов семей, друзей и социальных работников / М.: Ноллидж/Knowledge, 1998. — 192 с.

общественная организация «Семья и психическое здоровье» является одним из немногих общественных объединений, выпускающим подобную литературу для пользователей психиатрической помощи и специалистов в области психического здоровья. Это одно из основных направлений деятельности организации, в рамках которого написано и издано 13 методических пособий, рекомендаций, книг для специалистов службы, а также 9 брошюр и книг для пациентов и членов их семей.

Основной задачей настоящей монографии является описание истории развития общественных движений в психиатрии, зародившихся в разные периоды времени не только в России, но и в отдельных зарубежных странах, характеристика и анализ деятельности неправительственных организаций, освещение накопленного ими опыта работы, выделение среди них наиболее прогрессивных форм общественной помощи, поддержки и защиты психически больных на современном этапе. Авторы монографии решили предпринять попытку не только оценить их деятельность, но также выделить наиболее общие проблемы, возникающие в работе этих волонтерских объединений в психиатрии. Кроме этого, авторы предлагают ознакомиться с общемировыми и отечественными показателями состояния психического здоровья, социально-экономическими последствиями, связанными с его нарушением. Специальные главы посвящены проблемам, возникающим в семьях психически больных людей, а также технологиям психосоциального лечения, разработанным специалистами РБОО «Семья и психическое здоровье» совместно с коллективом отдела организации психиатрических служб ФГБНУ НЦПЗ, другими научными и учебными институтами. Весомое место в монографии уделено этическим вопросам психиатрии, в частности, характеристикам, которыми должны обладать специалисты психиатрической службы, проблеме развития партнерства в службе психического здоровья.

Материалом для написания монографии послужили данные литературы, опыт работы авторов данной книги в общественной организации, личные впечатления, которые они получили в ходе своих визитов в различные ассоциации, неправительственные организации разных стран или в процессе личных контактов с руководителями этих организаций и их членами, а также результаты научных исследований, которые были проведены в отделе организации психиатрических служб ФГБНУ НЦПЗ. По мнению авторов монографии, работы такого рода важны для представителей профессиональных

и непрофессиональных общественных организаций, для лиц, имеющих психические расстройства, членов их семей, работников психиатрических учреждений, в первую очередь в России, странах бывшего Советского Союза, в которых общественное движение в психиатрии приобретает массовый характер и обмен опытом работы, информацией об их деятельности крайне полезен и необходим.

Описывая современное состояние общественных движений в психиатрии, форм общественной помощи психически больным и их семьям, всю эту группу проблем, видимо, можно отнести к направлению, которое еще в конце прошлого века известный русский психиатр Сергей Сергеевич Корсаков обозначил как «Общественная психиатрия».

Доктор медицинских наук, профессор
В.С. Ястребов,
доктор медицинских наук Т.А. Солохина

Глава 1

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

В.Г. Митихин

1.1. Основные факты о состоянии психического здоровья в мире

Психическая деятельность людей является основой для развития всех сфер общественной жизни, определяет креативный потенциал сообщества, его способность к конструктивному развитию. В этой связи психическое здоровье населения страны выступает в роли важного критерия эффективного функционирования социально-экономической системы и всего сообщества.

Два последних десятилетия в области исследований психического здоровья населения мира знаменуются не только пониманием важности улучшения помощи психически больным, признания защиты их прав, но и осознанием общественной значимости масштаба социальных последствий (бремени) психических заболеваний во всех регионах мира. Следует особо выделить доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире (2001) [1], который явился значимым этапом в осознании службами здравоохранения, государственными институтами и населением в целом бремени психических расстройств в социально-экономическом выражении. В этом докладе подчеркнуто, что психические расстройства поражают более 25% всех людей в определенные периоды их жизни. По частоте инвалидизации населения психическая патология вышла на 3-е место после легочных и сердечно-сосудистых заболеваний. Инвалиды вследствие психических расстройств и умственной отсталости составили 29,5% от общего числа инвалидов.

Уровень психического здоровья человека в каждый данный момент времени определяется многочисленными социальными, психологическими и биологическими факторами (биопсихосоциальная модель психических расстройств). Так, например, устойчивое социально-экономическое давление признается фактором риска для психического здоровья отдельных людей и сообществ. Очевидные фактические данные ухудшения психического здоровья связаны с показателями нищеты, включая низкий уровень образования.

Плохое психическое здоровье связано также с быстрыми социальными изменениями, стрессовыми условиями на работе, гендерной дискриминацией, социальным отчуждением, нездоровым образом жизни, рисками насилия и физического нездоровья, а также с нарушениями прав человека.

Существуют также особые психологические и личностные факторы, из-за которых люди становятся уязвимыми перед психическими расстройствами. И, наконец, имеется ряд биологических причин психических расстройств, включая генетические факторы, которые способствуют дисбалансу химических веществ в мозге.

Психические заболевания относятся к кругу патологий, которые склонны к хроническому течению, приводящему к социальной дезадаптации и инвалидности. При этом значительный процент составляют случаи, когда несостоятельность обнаруживается уже в раннем детском и подростковом возрасте. Прогноз ранней инвалидности вследствие психических болезней и умственной отсталости принято считать неблагоприятным, поскольку большинство инвалидов по достижении 18 лет остаются нетрудоспособными.

В основополагающих документах Всемирной организации здравоохранения понятие «здоровье» определяется следующим образом: «Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов» [2]. Важным следствием этого определения является то, что психическое здоровье — это не только отсутствие психических расстройств и форм инвалидности. Точнее, психическое здоровье — это состояние благополучия, в котором человек реализует свои способности, может противостоять обычным жизненным стрессам, продуктивно работать и вносить вклад в свое сообщество. В этом позитивном смысле психическое здоровье является основой благополучия человека и эффективного функционирования сообщества.

Психическое здоровье населения влияет на интеллектуальный, творческий, культурный, производственный и обороноспособный по-

тенциал нации. Из этого следует, что, в отличие от других болезней, наличие психических заболеваний [3] затрагивает практически все сферы функционирования личности, деятельности государства и общества.

В современных условиях все более отчетливо выявляется зависимость психического здоровья людей от социально-экономических факторов и условий их жизни. В то же время психическое здоровье в значительной мере отражает общее состояние развития общества, является важным индикатором экологического и социального благополучия.

Для оценки бремени психической патологии традиционные показатели (ожидаемой продолжительности жизни, смертности, заболеваемости и др.) оказались недостаточными в современных, быстро меняющихся политических, социальных и экономических условиях, поскольку отражают лишь количественный компонент этого бремени. Логично, что они дополнились более чувствительными к динамике происходящих изменений оценками бремени психических болезней в денежном эквиваленте. Однако и оценка стоимости болезни также не в полной мере соответствует масштабу бремени, поскольку не все факторы, формирующие это бремя, могут быть представлены в денежном выражении.

За последние 20 лет оценка бремени психической патологии была расширена за счет принципиально новых показателей, учитывающих качественную сторону продолжительности жизни пациентов в соответствующих социально-экономических индикаторах. Среди них наибольшее распространение получили следующие индикаторы:

- скорректированные на качество годы жизни (quality-adjusted life years — QALY);
- скорректированные на инвалидность годы жизни (disease-adjusted life years — DALY).

Идеология использования показателей DALY направлена на подсчет лет, спасенных для активной и дееспособной жизни, тогда как использование показателей QALY направлено на подсчет лет, приобретенных в результате медицинских вмешательств. В связи с этим показатели QALY наиболее подходят для анализа рентабельности медицинских мероприятий, в то время как показатели DALY наиболее подходят для оценки экономических потерь трудового потенциала.

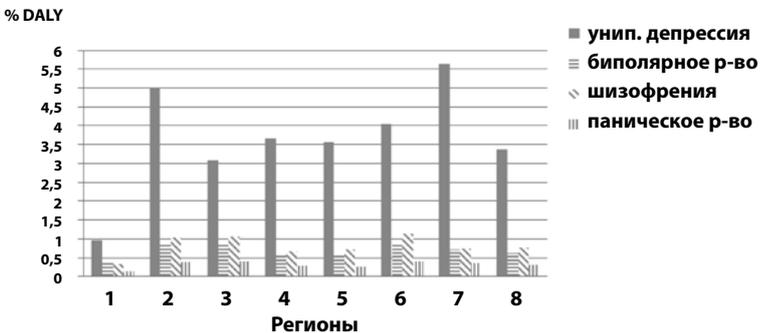
В Европейском плане действий (на 2013–2020 гг.) по охране психического здоровья (принят резолюцией EUR/RC63/11 5 июля 2013 г. на 63-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ) указано, что нервно-психические расстройства в 2013 г. занимают 2-е место, после сердечно-сосудистых заболеваний, среди всех

причин неинфекционных заболеваний, а также по тяжести бремени от заболеваний. Психоневрологические расстройства входят в число ведущих причин инвалидности среди молодых людей в мире. По прогнозам экспертов ВОЗ, к 2020 г. бремя от психических расстройств выйдет на первое место.

Авторы последующих исследований (см. ссылки в работе [1]) установили, что среди неинфекционных заболеваний ведущей причиной потерь DALY являются болезни нервной системы и психические расстройства. Уже в 1990 г. на долю болезней нервной системы и психических расстройств приходилось около 10% от общих потерь DALY, в 2000 г. этот показатель составлял 12,3%, а к 2020 г. прогноз по этому показателю составляет 15%. Основные потери DALY связаны с униполярной депрессией, и, по прогнозу, они будут возрастать как в развитых, так и в развивающихся государствах.

Приведем на основе данных работы [4] оценки бремени (к 2001 г.) по 4-м основным психическим заболеваниям (униполярная депрессия, биполярное расстройство, шизофрения, паническое расстройство) в основных регионах мира (по классификации Всемирного банка). На рис. 1 представлен вклад (% DALY) этих заболеваний в глобальное бремя по всем болезням в разных регионах.

Рис. 1. Вклад (% DALY) в 2001 г. четырех основных психических заболеваний в глобальное бремя по всем болезням в разных регионах.



По оси абсцисс: 1 — Южная Африка; 2 — Латинская Америка; 3 — Ближний Восток; 4 — Европа и Центральная Азия; 5 — Южная Азия; 6 — Восточная Азия и Тихоокеанский регион; 7 — страны с высоким уровнем развития; 8 — мир.

Депрессия является основной причиной плохого состояния здоровья и инвалидности во всем мире. По последним оценкам Всемирной организации здравоохранения, на сегодняшний день более 300 миллионов человек в мире живут с депрессией, что означает рост более чем на 18% за период с 2005 по 2015 год. Из-за отсутствия поддержки и опасений стигматизации многие люди с психическими расстройствами не обращаются за лечением, необходимым для того, чтобы они могли жить здоровой и продуктивной жизнью.

Депрессия отличается от обычных изменений настроения и кратковременных эмоциональных реакций на проблемы в повседневной жизни. Депрессия может стать серьезным нарушением здоровья, особенно если она затягивается и принимает умеренную или тяжелую форму. Она может приводить к значительным страданиям человека и к его плохому функционированию на работе, в школе и в семье. В худших случаях она может приводить к самоубийству. Ежегодно около 800 000 человек погибают в результате самоубийства — второй по значимости причины смерти среди людей в возрасте 15–29 лет.

Несмотря на то, что известны эффективные методы лечения депрессии, такое лечение получают менее половины страдающих от нее людей в мире (во многих странах менее 10%). Препятствия для получения эффективного лечения включают отсутствие ресурсов, нехватку подготовленных поставщиков медицинской помощи и социальную стигматизацию, связанную с психическими расстройствами. Еще одним препятствием является неточная оценка состояния. Во всех странах людям, страдающим депрессией, часто ставится неправильный диагноз, в то время как другим людям, не имеющим этого расстройства, иногда ставится ошибочный диагноз и назначаются антидепрессанты.

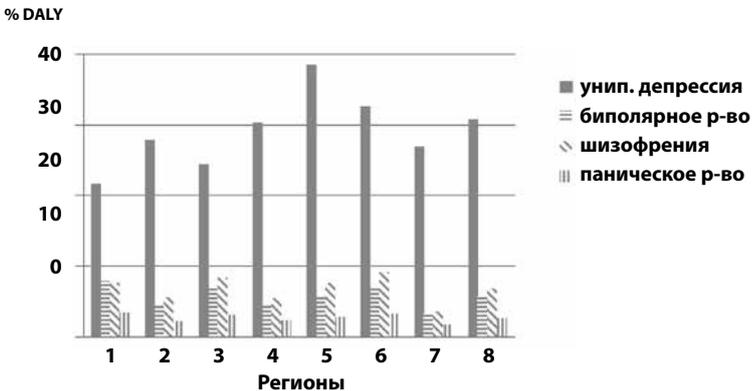
Анализ результатов подробных собеседований более чем с 89 тыс. людей показал, что 15% населения из экономически развитых стран и 11% населения стран с низким уровнем экономического развития имели склонность к возникновению депрессии в течение жизни, при этом 5,5% обследованных пережили депрессию в этом году. Эпизоды глубокой депрессии в большей степени распространены среди населения экономически развитых стран: в среднем 28% в развитых странах, 20% в странах с низким уровнем экономического развития. Распространенность эпизодов глубокой депрессии была наиболее высока (более 30% населения) среди жителей Франции, Нидерландов и Америки. Страной с наименьшей распространенностью эпизодов глубокой депрессии оказался Китай, в котором распространенность депрессии среди населения составила лишь 12%,

в противоположность этому наиболее широкое распространение эпизодов глубокой депрессии было зафиксировано в Индии — 36%.

По результатам проведенного ВОЗ исследования по подсчету расходов на лечение и результатов в отношении здоровья в 36 странах с низким, средним и высоким уровнем доходов в течение 15 лет с 2016 по 2030 г., низкие уровни признания и доступа к медицинской помощи в отношении депрессии и другого распространенного психического расстройства, такого как тревожное расстройство, приводит к глобальным экономическим потерям, измеряемым в один триллион долларов США в год. Эти потери несут семьи, работодатели и правительства. Семьи несут финансовые потери, когда люди не могут работать. Работодатели страдают от того, что их работники становятся менее продуктивными и не способными работать. Правительства вынуждены повышать расходы на здравоохранение и социальное обеспечение.

На рис. 2 представлен вклад (% DALY) этих заболеваний в глобальное бремя по нервным и психическим болезням.

Рис. 2. Вклад (% DALY) в 2001 г. четырех основных психических заболеваний в глобальное бремя по нервным и психическим болезням в разных регионах (номера регионов те же, что и на рис. 1)



Среди 10 ведущих неинфекционных болезней, по данным ВОЗ [4], в 2004 г. на долю униполярной депрессии приходилось 4,3% объема DALY (3-е место в мире). По прогнозу на 2020 г. это заболевание переместится на 2-е место (5,7%), а к 2030 г. — на 1-е место в мире, при этом потери DALY составят 6,2%, опережая сердечно-сосудистые заболевания (5,5%) и травматизм (4,9%).

Отдельно в странах с высоким и выше среднего уровнем развития униполярная депрессия уже в 2004 г. занимала 1-е место (8,2% и 5,1% соответствующих объемов DALY по этим странам).

В 2004 г. среди 20 ведущих причин инвалидности (средней и тяжелой степени) депрессивные расстройства давали 98,7 млн случаев инвалидности (3-е место в мире). При этом подавляющее число случаев (93,4 млн) приходится на возрастные группы до 60 лет (1-е место в мире). В целом психические болезни и расстройства поведения давали около 207 млн случаев инвалидности (1-е место в мире).

В 2008 г. коллектив американских исследователей [5] представил обстоятельный аналитический обзор о масштабах глобального бремени для десяти психических расстройств (большая депрессия, расстройства личности, биполярное расстройство, паническое расстройство, шизофрения, деменция, патологические зависимости от психоактивных веществ и алкоголя). Использовался мета-анализ данных исследований, проведенных в период 1980–2006 гг. практически во всех регионах мира (Северная Америка, Латинская Америка, Европа, Юго-Восточная Азия, Австралия, Африка, Ближний Восток) и охватывающих около 40 стран (около 200 источников). Основная часть (более 70%) этих исследований проведена в США, Канаде и Европе в рамках национальных проектов (NCS-R — США, ССМНИ — Канада, ESEMeD — Европа) и международных (WMH — ВОЗ) в период 1995–2006 гг. Отбирались исследования с объемом выборки не менее 500 человек (взрослые), исключались исследования конкретных социально-демографических групп, одного пола, социально-экономического статуса. Оценка болезненности проводилась на основе 12-месячных показателей с использованием WMH-WHO-версии CIDI-интервью и DSM-IV. Количество источников, по данным которых получалась усредненная оценка болезненности для каждого заболевания, варьировало от 11 (зависимость от психоактивных веществ) до 42 (большая депрессия) — в среднем около 24 источников на заболевание. Бремя заболеваний оценивалось на основе прямых расходов, косвенных потерь (на человека в год по каждому заболеванию) и затем пересчитывалось на население США с учетом усредненных показателей болезненности и курса доллара США 2005 года. В табл. 1 представлены полученные значения бремени по указанным расстройствам.

В целом, оценивая полученные результаты, следует рассматривать их как нижнюю оценку бремени рассматриваемых заболеваний для развитых стран и как верхнюю оценку бремени для стран со

средним и низким уровнем развития. Если исключить расходы, связанные с наркотической и алкогольной зависимостью (характерные для США), то относительное бремя по оставшимся заболеваниям составляет 3–5% ВВП, что является более реальной оценкой бремени для стран со средним уровнем развития.

Таблица 1. Бремя (годовое, прямые расходы) психических расстройств, пересчитанное на население США (\$ USA, 2005 г.)

Диагнозы (DSM – IV)	Стоимость (млрд. \$ США)	Относит. оценка (% ВВП США)
Панические расстройства	30,4	0,27
Социальная фобия	15,7	0,14
Простая фобия	11,0	0,10
Большая депрессия	97,3	0,86
Обсессивно-компульсивное расстройство	10,6	0,09
Наркотическая зависимость	201,6	1,78
Алкогольная зависимость	226,0	1,99
Шизофрения	70,0	0,62
Биполярное расстройство	78,6	0,69
Деменция	76,0	0,67
ИТОГО	817,2	7,20

В последние годы в связи с мировым финансовым кризисом (формально с 2007–2008 гг.), резким усложнением социально-экономической, политической и экологической обстановки во всех регионах мира психическое здоровье населения всех стран подвергается новым испытаниям. Основные угрозы известны: финансовые ограничения, нестабильность и ухудшение качества жизни населения, безработица, растущее социально-экономическое неравенство, дискриминация и стигматизация больных, и масштаб этих негативных факторов существенно возрастает.

1.2. Психическое здоровье населения России

На высокую социально-экономическую значимость психического здоровья населения России указывают результаты проведенных сотрудниками ФГБНУ НЦПЗ исследований, в соответствии с которыми

ми прямые расходы на охрану психического здоровья, включающие затраты на лечебно-реабилитационные мероприятия, социальное страхование и социальное обеспечение, составляют 0,4 % валового внутреннего продукта (ВВП) [6]. В составе этих расходов затраты на лечебно-реабилитационные мероприятия соответствуют 0,1 % ВВП, или 4–5 % расходов статьи бюджета «Здравоохранение» России.

Сфера психического здоровья должна стать приоритетом государственной финансовой поддержки. Это подтверждают не только прямые расходы, о которых было сказано выше, но и косвенные потери, которые включают в себя недовоспроизведенный валовой продукт в размере 1,5 % ВВП [6] в связи с преждевременной смертью, стойкой и временной нетрудоспособностью. По ряду экспертных оценок, косвенные потери вследствие психических расстройств соответствуют аналогичным потерям от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний.

Таким образом, суммарные потери в связи с психическим нездоровьем достигают в России 2 % ВВП. Однако эта величина представляется заниженной как по причине недостаточного финансирования, так и вследствие того, что за помощью (в 2016 г.) обращается лишь 4,2 млн нуждающихся в ней (3 % населения). По оценкам экспертов, реальное число пациентов службы психического здоровья может достигать 14–20 млн человек, что составляет 10–14 % населения России [7].

При этом основные потери ВВП обусловлены инвалидностью больных по психическим заболеваниям. По данным официальной статистики, в 2016 г. число инвалидов составляло 1,03 млн человек (в сравнении с 2005 г. прирост почти 7 %). Число работающих инвалидов в общем контингенте психически больных инвалидов ежегодно снижается (в настоящее время составляет не более 3 %). Общее число инвалидов по психическим заболеваниям составляет более 8 % от общей численности инвалидов по всем заболеваниям. Большинство психически больных, утративших трудоспособность, становятся инвалидами в молодом и среднем возрасте (25 % в возрасте до 29 лет, 70 % — до 40 лет). Почти 95 % инвалидов, признанных нетрудоспособными в связи с психическим заболеванием, остаются на пенсионном обеспечении пожизненно.

Состояние психического здоровья детей и подростков привлекает внимание ученых в связи с его ухудшением и накоплением в популяции численности лиц с тяжелой хронической патологией и ограничением жизнедеятельности.

До двадцати процентов детей и подростков во всем мире страдают проблемами психического здоровья, приводящими их к инвалидности. Одна из основных причин роста числа детей-инвалидов с психическими нарушениями является следствием ухудшения экологической обстановки, социального неблагополучия семей, высокого уровня хронических, врожденных и генетических заболеваний родителей, патологии перинатального периода, позднего выявления заболевания, некачественного оказания медицинской помощи, недостаточного количества реабилитационных служб для детей первых лет жизни.

В России 10% новорожденных имеют явные психические нарушения, у 60% дошкольников отмечаются нарушения психики, 80% детей школьного возраста имеют нервно-психические расстройства.

Рост показателей детской инвалидности сопровождается ростом численности психических заболеваний среди детей: 20% детей и подростков страдают психическими нарушениями, приводящими к инвалидизации, у 18% молодежи развиваются депрессивные состояния. Основными причинами возникновения данной патологии является отягощенная наследственность, малоэффективная система родовспоможения, пре- и перинатальная патология, беспорядочный образ жизни и вредные привычки родителей. Уровень детской инвалидности, обусловленной психиатрической патологией, имеет тенденцию к повышению.

Масштабные социально-экономические и политические перемены в России, начавшиеся в последнее десятилетие XX века и сегодня еще далеко не завершившиеся, оказали негативное влияние на состояние психического здоровья населения. В основании этого неутешительного вывода лежат как теоретические работы в рамках биопсихосоциальной модели психического здоровья [8–11], так и научно-практические эпидемиологические исследования, основанные на анализе данных официальной российской медицинской статистики, данных популяционных исследований и экспертных оценках. Рассматриваемый сложный период реформ в России предоставил для эпидемиологии социально-значимых заболеваний (в том числе психических) уникальный материал, который дал возможность исследователям, начиная с конца 90-х годов, изучать качественные и количественные оценки влияния социально-экономических и медико-демографических факторов на состояние здоровья населения.

Анализируя динамику психических расстройств у населения России в начальный период реформ (1991–1995 гг.), авторы работ [12–14] отметили существенный рост заболеваемости психически-

ми расстройствами (увеличилась на 28,6%). При этом наиболее резко (на 35%) увеличилась заболеваемость непсихотическими формами (невротические, связанные со стрессом, соматоформные, личностные расстройства), которые в наибольшей степени связаны с социальными причинами. Заболеваемость алкоголизмом в этот период возросла на 57,5%, алкогольными психозами — в 4,6 раза, наркоманиями — в 4 раза, на 33,5% увеличился показатель суицидов и достиг рекордных значений: 42,1 на 100 000 человек в 1994 г. и 41,4 — в 1995 г. Вырос выход на инвалидность (на 12%) и, особенно, первичный выход на инвалидность (на 48%), что связано с утяжелением хронических психотических заболеваний, с ростом заболеваемости умственной отсталостью (на 22,4%) и с социально-экономическими условиями жизни.

В этот период в структуре психической патологии появились расстройства, обусловленные социальным стрессом. Согласно действующей Международной классификации психических и поведенческих расстройств, в эту группу входят острая реакция на стресс, посттравматическое стрессовое расстройство и расстройство адаптации, т. е. клинические формы, которые ранее либо вообще не диагностировались (посттравматическое расстройство), либо диагностировались крайне редко и вне связи с социальными условиями (расстройство адаптации).

В годы второго периода реформ (1996–1999) показатели психического здоровья населения продолжали ухудшаться. Болезненность и заболеваемость психическими расстройствами увеличилась по сравнению с 1995 г. на 6% и 7,5% соответственно. К стрессу социальных изменений добавились факторы социального неблагополучия: ухудшение материального положения, угроза безработицы или вынужденной смены профессии, обострение криминальной ситуации в стране.

В результате к 2000 г. показатели психического здоровья населения страны выглядели следующим образом: общее число учтенных больных психическими (без наркологических) расстройствами достигло 3,95 млн человек. Показатель впервые заболевших психическими расстройствами вырос за эти годы на 30,6%, психотическими расстройствами — на 33,3%, умственной отсталостью — на 26,7%, шизофренией — на 25,5%, инвалидность вследствие психических заболеваний составила 580 на 100 000 населения (рост на 29%), а первичная инвалидность — 38,2 на 100 000 (рост на 14%).

В работах [9–10, 12] проведен качественный анализ макро-социальных факторов, оказывающих влияние на состояние пси-

хического здоровья населения России. Первый из них — стресс социальных изменений, воздействие которого испытала на себе большая часть населения страны. Второй негативной предпосылкой явилась психологическая неготовность населения к быстрым и радикальным переменам. Третий фактор — последствия социально-экономического кризиса, который резко ухудшил не только положение населения, но и материальные ресурсы психиатрических служб.

К перечисленному следует добавить, что демографическая ситуация в России в рассматриваемый период (и в ближайшие десятилетия) характеризуется кризисом депопуляции, который в сочетании с неравномерностью социально-экономического развития страны негативно отражается и на «здоровье» государства, и на здоровье населения. На важность изучения зависимости психических расстройств от социальных и демографических факторов указано в представленном ВОЗ в 2012 г. Европейском плане действий по охране психического здоровья на период 2013–2020 гг.

Проблема полномасштабной оценки психического здоровья населения в свою очередь связана с проблемой оценки числа возможных пациентов в популяции, которые характеризуются фактом активного обращения за психиатрической помощью. В рамках решения этой проблемы сотрудники НЦПЗ [15] в 2001 г. предложили принципиально новый эпидемиологический показатель — актуальная численность психически больных. В работе дана теоретическая оценка числа больных для основных психических расстройств на основе данных официальной медицинской статистики и выборочных эпидемиологических исследований, выполненных в 80–90-х годах. К 1996 г. оценка для актуальной численности лиц с психическими расстройствами в России составила по результатам работы [15] 21,2 млн человек, постоянно нуждающихся в психиатрической помощи, что соответствовало 14% населения РФ, а по данным официальной статистики, в 1996 г. российская психиатрическая служба оказывала помощь лишь 2,5% населения.

1.3. Структура психических расстройств населения России

В широком круге вопросов, связанных с проблемой охраны психического здоровья населения, значительное место занимают погра-

ничные (непсихотические) психические расстройства (далее будем использовать сокращения ППР или НПР), рост которых в популяции отмечен в последние десятилетия российскими и зарубежными специалистами [16–22].

В представлении ведущих психиатров понятие «пограничные психические расстройства» объединяет широкий диапазон заболеваний непсихотического невротического уровня — психогенно обусловленные невротические состояния и реакции, личностные декомпенсации, а также невротоподобные и психопатоподобные расстройства при соматических, неврологических и других заболеваниях, которые соответствуют рубрикам F3, F4, F5, F6 по МКБ-10.

Клинико-эпидемиологическими сплошными и выборочными исследованиями, проведенными в последние 20 лет, установлено, что основной тенденцией в современном мире является значительный рост показателей заболеваемости и болезненности пограничными психическими расстройствами. [18, 21–24]. Например, так как в России значение болезненности ППР составляет в настоящее время более 50% от болезненности всех психических расстройств, а заболеваемость ППР — около 75% соответственно, то, принимая во внимание неучтенный контингент больных ППР, можно кратко охарактеризовать современную психиатрию как психиатрию пограничных состояний.

Соотношение долей для основных диагностических групп болезненности и заболеваемости психическими расстройствами населения России к 2016 г. представлено на рис. 3–4.

Рис. 3. Структура болезненности населения для основных диагностических групп психических расстройств в России (2016 г.)

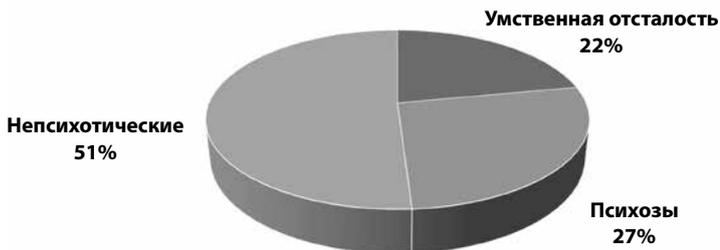
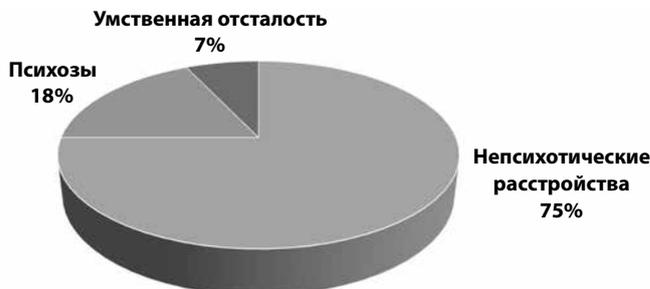


Рис. 4. Структура заболеваемости населения для основных диагностических групп психических расстройств в России (2016 г.)



Современные исследования в области пограничной психиатрии подтверждают зависимость психогенных и соматоформных расстройств от социальных условий жизни общества. Увеличение частоты возникновения состояний психической дезадаптации, сопровождаемых психическими нарушениями, идет главным образом за счет роста невротических предболезненных проявлений, а не классических клинически очерченных форм пограничных состояний.

Данные последних лет о распространенности и структуре пограничных психических расстройств весьма вариабельны. По публикациям различных авторов, распространенность ППР составляет от 17 до 210 на 1000 населения. При этом невротические расстройства составляют в структуре пограничных психических расстройств от 13 до 70%; расстройства личности от 2 до 30%; непсихотические органические поражения ЦНС в диапазоне 13–25%; непсихотические инволюционные и сосудистые расстройства — 5–30%; психогенные расстройства — 14–64%; соматогенные расстройства — 9–38%.

Эти результаты находятся в зависимости от используемых диагностических подходов и формирования изучаемых выборок по принципу включения / исключения наиболее легких форм НПР. Так, в исследованиях, проведенных в отдельных странах, отмечены относительно низкие показатели распространенности депрессивных расстройств, что, скорее всего, связано с включением выраженных форм депрессий. Например, в европейском исследовании [24] показатель распространенности депрессий на момент обследования составил в немецкой выборке 11,3%, а по данным, полученным в Японии [25], этот показатель для населения в течение жизни был равен 3%.

Условия жизни современного общества в развитых и развивающихся странах характеризуются высокими психологическими нагрузками, насыщенной информационной средой, длительным пребыванием в состоянии стресса, а также неблагоприятной экологической обстановкой, что представляет собой факторы риска развития депрессий. В России к этому добавляются факторы, связанные с социально-экономическими реформами и их последствиями. Депрессия в ее различных клинических вариантах признается сейчас одной из основных причин снижения трудоспособности: по доле потерянных для полноценной жизни лет именно депрессивные расстройства в настоящее время опережают все прочие психические заболевания, включая такие, как болезнь Альцгеймера, алкоголизм, шизофрения.

В мировом рейтинге [26–27] депрессии занимают четвертое место среди всех заболеваний по интегративной оценке бремени, которое несет общество в связи с ними. По прогнозу ВОЗ, к 2020 г. по этому критерию они займут уже второе место, уступая только ишемической болезни сердца.

Поскольку стало очевидным, что депрессия становится все более распространенным и все более длительно текущим расстройством, которое не всегда своевременно диагностируется, в последнее десятилетие было проведено несколько масштабных российских эпидемиологических исследований, посвященных депрессивным расстройствам. На основе результатов этих исследований минимальной оценкой болезненности депрессивными расстройствами можно считать величину в диапазоне 5–7% населения России, что соответствует в настоящее время величине актуальной численности больных депрессией в диапазоне 7–10 млн человек.

1.4. Самоубийства — индикатор уровня психического здоровья населения

Еще одним важным показателем негативной обстановки в сфере общественного психического здоровья служит уровень самоубийств. Суициды остаются одной из важнейших проблем здравоохранения и общества, являясь наиболее частой причиной обращения для оказания неотложной психиатрической помощи. Уровень суицидов (в расчете на сто тысяч человек населения) является одним из важнейших индикаторов психического здоровья населения и входит

в состав основных показателей социально-психологического благополучия страны, а также служит косвенным показателем нуждающихся в неотложной лечебно-профилактической психиатрической и суицидологической помощи.

В 2012 г. самоубийства составили 1,4% смертей в мире [28], заняв 15-е место среди всех причин смерти, а среди причин смерти молодых людей (в возрасте 15–29 лет) самоубийства занимают второе место. В России суициды в 2012 г. составили 1,5% всех смертей, занимая 7-е место среди всех причин смерти [29], а к 2016 г. уже переместились на 6-е место, правда, уменьшив процент от всех смертей (1,3%).

Оценка экономического ущерба в результате суицидов в мировом масштабе составляет сотни млрд долларов [28]. В 2009 г. суммарные потери России в связи со смертностью от суицидов составили около 146 млрд. рублей, что соответствовало на тот период 4,6 млрд. долларов США [30].

В последние десятилетия, в особенности после 2000 г., в ряде стран были разработаны национальные стратегии по предотвращению самоубийств. В настоящее время такие стратегии существуют в 28 странах [28]. Стратегии направлены на повышение качества ранней диагностики и эффективного ведения психических заболеваний и патологических состояний, вызванных и связанных с употреблением психоактивных веществ, на взаимодействие служб здравоохранения с гражданскими и социальными институтами.

Известно [31], что следует различать два уровня суицидологической проблемы — суицид как статистически устойчивое поведение определенных слоев общества и суицид как индивидуальное поведение личности в микросоциальной среде. Это определяет и различный уровень объясняющих концепций — от популяционных до индивидуальных. Самоубийство принято рассматривать как патологию поведения конкретного человека и как плохо прогнозируемое общественное явление. В работе [32] предложена концептуальная модель, которая позволяет приблизиться к пониманию медико-социального феномена суицидальности, а также создает возможности для создания программ дифференцированной профилактики самоубийств.

В странах с высоким и средним уровнем доходов до 90–95% жертв самоубийства имели психические расстройства [28, 32], а у остальных, не имевших четкого диагноза, наблюдались психические отклонения, характерные для лиц, совершающих суицид.

В целом, результаты исследований последних лет в рамках биопсихосоциального подхода согласуются с гипотезой о том, что суицидальное поведение определяется синергетическим взаимодействием биологических, психологических, социальных, культуральных факторов и факторов внешней среды с биогенетической предрасположенностью, специфичной в отношении суицидального поведения [33–34].

Результаты нейробиологических и генетических исследований изменений в функционировании норадренергической системы у лиц с суицидальным поведением свидетельствуют о возможности ее быстрого истощения у жертв суицида в ответ на стресс. Генетические аномалии и нарушения развития в ряде нейробиологических систем коррелируют с суицидальным поведением [28, 32, 34–35]. Например, низкий уровень серотонина приводит к серьезным суицидальным попыткам среди пациентов с аффективными расстройствами, шизофренией и личностными нарушениями.

Есть основания утверждать, что подобные исследования позволят понять нейробиологические и молекулярно-генетические механизмы предрасположенности к суицидальному поведению и его реализации, а также разработать набор ДНК-тестов для медико-генетического консультирования в разных этнических группах и сформировать группы риска.

Но, как указано в работе [36], нельзя не согласиться с тем, что вряд ли генетические механизмы могут полностью объяснить наблюдаемое быстрое (в течение 10–15 лет) ухудшение психического здоровья больших контингентов населения, нарастание суицидальных проявлений и иных проблем психического здоровья среди подростков и молодых людей. Следовательно, основной вес при изучении суицида получают медико-демографические, социально-экономические и культуральные условия существования популяции, усиливающийся психосоциальный и информационный стресс, экологические факторы внешней среды и, возможно, обусловленные ими эпигенетические изменения. Перечисленные факторы с большей долей вероятности претендуют на роль тех спусковых механизмов, которые лежат в основе вариации популяционного показателя суицидов.

В работах [37–38] приведены результаты корреляционного анализа связи показателя суицидов (в России в целом и на региональном уровне) с рядом социально-экономических и демографических факторов.

На основании полученных результатов сделан вывод о достаточно тесной взаимосвязи динамики показателя самоубийств с социальными изменениями в России. Условно выделены 3 типа регионов, в которых уровень суицидов зависит от: 1) культурно-этнической характеристики региона; 2) степени его индустриализации; 3) развитости сельского производства. Отмечено, что уровень самоубийств зависит в определенной степени от интенсивности ряда социально-экономических процессов, приводящих к дезадаптации целые категории населения.

Результаты нашего исследования (см., например, [39]) опираются на статистический анализ значений показателя суицидов для населения России и широкого круга медико-демографических и социально-экономических факторов и показателей в период 1992–2015 гг. Исходный список медико-демографических и социально-экономических факторов и показателей включал более 60 наименований, которые можно разбить на три группы. Первая группа — это демографические показатели: численность населения, рождаемость, смертность, миграция. Вторая группа показателей: а) показатели психического здоровья населения: болезненность и заболеваемость психическими расстройствами, показатели структуры психических расстройств; б) показатели ресурсов службы психического здоровья: численность врачей, число коек, число мест в ЛПУ, средняя длительность пребывания в стационаре, повторные госпитализации и т. д. Третья группа — социально-экономические показатели: государственные расходы на здравоохранение, ожидаемая продолжительность жизни, доход на душу населения, индекс цен, отношение средней пенсии к среднему доходу, уровень безработицы, браки, разводы и т. д.

На основе результатов корреляционного и регрессионного анализа можно предложить простую, но достаточно точную линейную модель для описания динамики показателя суицидов в рассматриваемый период. На рис. 5 приведены фактические значения показателя суицидов в Российской Федерации в 1992–2015 гг. (на 100 000 чел. населения) на основе данных официальной статистики и значения, полученные расчетным путем по модели (1):

$$Su = 265,809 - 3,081 E_y - 0,010 Md (1),$$

где **Su** — расчетное значение показателя суицидов на 100 000 человек населения,

E_y — ожидаемая продолжительность жизни при рождении (годы);

Md (Mental disorders) — болезненность психическими расстройствами (на 100 000 человек населения).

**Региональная благотворительная общественная организация
«Центр социально-психологической и информационной поддержки
«СЕМЬЯ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ»
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»**

**Общественные формы помощи в психиатрии:
история и современность**

На обложке использованы иллюстрации:
onot / www.shutterstock.com
Используется по лицензии от www.shutterstock.com

Выпускающие редакторы *Е. Пучкова, М. Маряшина*
Корректоры *О. Наренкова, О. Шепитько*
Компьютерная верстка и дизайн обложки *Е. Климентьева*

Подписано в печать 21.03.2019. Формат 60×90/16
Печ. л. 24,5. Тираж 1000 экз. Заказ

«Издательский дом “Городец”»
105082, г. Москва, Переведеновский пер., д. 17, к. 1
www.gorodets.ru, e-mail: info@gorodets.ru
тел.: +7 (985) 8000 366

Отпечатано в АО
«Первая Образцовая типография».
Филиал «Чеховский Печатный Двор».
142300, Московская область, г. Чехов, ул. Полиграфистов, д. 1
www.chpd.ru, тел. +7 (499) 270-73-59

В коллективной монографии приводятся сведения о зарождении и развитии общественных форм помощи в психиатрии в нашей стране и за рубежом, особенностях современного этапа становления гражданского общества в России. Значительное внимание уделено этическим аспектам в работе специалистов службы психического здоровья, обсуждению моделей взаимоотношения пациентов и членов их семей с персоналом психиатрических учреждений. Подробно изложен 15-летний опыт работы региональной благотворительной общественной организации «Семья и психическое здоровье», приведены результаты оценки эффективности комплексной долгосрочной реабилитационной программы, разработанные совместно с сотрудниками отдела организации психиатрических служб ФГБНУ НЦПЗ и других учреждений, технологии психосоциальных вмешательств, предназначенные для пациентов и членов их семей, а также формы психологической помощи для работников службы; приведены критерии оценки эффективности психосоциальных вмешательств.

Монография предназначена для широкого круга специалистов службы психического здоровья — врачей-психиатров, психологов, среднего медицинского персонала, социальных работников, специалистов, работающих в органах социальной защиты населения, а также для представителей общественных профессиональных объединений, организаций пользователей психиатрической помощи, других НКО, работающих в сфере психического здоровья.

www.gorodets.ru

ISBN: 978-5-907085-12-1



9 785907 085121



СОЮЗ ОХРАНЫ
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ