

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ  
КАЗАХСТАН

ЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР  
ПСИХИАТРИИ, ПСИХОТЕРАПИИ И НАРКОЛОГИИ

Б.Б. Джарбусынова

Эпидемиология психического здоровья  
(теоретический аспект)

Учебно - методическое пособие

Алматы  
2010

Министерство здравоохранения Республики Казахстан

Республиканский научно-практический центр психиатрии,  
психотерапии и наркологии

Одобрено и рекомендовано Республиканским центром инновационных  
технологий медицинского образования и науки Министерства  
здравоохранения Республики Казахстан  
(протокол от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2010 года № \_\_\_).

**Эпидемиология психического здоровья  
(теоретический аспект)**

**Учебно-методическое пособие**

Министерство здравоохранения и социального развития  
Республики Казахстан  
«Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии»  
имени Амангельды Абдрахманова  
г. Алматы

Алматы  
2010

Учебно-методическое пособие разработано Главным научным сотрудником отдела суицидологии и эпидемиологии Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии (РНПЦПН), д.м.н. профессором Джирбусыновой Б.Б.

Рецензенты:

1. С.А. Алтынбеков – директор Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии, доктор медицинских наук, профессор.
2. А.С. Субханбердин – профессор кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии Казахского Национального Медицинского Университета им. С.Д. Асфендиярова, доктор медицинских наук.

Учебно-методическое пособие рассмотрено на заседании Ученого Совета Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии и рекомендовано к печати.

Протокол № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » 2009г.

**Аннотация**

В учебно-методическом пособии изложен теоретический аспект эпидемиологических исследований психического здоровья.

Учебно-методическое пособие предназначено для врачей-психиатров, психотерапевтов, психологов, педагогов.

**Содержание**

<b>ВВЕДЕНИЕ.....</b>	<b>2</b>
<b>ОБЩИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ</b>	<b>3</b>
<b>ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ.....</b>	<b>3</b>
<b>РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В</b>	<b>5</b>
<b>СОВРЕМЕННОМ МИРЕ.....</b>	<b>5</b>
<b>РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОДОЛЬНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ</b>	<b>13</b>
<b>РАССТРОЙСТВ.....</b>	<b>13</b>
<b>РАСПРОСТРАНЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ</b>	<b>26</b>
<b>РАССТРОЙСТВ НА ТЕРРИТОРИИ ПОСТСОВЕТСКОГО</b>	<b>26</b>
<b>ПРОСТРАНСТВА.....</b>	<b>26</b>
<b>РАСПРОСТРАНЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ</b>	<b>28</b>
<b>РАССТРОЙСТВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН.....</b>	<b>28</b>
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....</b>	<b>71</b>
<b>СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....</b>	<b>72</b>

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность исследования.** Общественное психическое здоровье является индикатором интеллектуального и нравственного состояния общества, его духовного потенциала [ВОЗ, 2005]. Оценивая величину экономического и социального ущерба, приносимого проблемами, связанными с низким уровнем психического здоровья Всемирный Банк и Гарвардский Университет, считают, что в настоящее время имеет место «необъявленный кризис» психического здоровья, причем, что этот кризис оказывает влияние на жизни более чем четверти миллиарда людей [Всемирный день психического здоровья, 2000].

В настоящее время 450 миллионов человек в мире страдает психическими расстройствами. В том числе 160 миллионов – депрессивными расстройствами, 70 миллионов – алкоголизмом, 50 миллионов – эпилепсией, 24 миллиона – шизофренией. В каждой из четырех семей есть, по крайней мере, один человек, который страдает в длиное время от психического расстройства. Ежегодно в мире один миллион человек захантчивает жизнь самоубийством, 20 миллионов человек совершают суицидальные попытки [Данные 1-го национального конгресса «Психическое здоровье и безопасность в обществе», 2005].

В настоящее время все более отчетливо прослеживается тенденция смешения границ и взаимозависимости понятий психического здоровья и духовного или морального здоровья с «раскаленной» атмосферой, существующей вокруг этого последнего понятия [Всемирный день психического здоровья, 1998].

Другой аспект проблемы психического здоровья, который занимает все больше внимания – качество жизни, не только лиц с психическими поведенческими расстройствами, но и лиц с другими инвалидизирующими заболеваниями, а также пожилых людей [Л.Н. Виноградова, 1999].

Если не предпринимать самых энергичных и эффективных мер в отношении тенденций к снижению уровня психического здоровья в мире, то с высокой долей вероятности будут нарастать экономические, социальные, медицинские проблемы, а также гражданские беспорядки. Их все возрастающее бремя будет стоить невероятно дорого с точки зрения человеческих страданий, инвалидности, преступности и экономических потерь [Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001].

## 1. Общие закономерности эпидемиологии психического здоровья

**Первая закономерность** – рост выявляемости распространенности и накопления психических расстройств в обществе, особенно в последней четверти XX столетия. Это характерно как для экономически развитых стран Запада, а в последние годы и развивающихся стран.

**Вторая закономерность** проявляется в низком уровне роста распространенности психозов (рост показателя распространенности их почти за столетие только в 3,8 раз) и высокими уровнями неврозов и других, пограничных расстройств (более чем в 60 раз).

**Третья закономерность** является наибольший подъем показателей распространенности психических расстройств в большинстве стран мира в последний период столетия, определяющийся преимущественно значительной выявляемостью непсихотических форм психических болезней.

**Четвертая закономерность** определяется высоким ростом выявляемости хронического алкоголизма и наркомании.

**Пятой** закономерностью является фактическая идентичность уровней распространенности психических болезней как в экономически развитых странах Запада, так и в странах Восточной Европы, особенно 70-90 годы, что отражает общечеловеческую (биосоциальную) почву психической патологии и обнемировые закономерности формирования во второй половине XX века хронического типа мировой патологии человека [6].

Между тем, приведенные данные базируются, в основном, на официальной статистике. Значительно более информативны результаты специальных эпидемиологических исследований, характеризующих уровень и состояние психического здоровья населения, по тем или иным причинам не попадающего в поле зрения специалистов, т.к. называемого, контингента «здоровою». В частности, по результатам таких исследований установлено, что в населении распространены не только начальные, но и клинически выраженные формы психической дезадаптации, которые распределяются в классификации одних авторов [7], в континууме норма – донозологические невротические расстройства – невротические реакции – невротические состояния, причем норма была в количественном выражении наименьшей, а невротические состояния – в наибольшей. В других классификациях, определяющих уровни психического здоровья, исследуемый контингент распределялся следующим образом (рисунок 1).

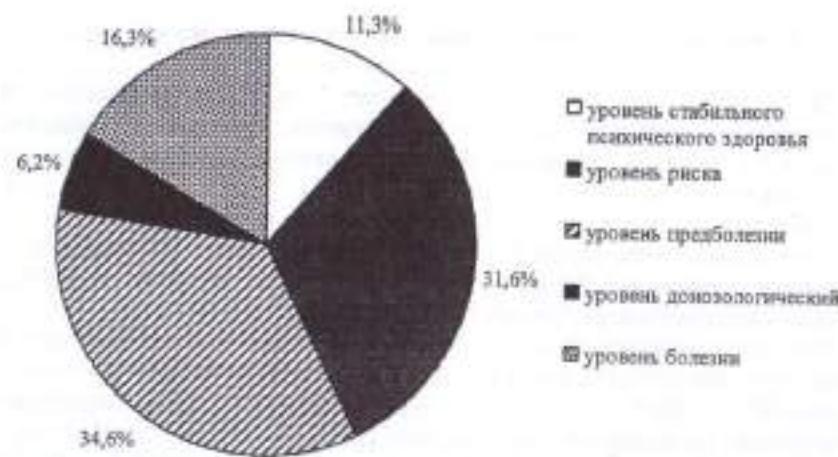


Рисунок 1 – Распределение контингента по уровням психического здоровья

В исследованиях, проводимых на крупных промышленных предприятиях, выявляется 54,3% сотрудников, обнаруживающих психические отклонения пограничного уровня; 28% сотрудников с соматизированными психическими расстройствами [8]. При аналогичных исследованиях организованных групп населения относительно высокий уровень психического здоровья определялся у 40,7% обследуемых, средний – 33,8%, низкий – 25,5% [9] (рисунок 2).

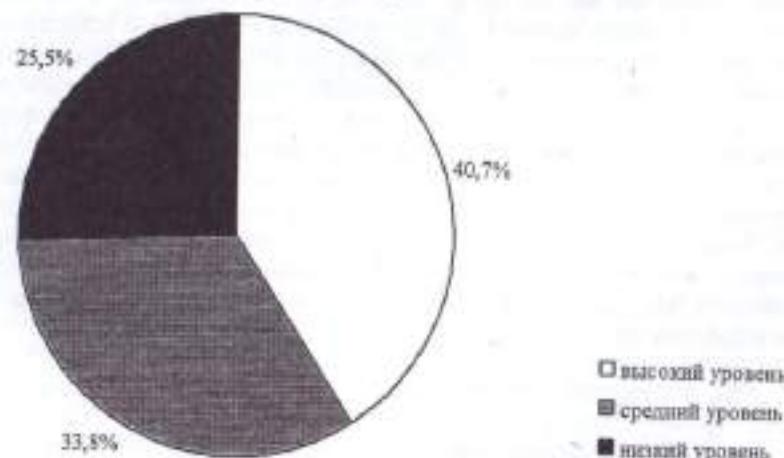


Рисунок 2 – Распределение организованных групп населения по уровням психического здоровья

## 2. Распространенность психических расстройств в современном мире.

Ценность эпидемиологического изучения психических расстройств в целом и в рамках отдельных нозологических форм не требует специальной аргументации (В.Г. Ротштейн, 1995г.). В современных условиях социальной и экономической нестабильности они позволяют выявить факторы, способствующие формированию психических нарушений, что крайне важно как для клинической, так и для социальной и организационной психиатрии (Т.В. Зозуля, В.Г. Ротштейн, А.Н. Сулицкий, 1994г.). Эпидемиологические методы позволяют получить основные представления о частоте психических расстройств и численности больных, о популяционных закономерностях течения болезней, и о клинико-демографической структуре контингентов, нуждающихся в том или ином виде психиатрической помощи. Таким образом, формируется та база, на которой основывается планирование научных исследований и организационных мероприятий (В.Г. Ротштейн, 1995г.). Однако точных данных об этом нет ни в одной стране мира. В психиатрической литературе в последние 10-15 лет уделяется достаточное внимание эпидемиологическим исследованиям. Вместе с тем, публикуемые данные неоднородны, а порой и противоречивы, что затрудняет их анализ. Противоречивость публикуемых данных обусловлена, в основном, двумя серьезными причинами. Первая из них – вложение методологии выявления больных на показатели распространенности психических расстройств. Неоднородность методологических подходов и несопоставимость нозологических оценок, степень компетенции исследователей и их заинтересованность в выявлении тех или иных категорий больных, соответствующих целям исследования, обуславливает разную выявляемость и идентификацию больных (С.Ю. Циркни, 1987г.). Вторая причина – зависимость между организационной структурой психиатрической помощи и выявляемостью различных категорий больных (Т.В. Зозуля, В.Г. Ротштейн, А.Н. Сулицкий, 1994г.).

В последние годы возрастает интерес к охране психического здоровья в различных странах мира, так как данные о распространенности психических болезней подталкивают к этому.

J.P. Connaughton (1979г.) ссылаясь на предварительный доклад Президентской комиссии по психическому здоровью, отмечал, что 15% населения в каждый данный момент нуждается в какой-либо форме психиатрической помощи. Приблизительно 8% детей необходимо психиатрическое вмешательство, и для подростков эта цифра возрастает до 10%. Автор приводит данные L.Mosher (1975г.), который считает, что 2% американских граждан, рожденных в 1960 году, перенесут в течение жизни эпизод шизофрении. Суицид являлся 11-ой причиной смерти в США в 1974 году и ведущей причиной смерти среди подростков. Автор не склонен оптимистически оценивать изменение психической заболеваемости в ближайшее время. Он полагает, что, несмотря на увеличение средств

выделяемых на исследование и лечение данной патологии, будет возрастать число психически больных.

Аналогичные сведения приводятся в редакционной статье Американского журнала психиатрии за 1985 год (Editorial, 1985г.). Сообщается, что от 15% до 22% населения США страдает каким-либо душевным заболеванием или расстройством, 1% - шизофренией, 5% населения проявляют клинически выраженные симптомы тревоги, 10 млн. взрослых и 3 млн. детей злоупотребляют алкоголем.

Психическая болезненность, включая пограничные расстройства на уровне общей практики, составляет 20-30% случаев. Общая частота психосоциальных нарушений, согласно данным различных исследователей, может достигать 50% среди населения (А.С. Бронштейн, В.Л. Ривкин, 1995г.).

Современные эпидемиологические показатели распространенности психических расстройств в основном отражают статистические данные трех видов: госпитальной статистики, амбулаторных служб психиатрической помощи, в том числе общесоматической сети, сплошных исследований населения. Но, ни один из них не отражает истинной распространенности психических расстройств (В.Г. Ротштейн, А.Н. Богдан, В.П. Морозова, 1987г.).

Данные, так называемой, госпитальной статистики, т.е. сведения о больных, находившихся в стационарах, используются во многих странах и достаточно сопоставимы, но они касаются лишь 1,2% - 7,2% всех больных, имеющихся в населении (Frithan M.P. et al., 1990г.).

В бывших социалистических странах, где основной формой психиатрической помощи являлись диспансеры, сведения о числе психически больных в населении на самом деле отражали число больных, находившихся под диспансерным наблюдением. Сплошные обследования выборочных групп населения показали, что значительная часть больных (не только с относительно легкими психическими расстройствами, но и с тяжелыми психозами) остаются вне поля зрения диспансерной службы. Так было установлено (В.Г. Ротштейн, 1987г., Б.С. Положий, 1990г.), что только 10,6% - 18,6% из всех выявленных при сплошном обследовании психически больных состоят на учете в психоневрологических диспансерах.

Однако, в странах, где активное выявление больных не практикуется, в поле зрения психиатров оказывается еще меньшая их доля. В США, по данным семейных врачей, у 1/3 обслуживаемых пациентов обнаруживаются психические нарушения, но только 2-4% из них обращаются к психиатру (D.L.Langley, 1982г.).

В России и Казахстане, благодаря многолетним эпидемиологическим исследованиям психических расстройств, имеются подробные данные о больных, которые были выявлены психиатрической службой, особенно о больных, страдающих эндогенными психозами и психотическими расстройствами позднего возраста. Однако в настоящее время эти сведения

нельзя назвать удовлетворительными в связи с тем, что после реформирования системы диспансерного наблюдения часть пациентов выпала из поля зрения психиатров, и их дальнейшая судьба мало известна.

Наиболее исчерпывающие сведения о числе психически больных дают поголовные обследования населения, хотя и они не отражают истинной распространенности психических расстройств. В наибольшей степени, это связано с неоднозначностью диагностических критериев, используемых исследователями, принадлежащими к различным школам. Кроме того, серьезно расходятся оценки роли различных социальных факторов в выявляемости и структуре психических расстройств в различных слоях населения. Большинство исследователей отмечают заметное влияние культуральных (А.В. Жабленски, 1981, Ю.И. Беспалов, С.Э. Поляков и др., 1991, П.П. Балашов, 1996) и социальных (Ф.Р. Вуль, А.Д. Мишкинд и др., 1988, Г.В. Логинович, В.Ф. Лебедева, 1991; R.M. Hirschfeld, C.K. Cross, 1982; В.Е. Jones, В.А. Grey, 1986; W. Weyerer, H. Hafner, 1989) особенностей населения на этот показатель и даже на клиническую картину психических расстройств (С.Ю. Циркин, 1987).

Остается спорным вопрос о влиянии социально-экономического состояния общества на распространенность психических заболеваний. Ряд авторов (B. Carpinello, M.G. Gatta, N.A. Rudas, 1989; P. Hodiamont, N. Syben, 1987; D.M. Titz, 1985) считают, что высокие цифры распространенности психических расстройств среди безработных, лиц с низким уровнем образования и других малоимущих слоев населения связаны с неблагоприятными условиями жизни. Другие авторы (R.S. Furis, N.W. Dunham, 1939) - напротив, считают, что возникшее психическое расстройство может служить причиной неудовлетворительного социального положения (теория «социального дрейфа»).

С учетом изложенного, перейдем к более подробному рассмотрению общих тенденций распространенности психических расстройств. В большинстве стран мира в последней четверти XX века около 5-7%, по данным Б.Д. Петракова (1995г.) страдает психотическими и 15-23% - пограничными психическими расстройствами, т.е. 200,0 - 300,0 случаев на 1000 населения. В 15 экономически наиболее развитых странах при растущей выявляемости патологии за период в 93 года (1900-1993гг.) средневзвешенный среднегодовой показатель распространенности всех психических расстройств увеличился в 10 раз: с 30,4 до 303,7 в т.ч. психозов - с 7,4 до 28,3 (рост только в 3,8 раза), пограничных расстройств - с 9,6 до 205,3 (в 21,4 раза), из них неврозов и других невротических расстройств - с 2,4 до 148,1 (рост в 61,7 раза), алкоголизма - с 0,6 до 34,9 (в 58,2 раза), олигофрении - с 0,9 до 27,0 на 1000 населения (рост в 30 раз). На территории бывшего СССР, по данным выборочных исследований, за 1930-1991 годы показатель распространенности всех форм психических расстройств увеличился почти в 8 раз - с 37,3 до 298,4 на 1000 населения.

В Российской Федерации, по данным обобщенных более 500 выборочных исследований (Б.Д. Петраков, 1995), показатель распространенности всех психических расстройств за 1950-1993 годы возрос со 137,4 до 301,3 на 1000 населения. В том числе психозов – только с 16,5 до 28,1 (из них шизофрении – с 6,2 до 8,7) на 1000 населения, пограничных психических расстройств – с 87,1 до 237,0 на 1000 населения и т.д.

Собранный и проанализированный Б.Д. Петраковым (1995г.) материал выборочных исследований, проведенных более чем в 125 странах за 1950 – 1993 годы, показывает, что за эти годы показатель распространенности психической патологии возрос почти в 2,5 раза: со 116,7 до 284,0 случаев на 1000 населения. Из них пограничных психических расстройств – с 69,7 до 230,9, что составляет более 80% в структуре всех психических расстройств.

Автор делает вывод о том, что **ведущей закономерностью**, очевидно, является рост показателей выявляемости, распространенности и накопления психически больных в обществе, особенно в последней четверти XX столетия. Это характерно как для экономически развитых стран Запада, так и для развивающихся стран.

**Вторая закономерность** проявляется в низком уровне роста распространенности психозов (рост этого показателя почти за столетие составил только 3,87 раза) и высоким уровнем роста неврозов и других, пограничных расстройств (более чем в 60 раз).

**Третьей закономерностью** является наибольший подъем показателей распространенности психических расстройств в большинстве стран мира в последний период столетия, определяющийся преимущественно значительной выявляемостью непсихотических форм психических расстройств.

**Четвертая закономерность** определяется высоким ростом выявляемости хронического алкоголизма и наркоманий.

**Пятой закономерностью** является фактическая идентичность уровней распространенности психических расстройств как в экономически развитых странах, так и в странах Восточной Европы и Казахстане, особенно в 70-90-е годы, что отражает общечеловеческую (биосоциальную) почву психических расстройств и общемировые закономерности формирования во второй половине XX века хронического типа мировой патологии человека.

Приведенные выше результаты эпидемиологических выборочных исследований отличаются от тех результатов, которые были получены по госпитальной статистике, учитывающей наиболее тяжелый контингент больных. Показатель частоты психических расстройств в этих исследованиях очень низкий и составляет в развитых странах 1-3 человека на 1000 населения (H.Hafner, W.Heiden, 1982; R.Swadson, N.Quemada et al., 1979; P.Mink-Jorgesen, 1986).

В российской литературе результаты впервые проведенных крупномасштабных эпидемиологических исследований выборочных групп населения приведены в работах В.Г. Ротштейна (1977, 1987, 1995).

распространенность психической патологии по разным регионам страны, согласно полученным им данных, составила 5,2%. При сравнении с приведенными выше результатами, полученными в результате многочисленных исследований Б.Д. Петраковым (1995г.), число больных оказалось значительно ниже. Этот факт объясняется тем, что в тот период времени даже при осмотре населения, в понятие «психически больной» включались лишь случаи выраженной патологии, подлежащей учету в психоневрологическом диспансере. В более поздних публикациях регистр психических расстройств был пополнен более легкими психическими расстройствами, что, несомненно, сказалось на показателях их распространенности. Например, при активном выявлении нарушений психической деятельности в процессе комплексного осмотра пациентов городской поликлиники, распространенность психических расстройств составила 9,5% у мужчин и 13,3% у женщин (Г.В. Морозов, 1989). В соматическом стационаре психические отклонения выявлены у 40% больных (D.N.Anderson, R.M.Philpot, 1991; M.Porot, B.Duclaux et al., 1972).

Одним из новых источников выявления психически больных оказались сплошные исследования, проводимые многими психиатрами на производствах и в научных учреждениях (В.Г. Остроглизов, М.А. Лисина, 1990; Б.С. Положий, 1990; И.А. Потапкин, 1989, 1996; И.В. Филимонов, 1990). Распространенность психических расстройств, по данным перечисленных авторов, составляет от 188 до 270 на 1000 работающих. Из них на долю психических заболеваний приходится 13,7-18,6% случаев. Проявления легких быстропроходящих вариантов пограничных расстройств в виде извротических реакций составляли 718-868 случаев на 1000 работающих (И.В. Филимонов, 1990; А.К. Зиньковский, Р.Н. Виноградова, 1985).

Базисным материалом для определения путей дальнейшего развития и оптимизации деятельности специализированной помощи психически больным, а также профилактических мероприятий, могут служить данные о распространенности среди населения лиц не только с выраженной психической патологией, но и с потенциальным риском психического расстройства (А.А. Чуркин, 1990; R.Amiel, 1992). Исследований Г.В. Логинович и В.Ф. Лебедевой (1991г.) показали, что такие лица среди населения составляют 21%.

Кроме указанных выше категорий больных, наблюдавшихся диспансерной службой и выявленных при сплошных обследованиях, существует достаточно большая группа лиц, у которых отмечаются или имели место в прошлом психические отклонения, трудно относимые к какой-либо из диагностических рубрик. Оценить их количество значительно труднее, чем число явно больных. Экспертным путем отделом организации служб психического здоровья РАМН было установлено, что их количество составляет около 10% населения.

По данным А.А. Чуркина и Н.А. Твороговой (1994-2000гг.) в численности контингентов больных, наблюдавшихся диспансерами, и в динамике показателей учтенной заболеваемости и болезненности психическими расстройствами в период 1985-1998 годов произошли существенные перемены.

Наряду с уменьшением числа диспансерных больных, в период 1985-1998 годов, как бы параллельно, но в противоположном направлении, происходил рост числа больных, получавших лечебно-консультативную помощь.

По мнению А.А. Чуркина и Н.А. Твороговой (1994г.) значительные перемены в динамике показателей заболеваемости и болезненности психическими расстройствами, относившихся только к диспансерно наблюдавшимся больным, было обусловлено двумя моментами. Первым из них можно считать ввод в действие с 1988 года нового Положения об условиях и порядке оказания психиатрической помощи населению, содержащего рекомендации по более широкому оказанию всем нуждающимся консультативно-лечебной помощи по обращаемости, без взятия таких больных под диспансерное наблюдение. Вторым моментом, обусловившим снижение диспансерного контингента больных и способствовавшим активному формированию контингента консультативных больных, явился проведенный в 1988-1989 годах на 4-х территориях РФ и в Латвии организационный эксперимент по изменению принципов и порядка диспансерного динамического наблюдения и учета лиц с психическими расстройствами.

Переход к анализу распространенности отдельных нозологических форм, следует отметить, что основные группы шизофрении и других нозологических форм с тяжелыми психотическими расстройствами, а также заболевания, детерминированные преимущественно генетически, регистрируются в большинстве стран приблизительно с одинаковой частотой. Это обусловлено как природой болезни, так и достаточной сопоставимостью методов их клинической оценки в различных психиатрических школах. Кроме того, тяжесть клинических расстройств приводит к достаточной обращаемости заболевших за помощью (Т.В. Зозуля, В.Г. Ротштейн, А.Н. Сулицкий, 1994; Т.В. Зозуля, 1996). Что касается частоты непсихических форм психических расстройств, то они крайне противоречивы.

Наибольшее число публикаций касается вопросов о распространенности шизофрении (В.Г. Ротштейн, А.Н. Богдан, В.П. Морозова, 1987; Л.Д. Рахмазова, Н.А. Васильева, 1995; V.Anheluta et al., 1983; C.Faravelli, G.Incerpi, 1985; Z.Folnegovic et al., 1990; H.Hafner, 1979, 1987; И.-Г.Hwu et al., 1989; N.Sartorius, 1980, 1986; D.N.Williams, 1986). Интерес исследователей к данной нозологической группе обусловлен как высокой заболеваемостью, так и выраженностью психических нарушений, нередко приводящих к инвалидизации (Г.В. Логинович, А.В. Семке, 1995).

Показатель распространенности шизофрении на 1000 населения составляет в странах СНГ 3,5 - 9,6; в США - 0,3-10,0; в Великобритании - 0,2-6,0; в Германии - 0,3-7,0; в Скандинавских странах - 1,8-5,2; в развивающихся странах - 3,0-3,3. Недовыявление больных шизофренией происходит за счет благоприятно протекающих вариантов заболевания (В.Г. Ротштейн, 1997). По Российской Федерации среди больных, находящихся под диспансерным наблюдением, заболеваемость шизофренией (А.А. Чуркин, Н.А. Творогова, 1994) в 1992 году составила 14,3 на 100 тыс. населения. В структуре впервые выявленных под диспансерное наблюдение больных с психозами и состоянием слабоумия, доля больных шизофренией является самой высокой (41,3% в 1991г. и 41,0% в 1992г.).

При анализе данных распространенности аффективных психозов среди населения отмечается, что показатели распространенности аффективных заболеваний психотического уровня из разных источников более или менее сопоставимы и составляют от 0,2-0,5 до 0,6-0,9 на 1000 населения (C.Faravelli, G.Incerpi, 1985; R.E.Roberts, S.W.Vewmon, 1982; S.Weyver, H.Hafner, 1989; R.M.Hirschfeld, S.K.Crosse, 1982; L.N.Robins, J.E.Helzer et al., 1984; Е.В. Потапкина, Н.А. Корнетов и др., 1995; Т.И. Тимошенко, 1996). Аффективные расстройства пограничного уровня менее сопоставимы как в эпидемиологических показателях, так и в диагностическом плане (А.В. Семке, 1988; Н.А. Корнетов и др., 1996). При этом обращаемость таких лиц за психиатрической помощью крайне низка: 1 из 5 больных. В.Jones и B.Gray (1986) полагают, что во многих странах имеется гипердиагностика шизофрении и недостаточная диагностика аффективных расстройств.

Что касается психических расстройств позднего возраста, то их общая распространенность по сравнению с более молодыми возрастными группами выше, по данным разных авторов (С.И. Гаврилова, 1977; V.Angcluta et al., 1983; R.S.Bland et al., 1987; S.I.Finkel, 1978) от 15,0 до 35,6% лиц из населения страдают психическими нарушениями. По данным Т.В. Зозуля (1995, 1996) первичная обращаемость пожилых и стариков в психоневрологический кабинет территориальной общесоматической поликлиники за год в среднем составляет 43,5 на 1000 населения соответствующего возраста, в то время, как аналогичный показатель в психоневрологическом диспансере составляет 9,8. В целом по Российской Федерации, по данным А.А. Чуркина и Н.А. Твороговой (1994г.), среди больных диспансерного контингента заболеваемость психическими расстройствами инвалидного периода в 1992 году составила 12,8 на 100 тыс. населения, а болезненность - 84,0 на 100 тыс. населения.

Показатель болезненности эпилепсией в Российской Федерации, начиная с 1991 года, после 15-летнего периода стабилизации этих показателей, неуклонно увеличивается (Л.М. Асанова, В.Б. Голланд, 1995): с 246,2 в 1991 году до 259,9 на 100 тыс. населения в 1993 году. Этот процесс сопровождался и ростом величины показателя заболеваемости эпилепсией: с 22,8 в 1991 году до 27,5 на 100 тыс. населения в 1993 году.

Специального обсуждения заслуживает проблема распространенности психических расстройств непсихотического характера, в частности невротических. Это обусловлено ростом их числа во всем мире. По данным Б.Д. Петракова (1995) в большинстве стран мира за последние 25 лет 15-23% населения страдает психическими расстройствами непсихотического уровня. По Российской Федерации показатель распространенности пограничных расстройств возрос в 21,4 раза (с 9,6 до 205,3 на 1000 населения), из них неврозов и других невротических расстройств – в 6,7 раза (с 2,4 до 148,1 на 1000 населения). Публикуемая информация о распространенности неврозов отличается широким диапазоном показателей. По данным многочисленных авторов невротическими расстройствами страдают: в Западноевропейских и Скандинавских странах от 10,0 до 22,9% населения, в США – 7,6% мужского и 16,9% женского населения. Свои особенности имеет распространенность непсихотических расстройств в различных регионах Сибири и Дальнего Востока (В.Я. Семке, И.А. Артемьев, М.М. Аксенов, 1995; Е.М. Райзман, И.Р. Семкин, 1995). Болезненность психическими расстройствами непсихотического характера за десятилетие увеличилась на 42,3%. Динамика показателей заболеваемости также имеет тенденцию к росту: с 0,9 до 1,86 на 1000 населения (П.П. Балашов, Е.Н. Попова, А.В. Гычев, А.В. Данилец, 1996).

В целом при поголовном обследовании распространенность невротических расстройств составила 20-33% среди городского и 33,3-40% среди сельского населения (В.С. Фильк, 1989; Г.В. Логвинович, В.Ф. Лебедева, 1991; И.В. Колос, Ю.В. Назаренок, 1990; М.Н. Либерман, 1983).

По данным зарубежных авторов (H.-G.Hwu, E.-K.Chen, L.-J.Chang, 1989; N.Sartorius, 1986; Yu-Cin Shen, 1988), наиболее распространеными являются невроз страха и фобии, которые составляют примерно 20% всех неврозов. Ими страдают не менее 7,8-23,3% населения. Распространенность невроза наизнанки среди населения стран Западной Европы и США составляет от 0,6 до 1,9-3,3% (C.Faravelli, G.Incerpi, 1985; D.M.Turns, 1939; Ch.Luo et al., 1985; M.Kapto et al., 1988). Наиболее распространенным невротическим расстройством является неврастения, которой страдают 15,7%-41,9% населения (И.В. Колос, Ю.В. Назаренок, 1990; Ю.И. Беспалов, Н.М. Жильцова, 1990; К.Ш. Джуссангалиева, 1990). На первом месте – специфические синдромы и синдромы – 25,2% (51,9 на 100тыс. населения). Затем по убывающей идут такие формы, как «другие последствия органического поражения ЦНС» (24,7 на 100 тыс. населения), психосоматические расстройства (16,3 на 100 тыс. населения), психопатии (10,3 на 100 тыс. населения) и т.д. (А.А. Чуркин, Н.А. Творогова, 1994; В.Я. Семке, И.А. Артемьев, М.М. Аксенов, 1995; Н.А. Творогова, 1996).

Состояние и уровень психического здоровья детей характеризуют следующие факты. До 40% обследованных детей остро ощущают отсутствие или ограничение личной свободы в семье; 10% детей внушается ощущение собственной неполноты; 8% – навязаны мнения и поступки, явно не

соответствующие требованиям жизни. Многие семьи (родители) агрессивны в отношении детей и подростков (57%). При обследовании подростков психические расстройства выявляются от 27,8% [10] до 37% [11] или почти у 4% обследуемых [12]. Распространенность чисто депрессивных расстройств среди подростков по различным данным колеблется от 8,6% до 50% [13].

При исследовании всех возможных плоскостей сбора информации о распространенности психических и поведенческих расстройств по данным D.P.Goldberg, R.Huxley [14] выяснилось, что годовая болезненность по профилю психических и поведенческих расстройств в Манчестере равнялась 25% среди населения. При этом 23% выявления приходилось на врачей общей практики; 1,7% – психиатрические учреждения в целом; 0,6% – на психиатрические стационары. Сходные данные были получены H. Dilling, S. Weyerer [15] по Верхней Баварии. Здесь годовая болезненность равнялась 24,1%, при том, что выявление в звене врачей общей практики составило 21,4%, в психиатрических учреждениях – 1,9%, в психиатрических стационарах – 0,5%.

### 3. Распространенность отдельных психических расстройств

Несмотря на широкую распространенность расстройств личности среди популяции, диагностика их достаточно затруднительна [16; 17]. Из-за самой природы расстройств личности (например, хроническое течение, начало в детстве или юношестве, неизвестность точного времени возникновения) теоретически очень трудно оценить их частоту. В перспективном исследовании 5395 мужчин и женщин в Исландии, родившихся в 1895-1897 г.г. и доживших до 1977 г., ожидаемый уровень расстройств личности был вычислен на основании трех опросок, проведенных в 1957, 1971 и 1977 г.г. Ожидаемый уровень развития расстройств личности до 81 года жизни составил 5,2%, однако, этот показатель охватывает не только расстройства личности, но также и другие неспецифические расстройства, не соответствующие диагностическим критериям специфических категорий. К тому же на результат повлиял тот факт, что опрос проводился среди лиц не моложе 60 лет.

В работах, в которых диагностика расстройства личности базировалась только на неструктурированном клиническом опросе пациента или близкого лица, показатели распространенности варьируются от 0,1%, выявленного Lin и соавт. [19] на Тайване, до 9,8%, выявленных Langner и Michael [20] в манхэттенском исследовании в Нью-Йорке, США. Распространенность представляется более низкой среди населения развивающихся стран. Очень низкий уровень расстройств личности (0,01%) был обнаружен при государственном исследовании, проведенном в Китае [21].

В обзоре 20 эпидемиологических исследований расстройств личности, проведенных в психиатрических учреждениях Европы и Северной Америки с 1950г., R. Neugebauer и соавт. [22] обнаружили, что средний уровень

распространенности расстройств личности равен 7%, однако их исследование включало данные об алкогольной зависимости и наркомании. Наконец, в обзоре эпидемиологических работ, проведенных в Латинской Америке Levav I и соавт. [23], распространенность заболевания варьировалась от 3,4 (Коста Рика) до 10,7% (Перу).

W. Maier и соавт. [24] исследовали группу из 109 семей в Германии с целью выявления расстройств личности в течение жизни. Среди 447 опрошенных обнаружен уровень расстройств личности (10,3%), сходный с описанными в других исследованиях. Частота для мужчин и женщин составила соответственно 9,9 и 10,5%, при этом у молодых она оказалась выше, чем у лиц старшего возраста.

Casey и Tugteg [25] в группе из 200 городских и сельских жителей Великобритании, у 26 (13%) выявили расстройства личности. Среди них наиболее характерным был эксплозивный тип. Различий по распространенности между городским и сельским населением, между мужчинами и женщинами не отмечено. В группе населения из 235 взрослых, исследованных с помощью ДОРЛ, у 26 (11,1%) были диагностированы расстройства личности. [26]. Среди них оказалось 12 (46%) мужчин, причем 14 (54%) состояли в браке. Средний возраст больных составлял 45,8 лет. При оценке возрастного и полового распределения было показано, что черты шизоидного типа не изменяются с возрастом, тогда как черты драматического и тревожного типов заметно связаны с возрастом. Наиболее выражены личностные черты у женщин в возрасте 31-40 лет, у мужчин 18-30.

В исследовании Zittemann и Sogucu [27] с использованием «Структурированного опросника для определения расстройств личности» в соответствии с ДСТР-Ш (СОРЛ) и ДООЛ были опрошены 697 родственников психически больных лиц и контрольные здоровые лица. По критериям СОРЛ больше пациентов получили диагноз расстройства личности, чем в соответствии с ДООЛ (13,5 и 10,3%). По СОРЛ чаще всего ставили диагноз антисоциального и пассивно-агрессивного расстройства личности, тогда как по схеме ДООЛ расстройства личности относились к зависимому типу. Авторы пришли к заключению, что опросники и беседы имеют низкую степень соответствия, и что сам способ оценки может значительно повлиять на показатели распространенности расстройства, выявляемые при отсутствии его точного определения и надежных внешних признаков.

С точки зрения социально-демографических характеристик лиц с расстройствами личности, они чаще выявлялись среди городского населения и в группах с низким социально-экономическим статусом, чаще у молодых людей, проявляя тенденцию к некоторому снижению в старших возрастных группах. Различия в распространенности расстройства личности в зависимости от пола следует рассматривать отдельно для конкретных типов расстройства личности, однако они стираются при оценке общего показателя, который примерно одинаков для обоих полов.

Распространенность расстройств личности среди тех, кто обращается в медицинские учреждения, в частности, в учреждения первичной медико-санитарной помощи, изучена мало. Некоторые исследователи включают расстройства личности в более широкие диагностические категории, например, неврозы, поэтому выделить показатели распространенности расстройств личности невозможно.

Kessel [28] обнаружил, что врачи общей практики среди проконсультированных больных в 5% диагностировали патологические изменения личности. В более широком исследовании Shepherd и соавт. [29] зарегистрировали аналогичные показатели с преобладанием психической патологии у мужчин.

В другом исследовании [30], проведенном среди 2743 пациентов, проконсультированных врачом общей практики на протяжении 12 мес., выявлена 7% распространенность психических заболеваний. В 8,9% случаев, диагностированных врачами общей практики, и в 6,4% случаев, диагностированных в ходе опроса в качестве психической патологии, расстройства личности были первичным диагнозом, а 33,9% пациентов были признаны страдающими расстройствами личности при применении СОЛ. Наиболее часто отмечались эксплозивные расстройства личности, и этот диагноз ассоциировался с тревожными состояниями. При последующем наблюдении в течение 3 лет у 80% лиц из первоначальной выборки среди страдающих расстройствами личности отмечались большая частота заболеваемости, большее количество контактов со всеми уровнями психиатрических служб и больший уровень потребления психотропных средств.

A.H. Mann и соавт. [30] обнаружили, что из 87 пациентов, которым врачи общей практики поставили диагноз непсихотических расстройств и которые затем были обследованы с помощью «Схемы клинического опроса» (СКО) и «Стандартизированного определения личности» (СОЛ), у 52 отмечались особенности, характерные для расстройства личности. Из них у 31 пациента была зарегистрирована патология личности.

В рамках исследований в Верхней Баварии было оценено состояние 1274 пациентов, посещавших 18 врачей общей практики; из них 32% были признаны страдающими тем или иным психическим расстройством; при этом в 26% случаев диагноз был поставлен согласно заключению общепрактикующего врача [31]. Всего у 9,4% выявленных больных (т.е. 3,3% первоначальной выборки) констатировали расстройства личности. Процент заболеваемости среди мужчин был выше (11,8%), чем среди женщин (8,1%).

В исследовании Smith и соавт. [32] 118 пациентов с соматическими расстройствами были проверены на наличие антисоциального расстройства личности. Среди них 8% женщин и 25% мужчин оказались страдающими антисоциальным РЛ. Для сравнения отмечается, что этот показатель в общей популяции составил соответственно 0,5-1,5% и 3,9-5,9.

Перечисленные исследования показывают, что у 5-8%, обращающихся в

учреждения первичной медико-санитарной помощи врачи общей практики ставят первичный диагноз расстройства личности. При этом среди мужчин распространенность выше, чем среди женщин. Указывается также на то, что при некоторых расстройствах личности люди особенно часто обращаются за медицинской помощью.

Изучение распространенности отдельных форм расстройств личности явилось целью многих исследований.

Распространенность параноидного расстройства личности была изучена Leighton [33] и Michael [34], которые опубликовали существенно различающиеся данные – соответственно 0,03 и 28,4%. Reich и соавт. [26] и Zimmerman и Coryell [27] выявили сопоставимые результаты (0,4-0,8%), тогда как Maier и соавт. [24] констатировали несколько более высокий показатель (1,8%). С другой стороны, Bagot и соавт. [35] обнаружили значительно более высокую распространенность параноидных расстройств личности у родственников пробандов с хронической шизофренией (7,3%), чем у родственников лиц из контрольной группы (2,7%). По данным авторов это расстройство более часто встречается в группах с низким социально-экономическим статусом.

Langner и Michael [20] обнаружили очень высокую распространенность шизоидных расстройств личности (15,2%). Однако гораздо более низкие показатели (0,4-0,9%) были приведены Maier и соавт. [24]. Показатели, полученные при применении одинаковых методов, таких, как ДООП, имеют сходства, несмотря на различия в характеристиках и размерах выборок и в числе полученных ответов. В исследовании Bagot и соавт. [33] шизотипическое расстройство личности встречалось значительно чаще среди родственников пробандов с хронической шизофренией (14,6%), чем среди родственников здоровых лиц в контрольной группе (2,1%). Этот результат предполагает дополнительный аргумент в пользу наличия специфической взаимосвязи между шизофреническими нарушениями и шизотипическим расстройством личности.

Robins и Regier [34] исследовали распространенность антисоциальных расстройств личности в течение 1 мес., 6 мес. и пожизненно. При этом ее уровень различался соответственно 0,5, 1,2 и 2,6% с колебаниями результатов, полученных на протяжении жизни, от 2,1 до 3,4% [35]. Среди мужчин показатель был значительно выше (4,5%), чем среди женщин (0,8%), вне зависимости от возраста или этнических групп. Диссоциальное расстройство наиболее распространено в возрасте около 45 лет, горожан и лиц, не окончивших высшие учебные заведения. Средняя продолжительность расстройства равнялась 19 годам. Менее половины группы имело криминальное прошлое, в 94% случаев встречались затруднения при трудоустройстве, в 85% – насилие, в 67% – серьезные проблемы в семейных отношениях. В довершение всего 84% группы принимали наркотические вещества, у многих обнаружена связь этого расстройства личности с шизофренией и манией [34].

В эпидемиологическом исследовании психических заболеваний, проводившемся в Новой Зеландии, распространенность антисоциальных расстройств личности, определяемых за 6 мес. и в течение жизни среди 1498 лиц 18-64 лет, составила соответственно 0,9 и 3,1%. Заболевание чаще встречалось среди мужчин, чем среди женщин (1,3% против 0,5% при определении за 6 мес. и 4,2% против 0,5% при определении в течение жизни). Однако эти различия не имеют статистической значимости. В эдмонтонском исследовании 3258 произвольно взятых взрослых лиц были интервьюированы с применением СДО [35]. При этом распространенность, по их данным, составила в течение жизни 33,8%. Соответствующий показатель для антисоциального расстройства личности оказался равным 3,7% (6,5% среди мужчин и 0,8% среди женщин). Максимальная распространенность характерна для возрастной группы 18-34 лет, а также яловых, отцеленных и разведенных лиц.

Распространенность антисоциальных расстройств личности на Тайване были сравнительно ниже – от 0,03% в сельской местности до 0,14% в метрополии Тайбэй [36]. Но Kinzie и соавт. [37], соответствующий показатель равен 0,8%. Он получен при обследовании 131 взрослого жителя индейской деревни в западной части Америки.

В исследовании, проведенном Коедел и соавт. [38] среди 328 бездомных лиц, проживающих в Лос-Анджелесе показатель антисоциального расстройства личности в течение жизни составил 20,8% против 4,7%, обнаруженных в лосанджелесской группе, включенной в исследование эпидемиологической программы Европейского региона (обследовано 3055 человек) [34]. Соотношение риска заболевания антисоциальным расстройством личности среди бездомных по сравнению с группой эпидемиологической программы Европейского региона составило 4,4. Эти различия оказались еще более выраженным, когда рассматривалась распространенность за шестимесячный период: показатель в группе бездомных составил 17,4%, а в группе эпидемиологической программы Европейского региона – 0,8%. Таким образом, относительный риск составил 21,8%.

Суммируя изложенное, можно сказать, что распространенность антисоциального расстройства личности постоянно составляет 3% среди населения в целом и чаще встречается у мужчин, чем у женщин (при соотношении от 2:1 до 7:1). Это состояние характерно для взрослых людей молодого возраста, для городских жителей и для групп с низким социально-экономическим уровнем. Среди лиц с антисоциальным расстройством личности отмечается высокий уровень алкоголизма [39;40].

Пограничные расстройства личности изучались Weissman и Myers [41]. Авторы зарегистрировали распространенность этой патологии в Нью-Хейвене (США) в группе из 511 взрослых лиц, равную лишь 0,2%. Однако их оценка была одномоментной, а не на протяжении жизни, чем можно объяснить столь невысокий показатель. Swartz и соавт. [42] обнаружили

пограничные расстройства личности у 1,8% среди 1540 человек взрослого (19-55 лет) населения в районе Дюк в рамках эпидемиологической программы Европейского региона. Пограничное расстройство личности более характерно для женщин и вдовых лиц или неженатых. Высокий показатель обнаруживался среди небелой молодежи и среди городских жителей с низким социально-экономическим статусом. Максимальная распространенность обнаружена у 19-34-летних со снижением показателя по мере увеличения возраста. Пограничное расстройство личности тесно ассоциируется с трудностями в семейных взаимоотношениях, физической недееспособностью, сложностями в трудоустройстве, алкоголизмом, сексуальными и психологическими проблемами.

Часть психиатров отмечает, что пограничные расстройства личности более свойственны женщинам, чем мужчинам [43;44]. Однако, несколько крупных исследований не выявили существенных различий в распространенности расстройств по половому признаку [45; 46].

В исследовании, проведенном Leighton [31], 2,2% взрослого населения из числа «эмоционально нестабильных» лиц было признано страдающим истероидным расстройством личности, причем его распространенность среди женщин была вдвое выше, чем у мужчин. Аналогичные данные (1,3-3%) были опубликованы Maier и соавт. [24], Nestadt и соавт. [47].

Исследование Nestadt в соавт. [47], проведенное в рамках эпидемиологической программы Европейского региона в Балтиморе, было направлено на уточнение распространенности истероидного расстройства личности. Авторы обнаружили 2,2% страдающих им среди населения в целом, 2,1 и 2,2% соответственно среди мужчин и женщин. Распространенность случаев среди лиц одиноких и разведенных была значительно выше, чем у состоящих в браке. К тому же 17% женщин с истероидным расстройством личности также страдали депрессией и расстройством. В группе лиц с истероидным расстройством личности частота суицидальных попыток была выше, а обращаемость за медицинской помощью в четыре раза больше, чем среди страдающих неистероидным расстройством личности или среди населения в целом.

Багоп и соавт. [33] среди родственников здоровых лиц контрольной группы не обнаружили ни одного случая уклоняющегося расстройства личности. В манхэттенском исследовании 2,5% обследованных были признаны страдающими пассивно-зависимыми расстройством личности [20]. Оно более характерно для женщин, чем для мужчин (приблизительное соотношение 3:1). В исследовании, проведенном в графстве Стерлинг, 0,9% из отобранный группы продемонстрировали пассивно-агрессивный или пассивно-зависимый паттерны поведения [31].

Депрессия – одна из самых частых патологических форм встречающихся в медицинской практике [49;50;51;52;53;54]. Она бывает различной интенсивности: от тяжелой с бредом до относительно неглубоких, но субъективно неприятных состояний. Н. Kaplan, B. Sadoek [55] считают, что

различными видами депрессий в течение жизни могут заболеть 10% мужчин и 20% женщин. Ежегодно депрессивные расстройства диагностируются не менее, чем у 200 млн. человек. Весьма пессимистичны оценки тенденций их распространенности. С 5% в 1991 г. депрессии распространились на 11,8% населения в мире в 1992 г. и на 17% – в 1994 г. А.П. Чуприков, Г.Я. Пилигина [56] считают, что, в отличие от других видов психопатологических нарушений, депрессивные состояния в 40% случаев не диагностируются. Прежде всего, это касается депрессий непсихотического уровня, поскольку у таких больных аффективная патология часто манифестирует сомато-вегетативной симптоматикой неврозоподобного характера, и большинство из них наблюдаются врачами-интернистами. Специальное исследование, проведенное в середине 90-х годов в г. Москве, показало, что у 68% больных, обращавшихся в районную поликлинику, имелись явные признаки депрессии. Таким образом, по распространенности депрессии занимают третье место после артериальной гипертензии и гриппа. При этом направленность диагностики на следствие без учета причины, когда вторичные сомато-вегетативные проявления формируются на основе аффективных психопатологических нарушений, приводит к утяжелению и хронизации психической патологии. Наиболее опасным является то, что недиагностированные и нелеченные адекватные депрессивные расстройства в ряде случаев заканчиваются самоубийством больных [56].

Распространенность депрессий в разные периоды оценивалась по-разному [57; 58; 59; 60; 61].

По данным П.Пиши [62] этот показатель сейчас равен 6%, т.е. 6% взрослого населения страдают данным расстройством. В 1982 г. Boyd и Weissman дали обзор 9 эпидемиологических исследований, выполненных в 1957-1979 гг. в Англии и США на общей взрослой популяции. Частоту распространенности (*point prevalence*) клинически значимых симптомов депрессии они определили величиной 13-20% (среднее 15%). Она оказалась более высокой у женщин. Эти половые различия могут быть истинными, но они могут отражать и то обстоятельство, что женщины с большей готовностью вообще высказывают те или иные жалобы.

В 1986 г. было выполнено большое эпидемиологическое исследование на общей французской популяции по специальному анкете, основанной на самооценке обследуемых лицом своего состояния путем регистрации наличия соответствующих расстройств. Обследовалась группа населения старше 18 лет, достаточно типичная для Франции по половому и возрастному составу, культурному и профессиональному уровню, а также месту проживания (город, село). Общая частота (распространенность) депрессивных симптомов оказалась равной 10,4%. Интересные данные получились при рассмотрении связи частоты депрессии по возрасту, полу с социально-культурным уровнем обследованных. В возрасте 18-44 лет средний показатель болезненности был 5,5% без различий по полу и возрасту внутри этой возрастной группы. Здесь соответствующие кривые у мужчин и

женщин идут практически параллельно, но после 45 лет частота депрессий начинает возрастать быстрее у женщин, и к 65 годам она у них составляет 30%, а у мужчин – 20%. В подгруппе обследованных с низким уровнем образования показатели распространенности симптомов депрессии были достоверно выше, чем у более высокообразованной части населения.

Что касается клинических эпидемиологических исследований, где речь идет не о регистрации симптомов, а о диагностике болезни, то их результаты в связи с разными диагностическими подходами трудносопоставимы. В 1982 г. Boyd и Weissman дали обзор 22 таких работ по «небиполярной депрессии» и 5 по «биполярной депрессии». Используемый рядом авторов термин «небиполярная депрессия», по-видимому, эквивалентен «большой депрессии» в DSM-III, хотя иногда, видимо, в группу «небиполярных» депрессий исследователи включали депрессии «невротические», «депрессивные личностные расстройства» и др. Поэтому различия в соответствующих данных столь велики. Наиболее ценными из этой группы исследований являются американские работы (цит. по Пишо). Опубликованные к настоящему времени результаты основаны на обследовании 10000 лиц. У них выявлялись большие депрессивные эпизоды («большая депрессия») и «дизфилка», по терминологии, принятой в DSM-III. Обобщая эти данные, можно сделать следующее заключение:

- распространенность (6-месячная болезненность) расстройств депрессивного круга (большая депрессия и дистимия) – 6%;
- соответственно на долю большой депрессии приходится 3%, дистимии – 3%;
- распространенность большой депрессии в течение жизни (life prevalence), как и следовало ожидать, выше – 5,4% (вместо 3% по показателю 6-мопн prevalence).

Были обнаружены также некоторые корреляции с полом и возрастом. Отношение частоты расстройств (большая депрессия и дистимия) у мужчин и женщин 1:2 во всех возрастах (4% у мужчин и 8% у женщин по 6-месячным данным). По мере увеличения возраста частота депрессии увеличивается, а затем падает: 18-24 года – 5,5%, 25-44 года – 7,8%, 45-64 года – 5,7%, старше 65 лет – 2,3%.

Изложенные данные позволяют сделать вывод, что 5-6% общего населения имеют те или иные проявления депрессии. Но, конечно, лишь немногие из этих лиц попадают к психиатру, большая же часть лечится у врачей общего профиля. Сами эти врачи (например, во Франции, П. Пишо) [62] считают, что депрессивные проявления имеют 8% их пациентов, а с учетом тревоги – 9%, а с учетом и всех других психических отклонений – до 83%.

Симптомы тревоги являются одними из самых распространенных расстройств и проявляются как на невротическом, личностном так и психотическом уровне [63]. Данные о распространенности отдельных тревожных расстройств в течение жизни варьируют в разных исследованиях

в зависимости от критериев и объема выборки. По данным W.W. Eaton [64], 1975 почти 75% жителей США переживает один или более эпизодов необоснованного страха, паники или общей нервозности. Наиболее часто встречаются фобические расстройства, объединяющие агорафобию, социальную и специфическую фобию – от 7% до 13% обследованных [65; 66] генерализованные тревожные расстройства по данным тех же авторов выявляются у 5% населения.

По данным R. Kielholz и C. Adams [67] эти цифры значительно ниже. Примерно 1% населения испытывает переживания тревоги. Другие авторы считают, что тревогой поражены от 3 до 6% всей популяций.

С учетом принятой в настоящее время дифференциации распространенность генерализованного тревожного расстройства – от 2,5 до 6,4%, агорафобии – от 2,5 до 5,8%. T. Bronisch [68], 1990, J.S. Kantor [69], 1980; V. Lehtinen [70], 1989.

Вместе с тем исследования последних лет убедительно показали, что сам по себе термин «тревога» является скорее сборным понятием, служащим для обозначения гетерогенной группы расстройств, которые различаются между собой как по клинико-психиатрическим характеристикам, так и по методам биологической терапии [71].

Вопрос о классификации и типологии тревоги в настоящее время представляется достаточно сложным и запутанным [72; 73; 74; 75]. Это следует уже из того, что в различных классификационно-диагностических системах приводятся отличающиеся друг от друга принципы построения систематики тревоги. В качестве примера можно сослаться на классификацию тревожных расстройств в МКБ-10 и американской системе DSM-III-R.

В МКБ-10 классификация тревожных расстройств является более простой и включает две основные группы расстройств, выделенные с учетом преобладающей симптоматики, фобические расстройства и другие тревожные расстройства. Наряду с этим как самостоятельная группа выделяются реакции на стрессовые события и расстройства адаптации.

В свою очередь каждая из групп распадается на более частые подтипы расстройств. Так, фобические расстройства разделяются на агорафобию, социальную фобию и специфическую изолированную фобию. Группа тревожных расстройств состоит из панических расстройств, генерализованных тревожных расстройств и смешанного тревожно-депрессивного расстройства.

Американская система DSM-III-R отличается от МКБ-10, поскольку в нее на разных правах входят 7 частных вариантов тревожно-фобических состояний и не предпринято попыток выделить более укрупненные группы. Существенной особенностью DSM-III-R является и то, что паническим расстройствам придается более важное значение [54; 72; 76]. Наряду с этим предусмотрены случаи сочетания симптоматики тревожного и фобического круга. На конец, в качестве одного из вариантов тревожных расстройств

выделяется обсессивно-компульсивное расстройство, которое соответствует понятию «невроз навязчивости» в отечественной психиатрии. Расстройства этого подтипа нет в МКБ-10 в рубрике тревожных расстройств.

Несмотря на то, что эти две системы имеют много общего, остаются нерешенными некоторые вопросы. Так, неясно, где проходит граница группы тревожных расстройств и по какому принципу следует классифицировать отдельные варианты в пределах этой группы [54; 76].

Известно, что собственно тревожные состояния часто сочетаются с депрессией, в результате чего точную границу группы тревожных расстройств очертить трудно [77; 78; 79; 80; 81; 82]. Так, при выраженной, тяжелой симптоматике диагностика не представляет затруднений. И, наоборот, при так называемых пограничных случаях тревоги и депрессии их разграничение представляет значительные трудности. Это касается клинико-феноменологических особенностей. Так, по данным М. Нэйттона [78], при диагнозе «тревожное состояние» у 81% больных наблюдаются расстройства синдрома и у 83% – собственно депрессивная симптоматика. У больных депрессиями частота встречаемости тревожной симптоматики еще выше и составляет 96%. Ажитация при этом встречается у 61-72% больных.

В пользу «перекрытия» тревожных и депрессивных расстройств говорят и данные генетических исследований. Так, при изучении семей больных, страдающих паническими расстройствами, установлено повышение частоты депрессии среди их родственников [82].

Многие больные с хроническим состоянием тревоги переживают короткие депрессивные эпизоды, которые налагаются на симптоматику тревоги либо даже предшествуют ей. Необходимо отметить, что у этих больных, как правило, не наблюдаются двигательная заторможенность и суицидальные мысли, что может указывать на небольшую глубину депрессивного расстройства [78; 81]. Это в свою очередь обосновывает включение смешанного тревожно-депрессивного расстройства в рубрику тревожных расстройств в готовящемся проекте МКБ-10.

Имеются также указания на то, что среди родственников больных неврозом навязчивостей довольно часто наблюдаются тревожные неврозы [83].

Необходимо подчеркнуть, что катамнестические исследования не смогли продемонстрировать переход невроза навязчивостей в тревожный невроз, хотя симптоматика тревоги при первом из них встречалась довольно часто. Таким образом, если генетические связи между тревожными и депрессивными расстройствами не вызывают сомнений, то этого нельзя с определенностью сказать в отношении тревожных и обсессивных состояний. Поэтому вопрос о том, правомерно ли рассматривать обсессивные расстройства в рамках группы тревожных расстройств (как это сделано в DSM-III-R), остается открытым.

В настоящее время в структуре тревожного синдрома принято выделять 3 основных компонента [84]:

- 1) субъективные переживания, обусловленные собственно тревожной симптоматикой, т. е. симптом тревоги в собственном смысле;
- 2) поведение избегания, т. е. фобический компонент;
- 3) вегетативную симптоматику.

Сочетание между этими составляющими может носить различный характер, что, в конечном счете, и предопределяет все многообразие тревожных состояний.

До настоящего времени, несмотря на многочисленные исследования в этом направлении, ведутся дискуссии по поводу диагностики панических приступов [85; 86; 87; 88]. Диагноз приступа паники правомерен лишь тогда, когда в наличии имеется не менее 4-х из вегетативных расстройств (одышка; головокружение, слабость; сердцебиение, тахикардия; трепор; потоотделение; ощущение удушья или нехватки воздуха; тошнота, дискомфорт в желудке; деперсонализация, дереализация; парестезии и т.д.) [72; 73; 74, ] и когда они возникают совершенно внезапно для больного и не провоцируются внешней стрессовой ситуацией. Такие диагностические критерии с одной стороны значительно сужают границы диагностики, поскольку приступы тревоги провоцируются чаще всего внутренним неосознаваемым конфликтом и пусковым механизмом их могут быть и внешние причины, а с другой, расширяют, поскольку многие соматоформные расстройства сопровождаются выраженной тревогой, которая может быть оценена как приступ паники.

Диагностические критерии генерализованного тревожного расстройства по утверждению многих авторов менее четкие, чем критерии ПП [72; 89]. Считают, что длительность перманентного тревожного эпизода при генерализованных тревожных расстройствах должна составлять не менее 1 месяца. Наряду с этим должны отсутствовать признаки, характерные для других типов тревожных расстройств.

Согласно системе DSM-III-R, к диагностическим критериям генерализованного тревожного расстройства относятся признаки моторного напряжения, вегетативной гиперактивности, так называемые понятные для больного ожидания в связи с тревогой, состояние чрезмерной активности, бдительности и зрительной поисковой активности [72]. В некоторых исследованиях была установлена малая надежность диагностических критерии генерализованного тревожного расстройства [72; 91], вследствие чего диагноз этого варианта тревожных расстройств может быть скорее установлен после исключения других диагностических возможностей [72; 74]. В связи с этим полагают, что генерализованное тревожное расстройство – это гетерогенная группа состояний и не является изолированной единицей: В этом плане заслуживает упоминания мнение об отсутствии четких границ между диффузной тревогой в рамках генерализованных тревожных расстройств и невротической (дистимической) депрессией. В то же время

некоторые авторы полагают, что больные с генерализованными тревожными расстройствами отличаются меньшим участием вегетативной симптоматики, более ранним и более постепенным началом заболевания и более благоприятным прогнозом. Отмечают, что между приступами паники и генерализованными тревожными расстройствами существует причинная связь (4 у 94% больных с приступами паники в дальнейшем развивается генерализованное тревожное расстройство).

Как уже указывалось, обсессивно-компульсивное расстройство соответствует понятию «невроз наиважнейший» в отечественной психиатрии. Клинические характеристики обсессивно-компульсивного расстройства хорошо известны. Следует подчеркнуть, что симптоматика наиважнейшей в ряде случаев, хотя и далеко не всегда, сочетается с симптоматикой тревоги [65; 92]. В то же время некоторые больные с приступами паники испытывают обсессивные переживания, которых оказывается недостаточно, чтобы однозначно диагностировать обсессивно-компульсивное расстройство [70; 72]. При диагностике обсессивно-компульсивного расстройства следует обращать внимание на дисфорический характер тревоги.

Под агорафобией в современной литературе понимают группу психопатологических феноменов с ведущей фобической симптоматикой, развивающейся в ответ на приступы паники [72; 93]. В пользу правомерности рассмотрения агорафобии в структуре тревожных расстройств говорит тот факт, что данное психопатологическое состояние никогда не возникало без предшествующих приступов паники [93; 94], хотя некоторые авторы и допускают возможность этого [72]. Агорафобия не имеет четких различий со специфической фобией, поскольку в качестве специфической ситуации может выступать и страх открытых помещений и т.д.

Под социальной фобией понимают боязнь каких-либо социальных функций, например публичных выступлений и др. [96]. Различные варианты социальной фобии в отличие от агорафобии, как правило, не сопровождаются паническими атаками. При агорафобии состояние паники возникает вне связи с социальными ситуациями, событиями. В этом заключается отличительная особенность социальной фобии.

В последние годы значительно возрос интерес к изучению психопатологических проявлений, протекающих в форме различных соматических функциональных расстройств.

Современная трактовка психосоматической патологии не отличается в сравнении с первыми [97; 98; 99; 100; ] конкретизацией этиологии, а скорее наоборот. Так, психосоматическая патология означает органические расстройства, в генезе и эволюции которых усматривается преобладающее участие психологических факторов. J. Rejkowski [101] считает, что связь между эмоциями и деятельностью внутренних органов иногда приводит к изменениям патологического характера.

Приближение психиатрической помощи к населению и повышение качественности соматического обследования привели к уточнению границ функциональной патологии, в результате чего значимость последней оказалась существенно большей, чем это можно было предположить. Так, по данным, полученным при не выборочной совместной соматической и психиатрической диспансеризации сотрудников одного из крупных промышленных предприятий (1991-1995 г.г.), распространенность такого рода расстройств составила 280 на 1000 населения [102]. Как известно, разного рода псевдосоматические расстройства, в которых выражаются те или иные психические нарушения, с давних пор описывались в рамках астенических, истерических, ипохондрических и некоторых иных проявлений. В последнее десятилетие предпринимаются попытки интегрированного рассмотрения этих расстройств. Н.М. Жариков, В.Я. Гинцбург [102] подчеркивают, что особенно важно учитывать, что возникновение соматоформных расстройств определяется не только психогенезиями. Последние имеют место в 66,1% случаев, а в других определяющими факторами являются соматическая ослабленность (17,5%), переутомление (49,2%), профессиональные вредности (24,9%), семейное неблагополучие (35,2%), причем чаще имеет место не один фактор, а их сочетание.

При сбывании дифференцированности наблюдений психических и психосоматических нарушений подготовленными специалистами, были обследованы представительные группы населения в Нью-Йорке и в Канаде [102]. Обнаружено существенное преобладание психосоматических симптомов в нижних слоях населения по сравнению со средним и высшим слоями. Отмечена связь частоты соматических жалоб и симптомов с социальными кризисами внутри данной общины. Впрочем, остается открытым вопрос, не отмечают ли чаще представители низших слоев населения плохое самочувствие в виде соматических ощущений. Наиболее часто психосоматические жалобы в канадских опросах были связаны с желудочно-кишечным трактом, затем следовали жалобы на нарушения деятельности дыхательной и сердечно-сосудистой систем, головную боль.

Результаты этих эпидемиологических исследований подтверждают более ранние наблюдения американских психиатров и социологов [103], которые также отметили более частые соматические жалобы среди больных, принадлежащих к низшим слоям населения и находящихся на психотерапевтическом лечении. В то время как уровень конфликтов в высших классах касался в основном душевных переживаний, у низших слоев это были чаще конфликты и трудности, связанные с отношениями на работе, в семье и с соседями. Установлена так же зависимость тенденций соматизации от пола и возраста, но не от образовательного уровня населения.

По данным национальной комиссии по исследованию расстройств сна в США – до 36% взрослого населения имеют проблемы с нарушением сна. В результате этого до 40 тыс. человек в год умирает только по этой причине.

250 тыс. человек получают травмы, засыпая за рулем [104]. Население Австрии при проведении эпидемиологических исследований в 14% случаев отмечает неудовлетворенность своим сном [105]. В Японии 18,7% мужчин и 20,3% женщин имеют выраженные проблемы со сном. А 11,7% населения – постоянные нарушения сна [106].

#### 4. Распространение психических и поведенческих расстройств на территории постсоветского пространства

По данным А.А. Чуркина, Н.А. Твороговой [107], с 1993 по 2003 г.г. уровень заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации повысился в целом и у всех рассматриваемых категорий больных (мужчин, женщин, городских и сельских жителей), причем темпы роста и прироста были близки между собой (приросты были в пределах 19-24%). При этом выросли уровни заболеваемости психозами и слабоумием и непсихотическими расстройствами (приросты в пределах 20-28%). В группе с психозами и слабоумием увеличилась заболеваемость шизофренией, но совсем незначительно (на 3,5%). Заболеваемость умственной отсталостью увеличилась только у мужчин и у сельских жителей, причем у последних прирост был значительным (в 1,4 раза). Снизились уровни заболеваемости эпилепсией с психическими расстройствами и с непсихотическими расстройствами у всех категорий больных, также снизилась заболеваемость умственной отсталостью у женщин и у городских жителей, причем снижение было за счет уменьшения заболеваемости легкой умственной отсталости. Заболеваемость другими формами умственной отсталости увеличилась у всех категорий больных, но особенно высок был ее рост у мужчин и сельских жителей (в 1,3 раза).

У мужчин показатели заболеваемости оказались выше общих показателей по всем выделенным диагностическим рубрикам. У женщин все показатели заболеваемости были меньше общих показателей. У женщин также все показатели заболеваемости были значительно меньше уровней заболеваемости мужчин, за исключением психозов и слабоумия, уровни заболеваемости которыми у мужчин и женщин оказались очень близки.

В диагностических структурах больных мужчин и женщин преобладают больные с непсихотическими расстройствами (примерно 71-75%), но существуют заметные различия в долях больных с психозами и слабоумием и умственной отсталостью: у мужчин немногим меньше, чем у женщин, доля больных с психозами и слабоумием и значительно выше доля больных с умственной отсталостью, при этом у мужчин почти равны доли первые диагностированных с психозами и слабоумием и умственной отсталостью. У женщин доля больных с психозами и слабоумием существенно выше доли больных с умственной отсталостью.

У городских жителей по сравнению с сельскими жителями значительно выше уровни заболеваемости психическими расстройствами (в 1,4 раза), психозами и слабоумием (в 1,7 раза), шизофренией (в 1,5 раза), непсихотическими расстройствами (в 1,8 раза). Несколько ниже, чем у сельских жителей, заболеваемость эпилепсией с п/с и с н/р, но незначительно. Заболеваемость же умственной отсталостью у сельских жителей существенно больше, чем у городских (умственная отсталость в целом и легкой умственной отсталости – в 2,9 раза, другими формами умственной отсталости – больше в 2,5 раза).

У городских жителей в динамике с 1993 по 2003 г.г. увеличились уровни заболеваемости психическими расстройствами, психозами и слабоумием, шизофренией, непсихотическими расстройствами, другими формами умственной отсталости, а снизилась заболеваемость эпилепсией с п/с и н/р и умственной отсталостью, включая легкую умственную отсталость. У сельских жителей, кроме эпилепсии с п/с и н/р, возросли уровни заболеваемости психическими расстройствами в целом и по всем другим диагностическим рубрикам, но особенно высоким был рост заболеваемости умственной отсталостью (в 1,35-1,37 раза).

Диагностические структуры больных городских и сельских жителей весьма различаются: у городских жителей наиболее высокая доля приходится на больных с непсихотическими расстройствами (при четверти всех больных), на втором месте – больные с психозами и слабоумием и на третьем – с умственной отсталостью, причем доля больных с психозами и слабоумием в 2,6 раза выше доли больных с умственной отсталостью; у сельских жителей тоже на первом месте больные с непсихотическими расстройствами, но доля их заметно меньше, чем у городских (несколько больше половины всех больных); на втором месте – больные с умственной отсталостью и на третьем – с психозами и слабоумием, но доля больных с умственной отсталостью больше доли больных с психозами и слабоумием в 1,9 раз.

В других исследованиях, изучающих распространенность психических и поведенческих расстройств с использованием всех возможных информационных источников было показано, что распространенность основных форм психических заболеваний среди детей и подростков в Российской Федерации к 2000 году достигла 15% в детском и 20-25% в подростковом населении [107]. По данным Ю.В. Первовой [108], от 2 до 3% трудных детей при обследовании обнаруживают признаки минимальной мозговой дисфункции. Исследования И.В. Макарова [109] показывают устойчивый рост болезненности по психотическим расстройствам у детей в городской популяции (0,87 на 1000). В результате проведенных исследований Н.М. Иовчук, Г.З. Батыгиной [110] пришли к заключению, что в школьной подростковой популяции распространенность депрессии составляет 19%. Исследования, проводимые в отдельных регионах РФ, с выраженным экологическим неблагополучием показывают более чем

существенный уровень распространенности первично-психической патологии среди подросткового населения – 72,5% в регионе Восточного Забайкалья [111]. По результатам исследований лиц доизрывающего возраста выясняются факты наличия психических и поведенческих расстройств у 10-14% от общего количества. При этом умственная отсталость выявляется в 39-40% случаев, органические психические расстройства – в 23-24% случаев, невротическое развитие личности и посттравматические стрессовые расстройства – в 17-18% и расстройства личности в 8-9% случаев [112]. В исследованиях, проведенных Н.Д. Букреевой [113] по изучению показателей распространенности психических и поведенческих расстройств в условиях крупного промышленного города (Кемерово), было выявлено, что наиболее высокие показатели болезненности отмечаются у лиц мужского пола и подростков. В группе подростков они на 27% превышают аналогичные показатели у взрослых и в 1,4 раза у мальчиков до 14 лет. По данным Н.М. Жарикова, В.Я. Гиндинкина, психические отклонения различной степени выраженности отмечаются у 52,5% взрослого населения и 95,5% контингента общесоматических поликлиник [114]. По данным М.Н. Богдан [115], для женщин, обращающихся в связи с имеющимися у них расстройствами пограничного уровня в кабинеты общесоматических поликлиник, составляет 80,9%. В исследованиях Н.М. Жарикова, А.Е. Иванова и др. [116] сообщается о росте распространенности самоубийств как среди общего населения, так и среди психически больных отмечаемого в начале 90-х годов в Российской Федерации. По данным В.Я. Гиндинкина [117], Ю.А. Александровский [118], Ф.И. Белялова [119], О.Ф. Ерышева, А.М. Спринца [120] от 60 до 80% лиц с психическими и поведенческими расстройствами не охвачены активностью действующих служб психического здоровья и получают симптоматическое лечение в общесоматических поликлиниках.

## 5. Распространение психических и поведенческих расстройств в Республике Казахстан

О структуре болезненности и заболеваемости по профилю психических и поведенческих расстройств можно судить по историческим обзорам развития психиатрии в Казахстане, из которых следует, что в начале прошлого века на первом месте стояли острые бредовые расстройства, делириозные расстройства сознания, симптоматические психические расстройства в результате инфекционных заболеваний [121]. Особенности системы мониторинга психических и поведенческих расстройств, используемой в Республике Казахстан до настоящего времени, позволяли учитывать сведения о болезненности и заболеваемости по данному профилю лишь из одного источника – психиатрических учреждений Республики [122]. Полноценный анализ динамики официальных статистических данных в целом, отражал ситуацию в сфере болезненности и заболеваемости наиболее

тяжелыми формами психической патологии. В тоже время нельзя не учитывать социально-экономические факторы, в той или иной степени, отражающиеся на активности служб психического здоровья. Так, в Республике Казахстан в период 1990-1996 г.г. снизились показатели болезненности непсихотическими психическими расстройствами (в 1,3 раза). В 1992 году отмечалось общее снижение показателей болезненности и заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами по РК в целом. Однако такой «провал» обусловлен социально-экономическими сложностями, ник которых пришелся именно на данный период времени [123; 124]. Те же самые тенденции, но только еще в более отчетливо обозначенной динамике, можно проследить в отношении показателей заболеваемости по профилю психических и поведенческих расстройств. Более поздними исследованиями [125] была показана неравновесная динамика показателей первичной и общей болезненности по профилю общих психозов, в том числе аффективных психозов и шизофрении за период 1992-2002 г.г. В этот же период отмечался стабильный рост распространенности органических психических расстройств, рост умственной отсталости, а также отчетливая динамика роста по профилю психических и поведенческих расстройств, начинаяющихся в детском и подростковом возрасте.

В последние годы в Республике Казахстан сравнительно более интенсивно изучался вопрос о распространенности органических психических расстройств. В частности, Б.Н. Айтбекетом, Н.И. Расиповой, А.А. Меркуловой [126] установлено, что темп прироста заболеваемости органическими психическими расстройствами по Жамбылской области в 2002 году в сравнении с 1997 годом составил 372,1%. Такая же динамика, но несколько менее интенсивная была характерна для Южного региона Республики Казахстан в целом [127]. В работах М.Б. Едигеновой, Р.К. Сандымбаевой было показано, что среди сотрудников МВД по Костанайской области, при сплошном исследовании наличие органических психических расстройств той или иной степени выраженности в структуре общих расстройств пограничного уровня составила 34% [128]. В исследованиях Б.С. Владимирова было показано, что доля органических психических расстройств возрастает в экологически неблагоприятных районах, прилегающих к Семипалатинскому ядерному полигону [129].

Распространенность невротических расстройств изучал М.А. Асимов в аспекте генерализованных тревожных и соматоформных расстройств в амбулаторной практике. В частности, указывалось, что соматоформные расстройства чаще встречаются у женщин при общей заболеваемости 1-2%. В то же время генерализованное тревожное расстройство чаще встречается у мужчин, и среди пациентов общесоматических учреждений такие расстройства встречаются 3-14% случаев [130]. Распространенность невротических расстройств в разных этнических группах городского населения Казахстана изучал К.Т. Сарсенбаев [131]. В частности, были показаны более высокие уровни распространенности данной патологии для

славянской группы (2,04 на 100 тысяч населения) и других этнических групп (1,6 на 100 тысяч населения) в сравнении с коренной национальностью (0,82 на 100 тысяч населения). Исследования, проведенные нами, в различных группах населения выявили значительный уровень (от 1,3% до 7,94%) распространения социальной фобии или отдельных признаков данного расстройства [132].

Нами было установлено, что в период 1990-1999 показатель суицидов на 100 тыс. населения возрос с 19,3% до 26,8% [133]. Региональный аспект данной проблемы исследовался А.П. Негай, Р.О. Сарсоловой, А.С. Алкесовой, М.А. Дон [134] по Кзылординской области; Т.Б. Оспан, Т.Р. Байхановой, Ж.С. Жолдыбаевой [135] по г. Экибастузу; В.И. Беда, Г.Н. Башинской [136] по г. Астане; Н.А. Черепановой, Т.Ж. Насыровой и др. [137] по г. Усть-Каменогорск. Во всех случаях была отмечена возрастающая динамика показателя суицидов, что свидетельствует о неблагоприятных тенденциях в сфере психического и психологического здоровья в РК.

Проблема психологического здоровья населения Республики Казахстан освещалась в публикациях А.Л. Каткова [138], Ю.А. Россинский, О.В. Россинская, Б.Ж. Нуралиев [140] пришли к выводу об устойчивой взаимосвязи некоторых характеристик психологического здоровья с агрессивными и злоречивыми формами поведения у подростков мужского пола. В наших публикациях исследовались различные аспекты распределения уровней психологического здоровья населения среди различных возрастных и гендерных групп [141; 142].

Результаты исследования Р.А. Абзаловой показывают, что среди пациентов звена первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) чувство одиночества испытывают 18%, трудности в общении с окружающими - 12%, испытывают нужду в коррекции психосоматических расстройств - 10%, обращаются в связи с суицидальными мыслями и попытками суицида - 2% [142].

Целью данного исследования являлось выявление клинико-эпидемиологических закономерностей распространенности, особенностей структуры психических расстройств и их динамики среди различных социальных и этнических групп населения Республики Казахстан и, на этой основе, разработка рекомендаций по совершенствованию оказания им психиатрической помощи.

Выбор материалов исследования определился тем обстоятельством, что к настоящему времени остается мало изученной связь социально-экономических и этнокультуральных факторов с такими важными показателями здоровья населения, как распространенность и заболеваемость психическими расстройствами (истинные и зарегистрированные), а также их синдромальное наполнение в различных социальных и этнических группах.

Для проведения исследования были выбраны два источника первичного материала:

- 1) статистические сведения за 2000-2006 годы о болезненности и заболеваемости психическими расстройствами по Республике Казахстан в целом и ее территориям;
- 2) данные собственных клинико-эпидемиологических исследований - всего было обследовано 3553 человека. В качестве основных методов исследования применялись: клинико-статистический, клинико-эпидемиологический, социально-демографический, математико-статистический.

Распределение обследованных больных по возрастам в известной степени отражало частоту обращения к исследователям той или возрастной группы за время сбора первичного исследовательского материала.

В каждой из обследованных групп около трети всех пациентов представляли больные в возрасте до 20 лет. Несмотря на некоторый сдвиг пропорций в сторону более молодого возраста, распределения долей во всех трех группах примерно одинаковые и достоверных различий между ними не выявлено ( $p=0,15$ ). Поскольку такое распределение в целом отражало социально-демографическую картину обращающихся за психиатрической помощью больных в обследованных районах, полученные в ходе исследований результаты можно экспонировать на соответствующие субпопуляции.

Клиническая оценка психического состояния обследуемых проводилась нами согласно критериям МКБ-10.

Проведенный клинико-статистический анализ показал, что в Республике Казахстан в 2006г. показатель заболеваемости психическими расстройствами составил 143,5 на 100тыс. населения. По сравнению с уровнем заболеваемости в Российской Федерации он оказался меньше в 2,4 раза. Меньше аналогичных уровней заболеваемости в РФ оказались в Республике Казахстан и все другие показатели заболеваемости.

В 20 территориях Республики Казахстан вариабельность в уровнях заболеваемости психическими расстройствами была довольно высокой - максимальный и минимальный уровни заболеваемости различались в 7,9 раза. Закономерно, что наименьшая вариабельность имела место в группе психозов и состояний слабоумия.

Все максимальные и минимальные уровни заболеваемости в Республике Казахстан меньше соответствующих уровней в Российской Федерации, но расхождения в минимальных уровнях в основном меньше, чем расхождения в максимальных уровнях.

На крайних полюсах в Республике Казахстан по общему показателю заболеваемости психическими расстройствами, с одной стороны, находятся Костанайская, Карагандинская и Павлодарская области (в этих территориях показатели выше республиканского уровня в 1,5-2,5 раза); с другой стороны, находятся 6 областей - Алматинская, Атырауская, Мангистауская,

Жезказганская, Жамбыльская, Южно-Казахстанская (в них уровни заболеваемости меньше в 2,1-3,2 раза). Возрастание уровней заболеваемости, если их рассматривать в географическом аспекте, идет как бы в направлении с юга на север и с запада на восток.

Ранговые распределения территорий по величине показателей заболеваемости всеми психическими расстройствами и в том числе по величине показателей заболеваемости по отдельным группам расстройства, в основном, не совпадают. Такие различия в ранговых распределениях достаточно наглядно выявляют особенности в заболеваемости по тем или иным группам расстройств из тех или иных территориях.

При рассмотрении динамики показателей заболеваемости по Республике Казахстан в целом и по отдельным территориям по одногодичным интервалам выявлено: после спада по большинству территорий уровней заболеваемости в 1991-1994гг. опять же по большинству территорий в 1995-1996гг. начался новый подъем уровней заболеваемости, особенно это заметно по группам психозов и состояний слияния и шизофрении. Схожая картина наблюдалась в Российской Федерации, только в РФ спад был более коротким (в 1991-1992гг.).

В результате сложившейся динамики показателей заболеваемости примерно в половине территорий произошло сближение уровней заболеваемости с республиканскими уровнями.

Различий в показателях болезненности психическими расстройствами по 20 территориям Республики Казахстан гораздо меньше, чем при сравнении показателей заболеваемости, что вполне закономерно. Они относительно не высоки: по всем психическим расстройствам максимальный и минимальный уровни болезненности различались всего в 3,2 раза.

В динамике за 6-летний период в Республике Казахстан снизились все показатели болезненности психическими расстройствами, в том числе они снизились по всем группам расстройств в 18 территориях. По Республике в целом показатели болезненности снизились: по общему показателю болезненности снижение было в 1,2 раза, по другим группам расстройств снижение было в 1,1-1,3 раза. Но при анализе погодовой динамики показателей болезненности психическими расстройствами повторилась примерно та же картина, что и при анализе динамики заболеваемости: заметный рост показателей болезненности в большинстве территорий в 1991г. По сравнению с 1990г., затем значительное падение уровней болезненности в 1992г. По сравнению с 1991г. После этого «обвала» в последующие годы начался рост показателей болезненности психическими расстройствами, который все же не перекрыл «обвала» и потому в целом за период с 1990 по 1996гг. в Республике Казахстан и в большинстве территорий показатели болезненности психическими расстройствами снизились.

В результате сложившейся динамики показателей болезненности примерно в половине территорий произошло усиление расхождений между

территориальными и республиканскими уровнями болезненности по всем группам расстройств.

На основе показателей болезненности и заболеваемости психическими расстройствами в Республике Казахстан, имевших место в 1990-1997гг. нами были построены прогнозы. Для прогноза применены два метода – экстраполяция с использованием линейного тренда (уравнения прямой) и экстраполяция с использованием среднегодовых темпов роста. Для прогноза заболеваемости применен метод расчета показателей заболеваемости с использованием удельного веса больных впервые в жизни с установленным диагнозом в общем контингенте больных. Результаты прогнозирования оказались следующими: болезненность возрастет с 1721,6 в 1997г. до 1904,7 на 100 тысяч человек населения в 2005г., то есть увеличится на 10,6%; заболеваемость возрастет соответственно с 146,5 до 161,9 на 100 тысяч человек населения, или на 10,5%.

Учитывая то обстоятельство, что территории, в которых мы обследовали больных, различаются по своему социо-культурному статусу, социо-демографические и этнокультуральные особенности психически больных мы рассматривали отдельно по территориям экологического бедствия и контрольной территории. При регистрации психически больных существенное значение на показатели болезненности и заболеваемости психическими расстройствами оказывает ряд социальных факторов. С одной стороны, исследования основных из этих факторов позволяют прогнозировать объем и характер специализированной психиатрической помощи в конкретном регионе. С другой – по косвенным признакам можно предполагать объемы не зарегистрированных случаев расстройств психики и поведения.

Среди множества социальных факторов, прежде всего, это пропорции городского и сельского населения. Совершенно очевидно, что в случае, если психически больной проживает в городе, психиатрическая помощь для него более доступна, чем для сельского жителя. Более того, городские условия в большей степени способствуют «выталкиванию из поверхности» лиц, страдающих той или иной психической патологией.

В силу перечисленных объективных и субъективных обстоятельств, о которых мы упомянули выше, сельские жители к нам обращались реже. В этой связи, их представительство было незначительно. Однако, в данном случае, это не могло не сказаться на окончательных результатах исследования, поскольку моделировалась реальная ситуация обращения больных за психиатрической помощью. Более того, именно углубленный анализ реальной социально-демографической модели может позволить в дальнейшем более адекватно моделировать и внедрять походы к лечебно-профилактической работе.

Важным фактором, который оказывается решающим в том, как люди относятся к собственному здоровью, является уровень образования. Он же нередко соответствует уровням адаптации больных при разных

заболеваниях. Большая часть обследованных нами больных имела среднее или средне-специальное образование.

Одним из существенных признаков уровня и качества социальной адаптации является трудоспособность пациента вообще и сфера его профессиональной деятельности в частности. Еще большее значение это приобретает при анализе групп больных, объединенных по этническому признаку, поскольку может отражать качество социальной жизни этноса в целом. В связи с этим, нами было проанализировано распределение групп обследованных больных по сфере их профессиональной деятельности. Прежде всего, обращает на себя внимание, что среди казахов значительно преобладали неработающие. Причем, наиболее социально дезадаптированы больные-казахи в Приаралье, если учесть общую социальную ситуацию в этом регионе и предположить, что у психически больных разные возможности устройства на работу. Однако, сопоставляя этот факт с результатами анализа образовательного уровня обследованных нами пациентов, заключение о значительной степени трудовой дезадаптации психически больных Приаралья становится более убедительным.

Уровень социальной адаптации психически больных тесно связан с бытовыми условиями. Бытовая устроенность душевнобольного, домашняя обстановка может в значительной степени (как положительно, так и отрицательно) влиять на его психическое состояние. В этой связи, нами были собраны сведения о жизненных условиях и семейном положении больных. Группы больных во всех обследованных территориях существенно отличаются в категории « проживает у родителей » по этническому признаку. Большая часть пациентов – казахов, проживают вместе с родителями или с другими родственниками, т.е. в казахских семьях психически больные чаще находятся под опекой родителей и родственников.

При анализе распределения обследованных пациентов по семейному положению обращает на себя внимание относительно большое число разведенных славян в основных группах. Вместе с тем в основных группах доли казахов, не состоявших в браке, значительно превышали по этой категории доли славян.

Одним из биологических факторов, который может обуславливать возникновение генетически детерминированных психических расстройств является родственный характер брака. В нашем исследовании, мы не встретили среди обследованных пациентов браков с родными братьями и сестрами. Однако нами выявлено определенное число больных, состоящих в браке с двоюродными братьями и сестрами, или с родственниками более отдаленного родства. Доля родственных браков среди казахского населения во всех группах была достоверно выше, чем аналогичные показатели среди славянского населения.

В семейных отношениях, которые, так или иначе, могут влиять на психическое здоровье, одной из существенных характеристик является ролевая позиция супружеств. Во всех группах наши пациенты с

незначительным долевым преимуществом отдавали ведущую роль в семейных отношениях мужу.

Численность семьи, в том числе количество детей, наряду с прочими характеристиками, часто играет существенную роль в социальном статусе психически больных. Для психически больных большое количество детей является неблагоприятным признаком его социального положения. Среди обследованных нами пациентов, не имеющие детей составили большую часть. При этом среди казахов во всех основных группах этот показатель превышал аналогичный у славян.

Изучение ряда характеристик микросоциальной сферы пациентов, включало ряд вопросов о воспитании детей. В частности нас интересовал вопрос о взаимоотношении членов семей, относящихся к разным возрастным группам, так называемой возрастной иерархии в семьях. Так для казахских семей наиболее характерно подчиненное положение младших. Для славян доминирующим свойством оказалось « индифферентное отношение ».

Приоритет тех или иных ценностей в обществе формирует массовое сознание. Довольно большая часть пациентов не смогли определиться по одной из предлагавшихся нами категорий (нередко это было невозможно по психическому состоянию больного). Доля таких пациентов колебалась от 33% до 55% и наибольшие из них наблюдались в казахских группах. Пациенты – казахи весьма заметно отличались от остальных групп тем, что ведущей ценностью для них было общественное признание. Такие результаты могут в известной степени соответствовать структуре психопатологии обследованных в Приаралье пациентов – казахов, у которых в клинике психических расстройств присутствовало немало патохарактерологических включений конверсионного типа. Характеризуя в целом обследованные группы, можно утверждать, что нами не было обнаружено какой-либо характерной социальной ценности для этнической группы или группы по территориальному признаку.

Одним из основных феноменов этно-психологического уровня реагирования является отношение к своей и другим национальностям. Процессы, происходящие в настоящее время в нашем обществе – непростая экономическая ситуация, потеря идеалов и моральных ценностей, рост национального самосознания и, параллельно, национализма – отражаются на состоянии психического здоровья населения. Эти социальные явления могут оказывать как прямое негативное влияние на людей, вызывая стрессовые расстройства, так и косвенно воздействовать через массовое сознание на этнопсихопатологический уровень реагирования. В последнем случае могут возникать патологические формы поведения, содержащие элементы агрессии, направленной на людей «не своего» этноса.

Большая часть обследованных нами больных во всех группах определили отношение к своей национальности как равной среди прочих, и в целом это отражает ситуацию межэтнического мира в стране. Однако нельзя не обратить внимание, что среди славян доли в этой категории несколько

выше, чем у казахов. Чувство национальной неполноценности испытывало небольшое число больных, и эти показатели не оказывали существенного влияния на результаты анализа, равно как и не определившиеся по этому вопросу больные.

В изучении жизни современного общества, тем более – межэтнических отношений, нельзя обойти различные вопросы религии. Возможные проблемы межэтнических отношений в Республике Казахстан могут быть тесно связаны с отношениями между религиозными конфессиями – исламом и христианством (православием). Вместе с тем, изучая наших пациентов, мы наблюдали взаимное этно-религиозное влияние, о чём будет сказано ниже. Распределение обследованных нами больных по отношению к религии показало, что во всех группах для верующих составляла не менее четверти от числа больных в группе. Рассматривая данные о вероисповедании, мы еще раз убедились, что длительное совместное проживание двух разных во многих отношениях этнических групп приводит к взаимопроникновению культур. Примечательным можно считать то обстоятельство, что у больных – казахов в основных группах нами наблюдалось довольно причудливое смешение мусульманских и православных религиозных взглядов (синcretизм). Принадлежность к той или иной религиозной конфессии не вполне характеризует характер религиозности того или иного человека. Мнение о том, что мусульмане более ортодоксальны, чем христиане, не всегда находит свое подтверждение и, скорее всего, ошибочно. Анализируя собственные данные, мы проверили гипотезу связи различных форм религиозности с общей культуральной ситуацией в том или ином регионе. Все формы выражения религиозности мы разделяли на три категории: точное соблюдение установленных для данной конфессии религиозных обрядов, верование «в душе» и обращение к религии лишь в критических ситуациях. Для большей части обследованных нами пациентов была характерна достаточно высокая степень религиозности, если судить об этом по форме ее выражения.

Общественное психическое здоровье является индикатором интеллектуального и нравственного состояния общества, его духовного потенциала [1,2]. В настоящее время 450 миллионов человек в мире страдает психическими расстройствами. В том числе 160 миллионов – депрессивными расстройствами, 70 миллионов – алкоголизмом, 50 миллионов – эпилепсией, 24 миллиона шизофренией. В каждой из четырех семей есть, по крайней мере, один человек, который страдает в данное время от психического расстройства. Ежегодно в мире один миллион человек заканчивает жизнь самоубийством, 20 миллионов человек совершают суицидальные попытки, что также в значительной степени связано с психическими расстройствами [3].

Министрами здравоохранения государств-членов Европейского региона ВОЗ одобрен и принят Европейский план действий по охране психического здоровья. Согласно этому плану, необходимо способствовать

более широкому осознанию важного значения психического благополучия, осуществлять совместные действия, направленные на борьбу со стигматизацией, дискриминацией и неравенством, лиц с психическими расстройствами, расширять права и возможности, как пациентов, так и членов их семей, разрабатывать и внедрять комплексные, интегрированные и эффективные системы охраны психического здоровья, обеспечить удовлетворение потребностей в квалифицированном персонале [4].

В мировой литературе определение понятия «психического здоровья» принадлежит К. Менингер (1946), – это удовлетворенность, ощущение счастья, уравновешенный темперамент, интеллектуальность и «примерное» социальное поведение [5].

Т. Парсонс психическое здоровье определил как состояние оптимальной работоспособности индивида в смысле эффективного выполнения ролей и задач, соответствующих его социальному статусу [6].

В России психическое здоровье, по В.П. Белоку, А.В. Шмакову, определяется как полноценная жизнедеятельность человека с присущими ему видовыми и индивидуальными биологическими, психологическими и социальными функциями [7].

Термин «психологического здоровья» впервые появился в 50-х годах XX столетия. При употреблении данного термина особое значение придается качественным (психологическим) характеристикам психики индивида. С.Р. Rogers указывал, что психологическое здоровье удовлетворяет критериям полностью функционирующей личности с тремя признаками такой самодостаточности: открытость для собственного опыта, жизнь в соответствии с экзистенциальными принципами и доверие к собственным решениям и действиям [8]. По мнению R. Bastine, особых различий между психическим и психологическим здоровьем не существует [9].

Однако, как бихевиоральные, так и экзистенциально-гуманистическое (интегральное) направления не дают полного определения понятия «психологического здоровья». Большая дискуссия по этому вопросу ведется и среди российских исследователей (Горинов В.В., Александровский Ю.А., Мицук В.А.) [10,11,12].

По мнению И.В. Дубровиной, если термин «психическое здоровье» имеет отношение к отдельным психическим процессам, то «психологическое здоровье» относится к личности в целом [13]. В связи со сложностью определения данной категории, психологическое здоровье определяется как «социально-психологический климат» и как «менталитет». Менталитет, по мнению автора, заключается в когнитивной сфере. Базой менталитета являются: верования, знания и представления об окружающем мире. При изучении психологического здоровья индивида имеет значение изучение общественного психологического здоровья и психологического здоровья семьи.

К середине XX века сформировалось направление, в наибольшей степени отличающее задачам исследований в сфере психического здоровья –

эпидемиология психических заболеваний, и был разработан его концептуальный и методологический аппарат [14-26]. В условиях социальной и экономической нестабильности эпидемиологические исследования позволяют выявить факторы, способствующие формированию психических нарушений, что крайне важно как для клинической, так и для социальной и организационной психиатрии [27,28]. Эпидемиологические методы позволяют получить основные представления о частоте психических расстройств и численности больных, о популяционных закономерностях течения болезней, и о клинико-демографической структуре лиц, нуждающихся в определенной психиатрической помощи. [29-32].

Эпидемиологические исследования в большинстве случаев основываются на результатах обследований географически определенных популяций. В качестве географически определенных популяций значительное место в проводимых эпидемиологических исследованиях отводится городским популяциям [33].

При выборе методов исследований для сопоставления эпидемиологических показателей созданы оценочные шкалы, диагностические модели, стандартизованные опросники, унифицированные глоссарии [34-36]. Основной задачей диагностических опросников является выявление психических расстройств и определение уровней нарушения психического здоровья. Многими авторами предлагается проведение оценки психического здоровья населения с позиций «социально-психологического» исследования [37-40]. Такой подход оправдан при разработке психогигиенических и психопрофилактических программ [41]. На основании этих исследований С.Б. Семичевым были выделены 7 групп психического здоровья:

- 1) без отклонений от нормы;
- 2) типологическая норма;
- 3) потенциально повышенный риск;
- 4) психическая дезадаптация непатологическая;
- 5) предболезненные психические расстройства;
- 6) вероятно болезненное состояние;
- 7) верифицированная болезнь [42,43].

Изучение факторов, способствующих развитию и распространению психических и поведенческих расстройств, выявляет прямую зависимость с такими показателями как бедность, пол, возраст, конфликты, несчастья, основные физические заболевания, семейное и социальное окружение.

Судить о наличии психического здоровья можно лишь по его обеспечивающим критериям. Одним из самых важных критериев является феномен адаптации, который определяется равновесным и неравновесным состоянием личности. Высокий уровень психического развития определяется большими адаптационными возможностями человека [44].

Актуальность вопроса адаптации человека к реальным условиям существования резко возросла в последние годы, в связи с тем, что

социально-психологическая ситуация привела к «ломке» общественного сознания и смене жизненных ориентиров десятков миллионов людей. Развивающиеся массовые проявления состояний психоэмоционального перенапряжения и психической дезадаптации, по существу, явились коллективной травмой, естественной "экспериментальной моделью" социально-стрессовых расстройств постсоветского пространства.

По данным эпидемиологического исследования 2003 года [45-46] уровень распространения гипертрофированных реакций психологической адаптации в группе населения в возрасте 12-55 лет составляет 17,5%. При этом в качестве основного стрессогенного фактора выступают: межличностные конфликты (47%), внутриличностные конфликты (20%), социальные конфликты (12%), сложные конфликты (21%), что также следует учитывать в соответствующих психопрофилактических и консультативных программах.

Целесообразным является изучение наиболее важных медико-социальных и психологических проблем функционирования индивида и психической адаптации личности к условиям окружающей среды, в частности, к ее социальному компоненту с позиции субъектного подхода, который становится все более актуальным для всего цикла наук о человеке. Данные проблемы имеются во всех слоях общества и во всех возрастных категориях. Адаптироваться к окружающей среде человек вынужден уже с рождения [47-48].

В настоящее время отмечается значительный рост заболеваемости психическими расстройствами, связанными с нарушением адаптации: неврозами, психосоматическими заболеваниями и соматоформными расстройствами. Индивидуальное нарушение психофизиологических механизмов адаптации приобрело колоссальное значение в трансформации соматических заболеваний, оно стало одним из ведущих механизмов прогредиентного течения сердечно-сосудистых, желудочно-кишечных и других видов патологии, превратилось в основной фактор риска внезапной смерти.

Адаптация человека к условиям жизни и профессиональной деятельности всегда привлекала внимание врачей и психологов. Однако до сих пор теоретические и практические разработки по указанной теме носили прикладной характер, осуществлялись в рамках спортивной, космической медицины и программ определения профессиональной пригодности человека к той или иной деятельности [49].

Несмотря на широкую распространенность дезадаптации, социально-стрессовые расстройства часто не диагностируются врачами и остаются вне поля зрения специалистов, способных оказать психологическую помощь и поддержку (психолога, педагога, социального работника).

Пограничные психические расстройства являются весьма распространенными видами патологии. Несмотря на значительные усилия, направленные на профилактику и лечение этих нарушений, их количество

остается достаточно большим, а рост заболеваемости по некоторым данным становится одной из важнейших общенациональных проблем.

Исследования психологического фактора традиционно сосредоточены на анализе роли личностных особенностей в возникновении и течении заболеваний или изучении влияния интра- и интерлических конфликтов на особенности невротических проявлений. В значительно меньшей степени известны закономерности формирования субъективных переживаний пациентов, факторов, влияющих на их удовлетворенность или неудовлетворенность конкретными условиями существования и жизнью в целом.

Вместе с тем такие знания необходимы, особенно при оказании практической помощи лицам с психическими расстройствами, поскольку именно они способны обеспечить правильные ориентиры для психотерапевтической, социальной и реабилитационной работы с больными, равно как и оптимальное распределение имеющихся терапевтических ресурсов.

Одним из важных аспектов проблемы психического здоровья является изучение качества жизни у лиц с психическими и поведенческими расстройствами в разные возрастные периоды их жизни, в частности в отношении инвалидизирующими заболеваниями в детско-подростковом и позднем возрасте [3].

Исследования показывают, что именно в данной сфере концентрируются основные угрожающие признаки деструктивности, дефицитарности [50].

Понятие «качество жизни» появилось в 60-х годах прошлого столетия вначале в рамках социологических научных направлений. Тогда оно рассматривалось как характеристика степени удовлетворенности духовными, интеллектуальными, культуральными, эстетическими и другими потребностями людей [51]. В литературе первое определение качества жизни было «гармонией внутри человека и между человеком и миром», - то, что обозначалось как «функциональное состояние» и «средовые жизненные условия» на современном научном языке [52]. ВОЗ предлагает понимать под качеством жизни «восприятие людьми своего положения в контексте культуральных ценностных ориентаций и в соответствии с их целями, ожиданиями, стандартами и заботами». При этом показатели качества жизни могут быть субъективными, и в то же время их дефиниции разнообразные в зависимости от задач и целей исследователей [53].

Интерес к этнокультуральным исследованиям в психиатрии, отмечающийся в последние десятилетия, частично можно объяснить преобладанием в современной теории психиатрии позиций о комплексной - биоэтическо-социальной природе психических расстройств [54-61]. В этой связи особое внимание исследователей привлекают условия, в которых оказывается больной, к примеру, после выписки из стационара и находясь на

амбулаторном лечении. Становится очевидным, что система отношений больной-врач является недостаточной для достижения основных целей психиатрической службы - восстановление доболезненного уровня социального функционирования пациента. Ведущим фактором, влияющим на эффективность третичной профилактики, является оптимум системы отношений врач - больной - микросоциальное окружение, и при этом врач далеко не всегда является неотъемлемым компонентом этой системы. Именно от взаимоотношений больного и его микросоциального окружения зависит стойкость достигнутого врачом терапевтического результата, соответственно, вероятность рецидива, но самое главное, именно микросоциальное окружение формирует условия, необходимые для повышения качества жизни и уровня социального функционирования больного.

Вместе с тем, каждый человек принадлежит какому-либо этносу, т.е. включен в систему определенных, а иногда и уникальных отношений между людьми. Это обуславливает необходимость дифференцированного подхода к разработке реабилитационных мероприятий с учетом этнокультуральных особенностей среды, в которую больной интегрирован.

Для Республики Казахстан, как зоны длительного межэтнического континта, изучение этнокультуральных вопросов терапии и реабилитации (особенностей микросоциального окружения больных) является важной задачей.

Концепция качества жизни до настоящего времени не получила универсального определения, т.к. ее нехватает ясности, и нередко возникает путаница в определениях и базисных понятиях. Однако публикации на эту тему в медицинской литературе стремительно увеличиваются. Так, например, в 1995г. было опубликовано до 2000 работ [62]. В психиатрической науке и практике концепция качества жизни оказалась востребованной в силу общей тенденции к переключению внимания исследователей с узко клинических аспектов психопатологии на детальное изучение пациента с позиции оценки его личностных и социальных особенностей [53, 63]. Большая часть психиатров воспринимает концепцию качества жизни как гуманистическое дополнение к медицинской практике [62]. Поэтому в силу своей гуманистической направленности проблема качества жизни лиц с психическими и поведенческими расстройствами должна занимать особое место в современной психиатрии [64, 65]. По мнению M. Bullinger, в сфере охраны психического здоровья требуется широкая и многомерная концепция качества жизни, которая охватывает большинство параметров жизни [66]. Дискуссии в отношении концепции качества жизни привели к тому, что в последние годы отдается предпочтение определенным индикаторам социального и социально-психологического плана жизни субъекта, по которым были разработаны шкалы и уровни функционирования [66, 67, 68].

На территории постсоветского пространства исследования качества жизни в сфере психического здоровья, в основном, осуществляются в Российской Федерации. При этом используются стандартные опросники, рекомендуемые ВОЗ, его модифицированные варианты, а также оригинальные методические разработки [69]. Исследования по определению качества жизни проводятся у детей, в группах детей с психическими расстройствами и стрессогенными факторами, у больных с эндогенными психозами, у лиц с депрессивными расстройствами, у зависимых от ПАВ, у лиц с психосоматической патологией. В последнее время изучаются показатели качества жизни не только у лиц с психическими расстройствами, но и у их родных и близких, у персонала специализированных медицинских учреждений [70,71].

Важно подчеркнуть, что сама проблема оценки Качества Жизни, не являясь сугубо медицинской, тем не менее, заметным образом переориентирует как исследовательскую, так и практическую деятельность в области охраны здоровья населения. В частности, общей целью терапевтических и реабилитационных воздействий становится не просто устранение функционального дефицита, но достижение пациентом максимально возможного для него уровня Качества Жизни. Иначе говоря, устранение патологии может осуществляться не любым способом, а лишь тем, который как минимум не ухудшает адекватный баланс индивида и обеспечивает ему наибольшую (из возможных) степень удовлетворенности жизнью.

В настоящее время с особой остротой стоит вопрос о методах измерения и оценки Качества Жизни в медико – биологических исследованиях. Существенным здесь является то обстоятельство, что Качество Жизни по определению представляет собой субъективную оценку совокупности культурально обусловленных и связанных со здоровьем переживаний индивида, которые мотивируют его приспособительное поведение. Субъективный характер этой оценки, с одной стороны, и ее центральное положение в качестве конечного ориентира саногенеза – с другой, до предела обостряют проблему надежности и адекватности такого способа измерения.

Большинство методов измерения Качества Жизни основывается на прямых оценках степени удовлетворенности респондента различными областями своей жизни и жизнью в целом. Не вызывает сомнения, что эти оценки могут иметь значительные искажения. В литературе указываются как минимум три источника таких искажений. К ним относятся тесно связанная с психопатологическим статусом неспособность к адекватной оценке реальности, выраженность рентных установок и наличие специфических особенностей личности.

Практический интерес представляет оценка способности больных к адекватному самовосприятию и выполнение тех психологических свойств,

которые предопределяют склонность к позитивному или негативному оцениванию жизненной ситуации.

Настоящий этап развития психиатрической помощи характеризуется тем, что психосоциальная терапия и психосоциальный аспект реабилитации должны стать важной частью деятельности каждого психиатрического учреждения. Отсутствие данного раздела в оказании помощи в настоящее время является серьезным недостатком и означает лишь частичное выполнение психиатрическим учреждением своих функций.

Показатели социального функционирования, паряду с клиническими данными, все более активно рассматриваются в качестве диагностических критерии, включаются в официальные классификации психических заболеваний, что является свидетельством значимости оценки социального функционирования больных на всем протяжении психического заболевания и степени его восстановления в результате лечения.

В настоящее время происходит возрастание интереса к более широкой концепции психического здоровья, учитывающей психологические и социальные аспекты жизни пациентов и требующей полипрофессионального оказания психиатрической помощи (психиатры, психологи, психотерапевты, социальные работники) [72-74].

Актуальность изучения вопросов психосоциального лечения и психосоциальной реабилитации возрастает и в связи с тем, что по прогнозам ВОЗ [2002], с учетом старения населения, утяжеления социальных и экономических проблем число лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами и последующим будет увеличиваться.

Если не предпринимать самых энергичных и эффективных мер в отношении тенденций к снижению уровня психического здоровья в мире, то с высокой долей вероятности будут нарастать экономические социальные медицинские проблемы, а также гражданские беспорядки. Их все возрастающее бремя будет стоить невероятно дорого с точки зрения человеческих страданий, инвалидности, преступности и экономических потерь [3].

Защита общества от опасных действий психически больных является одной из основных задач социальной психиатрии. В последнее время отмечается рост преступности в странах постсоветского пространства. Согласно данным российских авторов, этот факт объясняется изменениями социального устройства общества и вытекающими из них неблагоприятными тенденциями, которые, в свою очередь, привели к фрустрационной ситуации, особенно для лиц с психическими расстройствами. Подобное звено в цепи причинно-следственных факторов приводит к совершению психически больными лицами общественно опасных действий. Вопрос о причинах и мотивах ОД у лиц с психическими и поведенческими расстройствами и их профилактика для Республики Казахстан является относительно новой.

Отмечавшийся в последние годы рост отдельных видов психической патологии как эндогенного, так и экзогенно органического происхождения существенно влияет на изменение характера криминальной активности лиц с психическими расстройствами. В настоящее время увеличилась частота ситуаций, при которых криминальные действия психически больных почти на всех этапах формирования болезни обуславливаются социальными факторами. Поэтому становится актуальным изучение значимости роли и влияния социального функционирования и качества жизни лиц с психическими и поведенческими расстройствами с учетом их этнических особенностей при формировании социальной опасности лиц с психическими расстройствами, а также выработка соответствующих критериев их экспертной оценки.

Основываясь на эпидемиологических данных, российские судебные эксперты – психиатры утверждают, что частота случаев агрессивных действий, совершаемых лицами с психическими и поведенческими расстройствами, больше коррелирует не с психопатологическими особенностями, а с такими неклиническими факторами как образование, трудовая квалификация, социальная адаптированность, «психологическая экология», и, главное, с социально-личностными установками больного [75-77].

М.Ф. Денисов при клинико-статистическом исследовании показал, что при анализе предикторов возможных рецидивов ОД психопатологические характеристики уступают по информативной ценности таким неклиническим признакам как: возраст на момент прекращения принудительного лечения, кратность правонарушений в анамнезе, подростковая делишевитность, наличие инвалидности при выписке, семейное положение и другие, в то время как фактор «синдром в период ОД» занял лишь 10-е место [78].

Эффективное предупреждение ОД психически больных может быть обеспечено максимальным уровнем взаимодействия и преемственности между различными учреждениями, обеспечивающими единство лечебно-реабилитационного процесса на всем протяжении курации таких больных [71].

Актуальным следует считать научное обоснование и разработку методик психосоциальной реабилитации психически больных, совершивших ОД, направленных на последовательное улучшение их качества жизни, т.е. удовлетворение их социальных потребностей и оказание помощи этим больным в реализации жизненного потенциала. Клинико-эпидемиологические, клинико-социальные, клинико-динамические и судебно-психиатрические аспекты исследования могут явиться основой для разработки путей улучшения социального функционирования лиц с

психическими и поведенческими расстройствами и профилактики повторных правонарушений.

Основной задачей психиатрической службы является профилактика и ранняя диагностика психических расстройств. Перспективным в плане разработки инновационных технологий следует считать психонейроиммунологическое направление. Современные клинико-экспериментальные данные свидетельствуют о тесной связи нейроэндокринных и иммунных механизмов функционирования, участвующих во всех патогенетических этапах формирования психических и поведенческих расстройств [79-82].

Одним из ведущих нейрохимических механизмов формирования депрессий является истощение катехоламиновой нейротрансмиттерной системы и связанное с этим повышение секреции кортизола. Кроме того, формирование аффективных расстройств обусловлено дисбалансом (гипо-, гипер- или дисфункция) взаимодействий между норадренергической, серотонинергической, а также пептидергической системами. В настоящее время установлено, что при депрессивных расстройствах выявляются нарушения в образовании нейролептиков гипоталамуса — рилизинг-факторов (либеринов). Через посредство гипофиза они влияют на различные гормональные функции организма. Длительное повышение уровня кортизола в крови обусловлено состоянием дистресса мозга. В норме взаимоотношения секреции глюкокортикоидов и монаминовой нейротрансмиттерной системы носят характер обратной связи: избыток кортизола в крови тормозит выделение кортикотропин-рилизинг-фактора гипоталамуса и, соответственно, адренокортикотропного гормона гипофиза. В то же время непосредственное регулирующее влияние на секрецию кортикотропин-рилизинг-фактора оказывают норадреналин и серотонин. Дефицит адренергических нейротрансмиттеров и связанный с этим гиперкортицизм способствуют возникновению депрессивных расстройств путем формирования «патологического круга» в гипоталамо-гипофизарно-напочечниковом системе с положительной обратной связью [83-86]. Одним из механизмов модуляции цитокинами, играющими важную роль в сложных механизмах связи между нервной и иммунной системами [87-91], церебральных функций при депрессии является их влияние на центральные нейротрансмиттеры, такие как норадреналин и серотонин, участие которых в патогенезе доказано психофarmacологическими исследованиями.

Поиск взаимосвязей психических расстройств с нарушениями функционального состояния гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной оси является актуальным, поскольку установлено, что уровень нарушенного тиреоидного метаболизма у больных с психической патологией выше, чем в общей популяции, и ранжируется от 6 до 49% [92]. В свою очередь иммунопатологический механизм тиреоидных патологических состояний

признается большинством исследователей [93]. Поэтому восстановление нейротрасмиттерного баланса и эффективность психотерапевтических мероприятий во многом определяется и функциональным состоянием иммунной и эндокринной систем.

Имеющиеся предпосылки дают основание предполагать, что нарушения нейроэндокриноиммунных взаимоотношений являются типовыми механизмами патогенеза патологических процессов, в том числе у больных с психическими расстройствами. Поэтому очень важны поиск сходных функциональных эквивалентов в рамках указанных систем, а также изучение совместных, комплексных механизмов функционирования, что определяет актуальность проводимых исследований.

Таким образом, проведение мониторинга психического и психологического здоровья населения РК позволит получить объективные данные о частоте психических расстройств и численности, больных в различных регионах РК, нуждающихся в том или ином виде психиатрической помощи, изучить клинико-социальные характеристики контингента лиц с психическими расстройствами, их качество жизни и сформировать базу данных, на которой будет основываться планирование дальнейших научных исследований и организационных мероприятий.

Проведение многоуровневого системного мониторинга психического и психологического здоровья населения Республики Казахстан (РК) позволит ответить на многие вопросы.

#### *Задачи:*

1. Разработка новых организационных моделей системы психиатрической помощи населению Республики Казахстан. Создание единой информационной системы по оценке ситуации в сфере психического здоровья населения Республики Казахстан.
2. Определение основных факторов, определяющих клинико- социальный прогноз наиболее распространенных в детско- подростковой и взрослой популяциях Республики Казахстан психических расстройств в аспекте этнокультуральной принадлежности пациентов
3. Изучение судебно- психиатрических аспектов психических и поведенческих расстройств у лиц совершивших общественно- опасное действие (ООД).
4. Разработка дифференцированных мер психосоциальной реабилитации современных подходов к биологической терапии лиц с невротическими расстройствами.
5. Выявление нейроиммунологических корреляций при психических и поведенческих расстройствах.



Рисунок 3 - Болезненность психическими и поведенческими расстройствами в Республике Казахстан на 100 тыс. нас. за 2007г.

Болезненность всеми психическими и поведенческими расстройствами в Республике Казахстан составляет 1897,4 на 100 тыс. населения, при этом наибольший удельный вес в структуре болезненности в РК занимают органические психические расстройства (611,2 на 100 тыс. нас.), легкая умственная отсталость (408,4), шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (341,7) и невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (103,5). Доля аффективных расстройств составила 23,4 на 100 тыс. населения.

Наиболее высокие показатели по болезненности всеми психическими и поведенческими расстройствами на 100 тыс. населения выявлены в Павлодарской (3116,8), Костанайской (2948,6), СКО (2769,1), Карагандинской (2657,0), Кызылординской (209,7), Карагандинской (2464,3), ЗКО (2517,4) и Акмолинской областях (2027,3).

Ниже среднереспубликанского показателя были в Атырауской (1087,1), Актюбинской (1342,8), Алматинской (1239,3), ЮКО (1142,1), Мангистауской (1450,7) областях, а так же в г. Алматы (1296,4).



Рисунок 4 – Болезненность органическими психическими расстройствами (включая симптоматические) в регионах РК на 100 тыс. нас. в 2007 г.

Болезненность органическими психическими расстройствами (включая симптоматические) в регионах РК на 100 тыс. нас. в 2007 г. наиболее высокой была в Костанайской (1137,8), Карагандинской (959,1), Павлодарской (964,8), СКО (882,3), Кызылординской (866,0) областях.

Наименее подвержены болезненности данным видом расстройств жители Атырауской (220,2), Мангистауской (291,6) и Алматинской (368,5) областей.



Рисунок 5 – Болезненность шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами в РК на 100 тыс. нас. в 2007г.

Болезненность шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами в РК на 100 тыс. нас. в 2007г. практически равномерная во всех областях и соответствует среднереспубликанскому показателю, кроме Павлодарской области, где данный показатель наиболее высок (538,4). Относительно низкие показатели отмечаются в ЮКО (233,6), Алматинской области (238,6), Атырауской (261,8).



Рисунок 6 – Болезненность аффективными расстройствами в РК на 100 тыс. нас. в 2007г.

Показатели болезненности аффективными расстройствами были неравномерными в различных регионах РК. Наиболее интенсивно болезненность аффективными расстройствами на 100 тыс. нас. выявлялась в СКО (85,0), средние показатели были в ВКО (41,2) и в Павлодарской области (40,5). Выраженность данного заболевания была минимальной в Кызылординской (5,5), Атырауской (10,5), Акмолинской (10,8), Алматинской (12,4) областях, ЮКО (12,0) и в г.Астана (9,5).



Рисунок 7 - Болезненность невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами в РК на 100 тыс. нас. в 2007

Максимальные показатели болезненности, превышающие среднереспубликанский (103,5) по невротическим, связанным со стрессом и соматоформным расстройствам были выявлены в СКО (371,7) ЗКО (267,7) и Костанайской областях (184,4). Низкая интенсивность данного вида расстройств была отмечена в Атырауской (12,6) областях и г. Алматы (14,1).



Рисунок 8 - Болезненность легкой умственной отсталостью в РК на 100 тыс. нас. в 2007г.

Болезненность легкой умственной отсталостью наиболее часто отмечалась у жителей Павлодарской (916,4), СКО (646,3), Карагандинской (644,6), Акмолинской (684,6) областей. Доля заболеваемости данной патологией была

минимальной в Атырауской (12,6), ЮКО (234,5), в г. Алматы (85,6) и г. Астане (220,6).

Таким образом, болезненность психическими и поведенческими расстройствами в Республике Казахстан наиболее интенсивно выявлялась в Павлодарской, Костанайской, СКО, Карагандинской, Кызылординской, Карагандинской, ЗКО и Акмолинской областях.

Низкие среднереспубликанские показатели были в Атырауской, Актюбинской, Алматинской, ЮКО, Мангистауской областях, а также в г. Алматы.

Результаты проведенного анализа нуждаются в дополнении сведениями об обеспеченности психиатрическими и психотерапевтическими кадрами населения регионов с высокими показателями распространенности первичной и общей заболеваемостью психическими и поведенческими расстройствами и в дальнейшем могут быть использованы для совершенствования психиатрической службы, как в отдельных регионах, так и в республике в целом.

Анализ ситуации по обеспеченному населения Республики Казахстан специализированными психиатрическими и психотерапевтическими услугами

Эпидемиологические исследования, проведенные в различных странах, показывают, что ¼ всего населения страдает каким-либо психическим расстройством в отдельно взятый момент времени [9]. Кроме того, 5 из 10 причин инвалидности приходится на психические заболевания [9].

В результате анализа статистических данных по распространенности психических и поведенческих расстройств в РК было выявлено, что в целом, за последние 16 лет отмечается тенденция к снижению заболеваемости. Тем не менее, в отдельных регионах заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами остаётся высокой. Наиболее интенсивно в 2007г. заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами выявлялась в Костанайской, Кызылординской, Карагандинской, ЗКО и Павлодарской областях, а также в г. Алматы и г. Астане. Причём, возрастание органических психических расстройств и шизофrenии было выявлено в большинстве регионов. Возрастание невротических расстройств было характерно для Кызылординской, Карагандинской, Западно-Казахстанской областей. Рост аффективных расстройств преимущественно отмечался в г.Алматы, СКО и ЗКО. Таким образом, возрастание распространенности психической патологии происходит в основном за счет органических психических расстройств, шизофrenии и невротических расстройств.

Что касается болезненности, то данный показатель растёт во всех регионах РК. Наиболее интенсивно болезненность психическими и

поведенческими расстройствами выявлялась в Павлодарской, Костанайской, СКО, Карагандинской, Кызылординской, Карагацинской, ЗКО и Акмолинской областях.

В этой связи представляется актуальным анализ эпидемиологической ситуации по обеспеченности населения Республики Казахстан: 1) специализированными психиатрическими услугами, 2) психотерапевтическими услугами, 3) специализированными психиатрическими койками в сравнении с другими странами и 4) реабилитационно-профилактическими услугами.

#### *Обеспеченность населения психиатрами*

Доступность услуг специалистов психиатрического профиля остается крайне низкой на огромных территориях всего мира. В половине стран на 100 тысяч человек приходится лишь 1 психиатр. Для 680 миллионов человек, проживающих в Африке и Азии, обеспеченность психиатрами составляет менее 1 на миллион человек. Такая ситуация характерна для таких больших стран с населением, превышающим 100 миллионов человек, как Бангладеш и Нигерия [10,11].

Напротив, в европейских странах обеспеченность услугами специалистов в области психоневрологических услуг значительно выше. К примеру, количество психиатров на 10 тыс. населения в Австрии (2001г.) составляет 1 чел., в Англии (2001г.) – 1,5 чел., а наиболее высокая обеспеченность психиатрами (психоневрологами) была зафиксирована в Швейцарии (1999г.), Франции (2001г.), Исландии (2000г.) и достигала 2,2-2,5 человек на 10 тыс. населения [10,11,12].

Вообще, среднее число психиатров, приходящихся на 10 тысяч человек, варьирует от 0,006 в странах с низким доходом до 0,9 и выше в странах с высоким доходом. Обеспеченность услугами специалистов средней квалификации (сестры), колеблется от 0,01 на 10 тысяч человек в странах с низким доходом до 3,35 в странах с высоким доходом. Гораздо ниже обеспеченность специалистами в области психоневрологических расстройств и расстройств поведения у детей и подростков [10,11,12].

Показатель обеспеченности врачами-психиатрами и психотерапевтами в России составляет 1,32 на 10 тыс. населения. Однако, в психиатрических учреждениях значительно не хватает других специалистов, которые должны участвовать в оказании психиатрической помощи (медицинских психологов, социальных работников, специалистов по социальной работе, юристов) [13].

Что касается нашей республики, то по сравнению с 2006 г. количество работающих врачей психиатров в течение года уменьшилось (в абсолютных значениях) с 925 (2006г.) до 877 (2007г.), хотя обеспеченность населения государства данными специалистами осталась на прежнем уровне и составила 0,6 на 10 тыс. населения [14]. Статистические данные

свидетельствуют, что распределение психиатров по отдельным регионам Республики Казахстан неравномерно и колеблется от 0,3 до 0,9 на 10 тыс. населения.

В 2007г. наиболее высокая обеспеченность специалистами на 10 тыс. населения отмечены в Павлодарской области (0,9 на 10 тыс. нас.) и в г.Астана (0,9), а низкая - в Алматинской (0,3), Атырауской (0,3), Жамбылской (0,3), Мангистауской (0,4), Южно-Казахстанской (0,3), Северо-Казахстанской (0,4) областях.



Рисунок 9 - Обеспеченность населения Республики Казахстан психиатрами (включая детских и подростковых) на 10 тыс. населения в 2007г.

Таким образом, показатель обеспеченности населения психиатрами в нашей республике в сравнении с мировыми данными, является средним. Вместе с тем, в ряде регионов выявлена низкая доступность психиатрической помощи, связанная с недостаточным обеспечением врачами-психиатрами, что влияет на низкую активность службы психического здоровья и показатели первичной заболеваемости.

#### *Обеспеченность населения услугами психотерапевтов*

В США действуют 40 тысяч психиатров (1,3 на 10 тыс. нас.), 80 тысяч психотерапевтов (2,7 на 10 тыс.), кроме того, еще 225 тысяч психологов специализированных медицинских сестер, социальных работников и т.д. (7,5 на 10 тыс.). То есть, соотношение психиатров и психотерапевтов является 1:2. Примечательно, что из 40 тысяч психиатров в государственном секторе

работают только 10 тысяч (остальное - частная практика, в психотерапии эта часть намного значительнее).

Аналогична ситуация и в большинстве европейских государств, где один специалист-психоневролог приходится на 500-900 человек населения, на одного психиатра в западных странах приходится 5-8 вспомогательных специалистов [15].

В России при беспрецедентном росте психопатологии и социопатий в настоящее время имеется всего 15 тысяч психиатров и 2 тысячи дипломированных психотерапевтов, и это соотношение составляет 7,5:2 [15].

В Казахстане ситуация в плане обеспеченности населения психотерапевтами является более драматичной, чем в России. Если количество психиатров в нашей республике составляет 0,6 на 10 тыс. населения (877 чел.), то психотерапевтов – 0,05 на 10 тыс. населения (73 чел.), в соотношении психиатров и психотерапевтов – 12:1.

На почве недостатка психотерапевтов появляются огромное количество магов, знахарей, целителей и прочей паразитической «публики», паразитирующющей на отсутствии квалифицированных кадров. Тем не менее, у них есть одна заслуга - они реально демонстрируют, сколько специалистов требуется на рынке психотерапевтических услуг.

Распространенность психотерапевтических услуг в Республике Казахстан представлена на рисунке 10.



Рисунок 10 - Обеспеченность населения Республики Казахстан психотерапевтами на 10 тыс. населения в 2007г.

Как видно из рисунка, обеспеченность психотерапевтическими услугами в нашей республике является крайне низкой – в Алматинской области и СКО психотерапевтов вообще нет, наименьшее количество психотерапевтов в ЮКО (0,01 на 10 тыс. нас.), Акмолинской (0,01), Актюбинской (0,01), Жамбылской (0,01), Мангистауской (0,02), Атырауской

(0,02), Костанайской (0,04) областях, ЗКО (0,05). Уровень психотерапевтов в г. Астане (0,2), Павлодарской (0,1) и Кызылординской областях (0,07) выше среднереспубликанского, но всё же значительно ниже мирового уровня.

Крайне низкая обеспеченность психотерапевтическими услугами влияет как на рост первичной заболеваемости, так и болезненности и свидетельствует о недостаточности ресурсов, как для первичной, так и для вторичной и третичной профилактики психических и поведенческих расстройств в населении.

#### Обеспеченность населения специализированными психиатрическими коеками

Хотя специализированные психиатрические лечебные заведения с большим числом больничных коек, по современным представлениям, не являются лучшим вариантом лечения психоневрологических расстройств (из-за изоляции, нарушения прав больных, неадекватного лечения и ухода и т.д. более предпочтительным является лечение на дому, в семье или небольших лечебных заведениях), для экстренных случаев необходимо определенное число специализированных больничных коек. В среднем по миру число психиатрических больничных коек в расчете на 10 тысяч человек составляет 1,5, варьируя от 0,33 в Юго-Восточной Азии до 9,3 в европейском регионе. Примерно для 2/3 населения мира доступно менее одной психиатрической койки на 10 тысяч человек, причем более половины коек все еще остаются в психиатрических больницах, которые нередко предлагают лишь общий, а не специализированный психиатрический курс лечения.

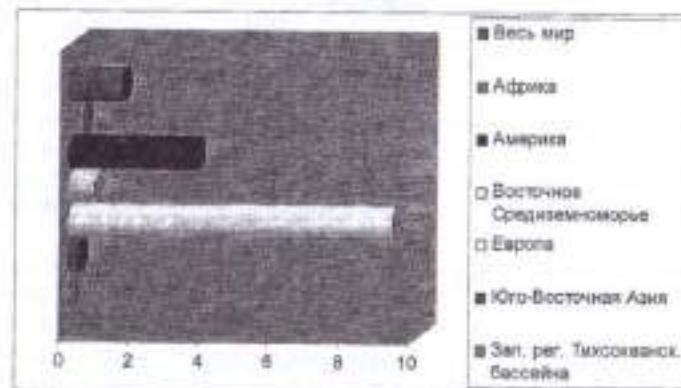


Рисунок 11 - Число коек для лечения психиатрических больных по регионам мира на 10 тысяч человек (2000г.).

Обеспеченность населения развитых стран психиатрическими койками гораздо выше, хотя за 1990-е годы в большинстве стран наблюдалась

тенденция к ее снижению. Наиболее высока она в Японии - 28,3 на 10 тысяч человек, наиболее низка в Канаде - 5,2 на 10 тыс. чел.[10-12].

В Российской Федерации показатель обеспеченности психиатрическими коекками составляет 12,2 на 10 тыс. населения [16], а в Республике Казахстан - 6,3 на 10 тысяч населения [14].

Согласно статистическим данным, наиболее высокая обеспеченность психиатрическими коекками (в том числе и детскими) на 10 тыс. населения в 2007г. зарегистрирована в Акмолинской области (9,4), Западно – Казахстанской (8,5), Кызылординской (8,0), Костанайской (8,0), Карагандинской (7,8) областях. Значительно ниже среднереспубликанского показателя обеспеченности коекками в Алматинской (2,5), Жамбылской (3,0) и Южно – Казахстанской (2,7) областях (рисунок 12).



Рисунок 12 - Число коек для лечения психиатрических больных по регионам Республики Казахстан в 2007г. на 10 тысяч человек

Таким образом, обеспеченность психиатрическими коеками, в сопоставлении с мировыми данными, является достаточно высокой практически по всей республике, за исключением Алматинской, Жамбылской и Южно-Казахстанской областей. Вместе с тем следует отметить, что стационарная помощь централизована преимущественно в крупных городах республики и полностью отсутствует в населенных пунктах.

Таким образом, низкий уровень заболеваемости и болезненности в указанных регионах обусловлен недостаточной обеспеченностью психиатрическими коекками и специализированными психиатрическими и психотерапевтическими услугами.

### Обеспеченность населения реабилитационно-профилактическими услугами

Несмотря на актуальность и высокую социальную значимость профилактики психических расстройств, вся работа в её решении в Республике Казахстан сводится к медицинской модели, представленной преимущественно лечебно-диагностической работой (*вторичной профилактикой*) и ориентирована в основном на оказание неотложных медицинских мер и касается острых или явных, запущенных случаев (в стационарных условиях), либо на предотвращение повторных обострений (в условиях диспансера, дневных стационаров).

Социально-реабилитационные центры существуют лишь в некоторых регионах РК, причём исключительно для лиц с зависимостью от ПАВ, для больных с психическими расстройствами такие службы ещё не созданы (*третичная профилактика*).

Первичная психофиляктика в сфере здравоохранения предоставляется в минимальной степени, включая лишь телефон доверия в некоторых городах (в г. Алматы, г.Костанае и г.Павлодаре), 35 психотерапевтических кабинетов (преимущественно в частном секторе здравоохранения, количество которых не соответствует потребности населения) и эпизодические телевизионные программы с участием специалистов психиатрических служб.

Резюмируя обзор данных по эпидемиологической ситуации ресурсного обеспечения психиатрической службы, мы выявили наличие ряда проблем в Республике Казахстан, среди которых:

- *низкая доступность* психиатрической помощи жителям некоторых районов республики, связанная с недостаточной обеспеченностью врачами-психиатрами.

- *крайне низкая обеспеченность* всего населения республики Казахстан психотерапевтическими услугами, вплоть до полного отсутствия таковых.

- *чрезмерная централизация* стационарной психиатрической помощи в крупных городах республики и порой полное отсутствие в населенных пунктах;

- *низкая обеспеченность* населения психофиляктическими, психотерапевтическими, реабилитационно- профилактическими услугами (особенно третичной и первичной профилактикой).

Таким образом, одним из актуальных вопросов является кадровое обеспечение психиатрической и психотерапевтической служб, что должно стать одним из важнейших направлений деятельности МЗ РК по сохранению и укреплению психического здоровья населения (учитывая, что тенденция к росту психопатологии, в частности, пограничных психических расстройств, в том числе психосоматических, невротических и неврозоподобных, депрессивных расстройств увеличивается).

Болевыми точками сегодня остаются низкая кадровая обеспеченность в сфере оказания специализированных услуг (особенно психотерапевтических), малая доступность психиатрической помощи в первичном звене здравоохранения, малая развитость реабилитационно-профилактической помощи, отсутствие системы постоянного управления качеством такой помощи, а также стандартов службы в целом.

Решение этих вопросов невозможно без создания новых организационных форм оказания психиатрической и психотерапевтической помощи, обновления законодательной и нормативно-правовой базы Республики Казахстан, регулирующей деятельность службы охраны психического здоровья населения в целом.

В этой связи представляется актуальной разработка проекта «Закона об оказании психотерапевтической помощи населению Республики Казахстан», открытие психотерапевтических служб (психотерапевтических отделений, кабинетов, телефонов доверия) во всех регионах РК, в том числе и в общесоматической сети и интеграция психиатрической службы с различными отраслями медицины, расширение кадрового потенциала в регионах с недостаточной обеспеченностью специалистами психиатрического и психотерапевтического профиля. Лишь после этого можно рассчитывать на повышение качества жизни психически больных и членов их семей, снижение напряженности нашего общества.

Разработка подходов к улучшению качества лечебно-профилактических мероприятий, направленных на психических больных на амбулаторном этапе лечения.

Анкетирование пациентов на предмет оценки их удовлетворенности проведенными лечебно-профилактическими мероприятиями на амбулаторном уровне показало следующие результаты.

Таблица 1 – Распределение пациентов по уровню удовлетворенности

Степень удовлетворенности	казахи	русские
Полная удовлетворенность	4 (8%)	8 (16%)
Частичная удовлетворенность	15 (30%)	16 (32%)
Неудовлетворенность	31 (62%)	26 (52%)
Всего	50 (100%)	50 (100%)

Как следует из этой таблицы, доля пациентов с полной удовлетворенностью составляет небольшой процент в обеих группах.

В следующей таблице представлены некоторые психологические особенности пациентов, определяемые после госпитализации.

Таблица 2 – Психологические особенности пациентов в постгоспитальный период

Параметр	казахи	русские
Длительно присутствующее чувство незащищенности	83%	85%
Длительно присутствующее чувство одиночества	60%	78%
Длительно присутствующее чувство тревоги за будущее	63%	70%
Чувство стыда	45%	50%
Раздражительность	45%	60%
Потребность поговорить о своем состоянии	80%	75%
Неловкость и смущение при выходе на работу	68%	72%

Как следует из таблицы 2, в обеих группах в равных долях присутствуют признаки, отражающие психологическую реакцию личности на перенесенную болезнь (приступ). Известно, что в соответствующих условиях эта реакция носит временный характер, сменяясь состоянием адаптации к имеющимся социальным условиям. В иных случаях – при отсутствии продуманной системы реабилитации подобные реакции трансформируются в невротические реакции и невротическое развитие.

В следующей таблице представлены пункты анкеты, в наибольшей степени отражающие степень неудовлетворенности пациентов.

Таблица 3 – Причины неудовлетворенности пациентов

Параметр	казахи	русские
Бюрократический стиль общения врача	75%	78%
Неудовлетворительное качество ответов врача на вопросы пациентов:		
По качеству медикаментозной терапии	23%	50%
Срокам приема препаратов	30%	65%
Об альтернативных методах лечения	20%	45%
Психологическая зависимость от фармакотерапии	37%	75%
Языковой барьер	45%	-
Отсутствие условий подробно поговорить	75%	80%

со специалистом о своем состоянии

Как следует из этой таблицы, по некоторым показателям имеют место значительные различия между группами.

Необходимо отметить особенности, выявляемые в вопросах, касающихся терапии. При подробном расспросе установлено, что сравнительно меньшие показатели неудовлетворенности в казахской группе обусловлены не получением более подробной информации о психофармакотерапии со стороны врача, а просто отсутствием вопросов со стороны больного. Мы не ставили перед собой целью уточнения причин подобного поведения, однако, на основании имеющейся информации с большой долей вероятности можно говорить об определенной пассивности, особенно у сельских жителей, связанной с уверенностью в авторитете врача - если врач что-то не говорит, значит так надо. Напротив, пациенты-руssкие проявляют достаточную активность в вопросах терапии, не получая удовлетворительных ответов на свои вопросы. Все это обуславливает различия в показателях психологической зависимости от препаратов между группами.

Другой бросающейся в глаза особенностью является наличие языкового барьера между врачом и пациентом. Является фактом, что большинство врачей-психиатров русскоязычны, в то время как значительная часть пациентов-казахов в настоящее время плохо владеет русским языком. Результатами такого общения являются формальные вопросы врача о самочувствии и короткая инструкция типа «приношайте препараты, потом придете».

По остальным показателям можно отметить отсутствие заметных отличий между группами. Независимо от этнической принадлежности вызывает неудовольствие бюрократический стиль общения врача и отсутствие условий для подробного общения со специалистом.

В таблице №4 представлены средние периоды между госпитализациями в обеих группах.

**Таблица 4 – Средняя продолжительность периодов между госпитализациями**

Периоды между госпитализациями	казахи	руssкие
Между 1 и 2- госпитализацией	4±1 мес	5±1 мес
Между 2 и 3- госпитализацией	5±2 мес	5±2 мес

Между 3 и 4- госпитализацией

4±1 мес

3±1 мес

Как следует из таблицы, в обеих группах периоды между госпитализациями довольно короткие, что отражает не только прогрессирующее снижение уровня социального функционирования пациентов, но и неудовлетворительную работу амбулаторных служб.

Реанимируя результаты анкетирования, следует указать, что основным проблемой действующей амбулаторной службы является низкий уровень усилий, направленных на быструю ликвидацию личностных реакций, на болезнь и госпитализацию, и формирование комплайенса. Последний является краеугольным камнем эффективности работы психиатрической службы [1-7]. По существу, после стационара в большинстве случаев система третичной профилактики ограничивается простым приемом препаратов, который нередко (80% случаев) прекращается по инициативе больного раньше положенных сроков. Иная психокоррекционная и собственно реабилитационная работа с пациентами в тактике амбулаторной службы представлена незначительно.

Исходя из вышеизложенного, а также с учетом существующих условий в амбулаторной психиатрической помощи целесообразно рассмотрение вопросов о создании дополнительных условий, направленных на улучшение комплайенса больных с психическими расстройствами. Акцент следует сделать на следующих аспектах:

- Разработка программы по оптимизации работы амбулаторной психиатрической службы, включающей стандарты и алгоритмы работы специалистов службы психического здоровья с учетом различных категорий больных.
- Разработка и принятия обоснованных критериев эффективности работы амбулаторной психиатрической службы.
- Развитие кадрового потенциала амбулаторной психиатрической службы с учетом преимущественной языковой среды прикрепленного населения.
- Целенаправленная подготовка психотерапевтов, владеющих как минимум двумя языками (руssским и казахским).
- Разработка долгосрочной программы, направленной на повышение осведомленности населения о методах профилактики и лечения психических расстройств. Она должна включать выпуск доступных для понимания неспециалистов печатной продукции, информации на сайтах психиатрических учреждений, отдельных тематических информационных ресурсов.
- Целенаправленному научному изучению проблемы комплайенса, расширению содержания этого понятия за рамки «соблюдения больным режима терапии».

- Государственной поддержке общественным инициативам по созданию ассоциаций больных психическими расстройствами и их родственников. Данный пункт представляется крайне важным, т.к. подобные общественные организации вносят весомый вклад в реабилитацию пациентов, одновременно уменьшая экономическое бремя государства, связанное с психическими расстройствами.

**Определение основных факторов, определяющих клинический прогноз наиболее распространенных в детско-подростковой и взрослой популяциях Республики Казахстан психических расстройств в аспекте этнокультуральной принадлежности пациентов.**

#### Структура микросоциального окружения пациентов-казахов

##### Характеристика микросоциального окружения пациентов-казахов старше 18 лет, проживающих в городе.

1-ю группу составили 26 пациентов.

В таблице № 5 представлены компоненты микросоциального окружения пациентов 1-й группы.

**Таблица 5 - Компоненты микросоциального окружения пациентов 1-й группы**

№	Компоненты микросоциального окружения	Уровень значимости			Всего
		I	II	III	
1	Супруг (а) и дети	26	-	-	26
2	Родители и родные братья (сестры)	26	-	-	26
3	Семьи родных братьев и сестер	22	2	2	26
4	Дяди (тети) по л'м* и их семьи	10	14	2	26
5	Дяди (тети) по л'о* и их семьи	12	10	2	26
6	Другие родственники	10	10	6	26
7	Друзья	14	6	6	26
8	Прапородители	12	12	2	26
9	Врачи	8	12	6	26
10	Коллеги по работе	6	16	4	26
11	Священнослужители	6	10	10	26
12	Народные целители	6	6	14	26

\*л'м – по линии матери

\*л'о – по линии отца

Как следует из таблицы, акцент в системе отношений больного с окружающими падает на ближайших родственников. Менее значимыми являются такие компоненты структуры микросоциального окружения, как друзья и прапородители, наименее значимыми для больных, с точки зрения, повседневного и актуального общения являются коллеги по работе, врачи, священнослужители и народные целители. Необходимо отметить, что равномерное распределение родственников в пунктах 4, 5, 6 таблицы между категориями «наиболее значимый» и «менее значимый» связано лишь с таким фактором, как место проживания последних. Соответственно в случае нахождении их в том же городе, что пациент, они относились к категории «наиболее значимый», если проживали в другом месте – к категории «менее значимый». Вместе с тем, уточняющие вопросы позволили установить, что в целом, общение с родственниками является крайне ценным и актуальным для пациентов.

##### Характеристика микросоциального окружения пациентов-казахов старше 18 лет, проживающих на селе.

Вторую группу составили 64 пациента казахской национальности, проживающие в сельской местности.

В таблице №6 представлены компоненты микросоциального окружения пациентов 2-й группы.

**Таблица 6 - Компоненты микросоциального окружения пациентов 2-й группы**

№	Компоненты микросоциального окружения	Уровень значимости			Всего
		I	II	III	
1	Супруг (а) и дети	64	-	-	64
2	Родители и родные братья (сестры)	64	-	-	64
3	Семьи родных братьев и сестер	64	-	-	64
4	Дяди (тети) по л'м* и их семьи	52	12	-	64
5	Дяди (тети) по л'о* и их семьи	56	8	-	64
6	Другие родственники	50	10	4	64
7	Друзья	60	4	-	64
8	Прапородители	54	10	-	64
9	Врачи	8	20	36	64
10	Коллеги по работе	50	10	6	64
11	Священнослужители	24	28	12	64
12	Народные целители	24	28	12	64

\*л'м – по линии матери

\*л'о – по линии отца

Как следует из таблицы, основную часть общения пациентов сельчан составляют родственники. Следует обратить внимание, что по сравнению с 1-й группой больший удельный вес занимают коллеги по работе, но здесь необходимо учитывать, что на селе понятия коллеги по работе и родственники практически идентичны, что связано с сохраняющимися родовыми связями и совместным участием всех родственников проживающих в данном месте в выполнении сельских работ. Наконец, отчетливо видно, что в сельских условиях священнослужители и народные целители разнозначны по актуальности для больного. Также необходимо заметить, что уточняющие вопросы позволили определить, что, по существу, функции мула и народных целителей нередко идентичны.

#### *Обсуждение*

Полученные данные демонстрируют особую значимость для пациентов-казахов родственных отношений. Это обусловлено с сохраняющимися до настоящего времени и поддерживаемыми родовыми отношениями. Следует признать, что непрерывный процесс индустриализации и «умирания» села оказывает катализическое влияние на деградацию внутриродовых связей, однако, их значимость для каждого казаха остается. На процесс упрощения родовых отношений косвенно указывает меньшая по сравнению с прочими компонентами (другими родственниками) актуальность общения с прапородителями (бабушками и дедушками). В целом можно констатировать, что структура микросоциального окружения пациентов – казахов представлена родственниками различной степени родства и достаточно сложна.

#### *Характеристика микросоциального окружения пациентов-казахов младше 18 лет, проживающих в городе.*

14 пациентов (3-я группа) и на селе – 56 пациентов (4-я группа).

В следующих таблицах представлены компоненты микросоциального окружения пациентов 3-й и 4-групп.

**Таблица 7 - Компоненты микросоциального окружения пациентов 3-й группы**

№	Компоненты микросоциального окружения	Уровень значимости			Всего
		I	II	III	
2	Родители и родные братья (сестры)	14	-	-	14
4	Дяди (тети) по л\м* и их семьи	14	-	-	14
5	Дяди (тети) по л\о* и их семьи	14	-	-	14
6	Другие родственники	6	8	-	14

7	Друзья и сокласники	14	-	-	14
8	Прапородители	10	4	-	14
9	Врачи	-	-	6	6

\*л\м – по линии матери

\*л\о – по линии отца

**Таблица 8 - Компоненты микросоциального окружения пациентов 4-й группы**

№	Компоненты микросоциального окружения	Уровень значимости			Всего
		I	II	III	
2	Родители и родные братья (сестры)	56	-	-	56
4	Дяди (тети) по л\м* и их семьи	56	-	-	56
5	Дяди (тети) по л\о* и их семьи	56	-	-	56
6	Другие родственники	56	-	-	56
7	Друзья и сокласники	56	-	-	56
8	Прапородители	56	-	-	56
9	Врачи	-	-	4	4

\*л\м – по линии матери

\*л\о – по линии отца

Как видно из приведенных таблиц, структура микросоциального окружения детей независимо от места проживания практически идентична и менее сложна, чем у взрослых. По существу, можно говорить о практически семейном микросоциальном окружении пациентов 3-й и 4-й групп. Это можно объяснить актуальностью для всех родственников факта болезни ребенка и активизацией их в отношении помощи семье, где есть больной ребенок.

#### *Структура микросоциального окружения пациентов – русских.*

#### *Характеристика микросоциального окружения пациентов-русских старше 18 лет, проживающих в городе.*

5-ю группу составили 84 пациента.

В таблице представлены компоненты микросоциального окружения пациентов 5-й группы

**Таблица 9 - Компоненты микросоциального окружения пациентов 5-й группы**

№	Компоненты микросоциального окружения	Уровень значимости			Всего
		I	II	III	
1	Супруг (а) и дети	84	-	-	84
2	Родители и родные братья (сестры)	56	20	8	84
3	Семьи родных братьев и сестер	24	30	30	84
4	Дяди (тети) по л\м* и их семьи	20	22	42	84
5	Дяди (тети) по л\о* и их семьи	28	24	32	84
6	Другие родственники	12	30	42	84
7	Друзья	70	8	6	84
8	Прапородители	40	30	14	84
9	Врачи	68	12	4	84
10	Коллеги по работе	50	10	24	84
11	Священнослужители	24	28	32	84
12	Народные целители	28	28	28	84

\*л\м – по линии матери

\*л\о – по линии отца

Как следует из таблицы № 9, структура микросоциального окружения больных 5 группы носит, преимущественно, узкосемейный характер. Прочие родственники характеризуются меньшей значимостью для больных, при этом необходимо отметить, значительную представленность на первом уровне значимости врачей, друзей, а также коллег по работе.

*Характеристика микросоциального окружения пациентов-русских старше 18 лет, проживающих на селе.*

6-ю группу составили 26 пациентов.

В таблице № 10 представлены компоненты микросоциального окружения пациентов 6-й группы

**Таблица 10 - Компоненты микросоциального окружения пациентов 6-й группы**

№	Компоненты микросоциального окружения	Уровень значимости			Всего
		I	II	III	
1	Супруг (а) и дети	26	--	-	26
2	Родители и родные братья (сестры)	26	-	-	26
3	Семьи родных братьев и сестер	14	6	6	26

4	Дяди (тети) по л\м* и их семьи	12	8	6	26
5	Дяди (тети) по л\о* и их семьи	12	10	4	26
6	Другие родственники	6	6	14	26
7	Друзья	20	2	4	26
8	Прапородители	10	4	12	26
9	Врачи	8	8	10	26
10	Коллеги по работе	20	4	2	26
11	Священнослужители	18	4	4	26
12	Народные целители	10	6	10	26

\*л\м – по линии матери

\*л\о – по линии отца

Как следует из таблицы, некоторые отличия в структуре микросоциального окружения в сравнении с 5-й группой выявляются по компонентам священнослужители. Вероятно, это связано с большим влиянием религии в условиях села. По остальным параметрам значительных отличий не определяется.

*Обсуждение*

Полученные данные указывают на стойкий каркас микросоциального окружения среди пациентов русской национальности, состоящий преимущественно из членов семьи (в узком смысле слова). Родственники 2 и 3-й степени родства не имеют аналогичной значимости для больных, что существенно отличает пациентов от представителей казахской национальности. Другим отличием является большая значимость для пациентов 5-й группы врачей, что может обуславливаться меньшим влиянием на представителей русской национальности традиционных верований, большей рациональностью в подходах к оценке природы психического заболевания, даже по сравнению с городскими казахами.

*Характеристика микросоциального окружения пациентов-русских младше 18 лет, проживающих в городе*

36 пациентов (7-я группа) и на селе - 14 пациентов (8 группа)

В таблицах представлены компоненты микросоциального окружения пациентов 7-й и 8-й групп.

**Таблица 11 - Компоненты микросоциального окружения пациентов 7-й группы**

№	Компоненты микросоциального окружения	Уровень значимости			Всего
		I	II	III	
1	Родители и родные братья (сестры)	36	-	-	36
2	Дяди (тети) по л\м* и их семьи	20	6	10	36
3	Дяди (тети) по л\о* и их семьи	20	4	12	36
4	Другие родственники	10	-	26	36
5	Друзья и сокласники	36	-	-	36
6	Прапородители	18	18	-	36
7	Врачи	-	-	12	12

\*л\м – по линии матери

\*л\о – по линии отца

**Таблица 12 - Компоненты микросоциального окружения пациентов 8-й группы**

№	Компоненты микросоциального окружения	Уровень значимости			Всего
		I	II	III	
1	Родители и родные братья (сестры)	14	-	-	14
2	Дяди (тети) по л\м* и их семьи	14	-	-	14
3	Дяди (тети) по л\о* и их семьи	14	-	-	14
4	Другие родственники	14	-	-	14
5	Друзья и сокласники	14	-	-	14
6	Прапородители	14	-	-	14
7	Врачи	-	-	4	4

\*л\м – по линии матери

\*л\о – по линии отца

Как следует из таблиц 11 и 12, существенных отличий между 7 и 8-й группами не выявляются. Более того, представленные данные практически идентичны таковым, касающимся детей казахской национальности. Это может быть объяснено слабостью различий между национальностями в формировании микросоциального окружения в детском возрасте, связанной с полной интеграцией детей в семьях и вниманием к ним со стороны родных.

#### Структура микросоциального окружения пациентов-казахов

*Характеристика микросоциального окружения пациентов-казахов старше 18 лет, проживающих в городе*

1-ю группу составили 26 пациентов.

В таблице представлены компоненты микросоциального окружения пациентов 1-й группы.

**Таблица 13 - Компоненты микросоциального окружения пациентов 1-й группы**

№	Компоненты микросоциального окружения	Уровень значимости			Всего
		I	II	III	
1	Супруг (а) и дети	26	-	-	26
2	Родители и родные братья (сестры)	26	-	-	26
3	Семьи родных братьев и сестер	22	2	2	26
4	Дяди (тети) по л\м* и их семьи	10	14	2	26
5	Дяди (тети) по л\о* и их семьи	12	10	2	26
6	Другие родственники	10	10	6	26
7	Друзья	14	6	6	26
8	Прапородители	12	12	2	26
9	Врачи	8	12	6	26
10	Коллеги по работе	6	16	4	26
11	Священнослужители	6	10	10	26
12	Народные целители	6	6	14	26

\*л\м – по линии матери

\*л\о – по линии отца

Как следует из таблицы № 13, акцент в системе отношений больного с окружающими падает на ближайших родственников. Менее значимыми являются такие компоненты структуры микросоциального окружения, как друзья и прапородители, наконец, наименее значимыми для больных, с точки зрения, повседневного и актуального общения являются коллеги по работе, врачи, священнослужители и народные целители. Необходимо отметить, что равномерное распределение родственников в пунктах 4, 5, 6 таблицы между категориями «наиболее значимый» и «менее значимый» связано лишь с таким фактором, как место проживания последних. Соответственно в случае нахождения их в том же городе, что пациент, они относились к категории «наиболее значимый», если проживали в другом месте – к категории «менее значимый». Вместе с тем, уточняющие вопросы позволили установить, что в целом, общение с родственниками является крайне ценным и актуальным для пациентов.

**Характеристика микросоциального окружения пациентов-казаков старше 18 лет, проживающих на селе**

Вторую группу составили 64 пациента казахской национальности, проживающие в сельской местности.

В таблице представлены компоненты микросоциального окружения пациентов 2-й группы.

**Таблица 14 - Компоненты микросоциального окружения пациентов 2-й группы**

№	Компоненты микросоциального окружения	Уровень значимости			Всего
		I	II	III	
1	Супруг (а) и дети	64	-	-	64
2	Родители и родные братья (сестры)	64	-	-	64
3	Семьи родных братьев и сестер	64	-	-	64
4	Дяди (тети) по л\м* и их семьи	52	12	-	64
5	Дали (тети) по л\о* и их семьи	56	8	-	64
6	Другие родственники	50	10	4	64
7	Друзья	60	4	-	64
8	Прапорители	54	10	-	64
9	Врачи	8	20	36	64
10	Коллеги по работе	50	10	6	64
11	Священнослужители	24	28	12	64
12	Народные целители	24	28	12	64

\*л\м – по линии матери

\*л\о – по линии отца

Как следует из таблицы № 14, основную часть общения пациентов сельчан составляют родственники. Следует обратить внимание, что по сравнению с 1-й группой больший удельный вес занимают коллеги по работе, но здесь необходимо учитывать, что на селе понятия коллеги по работе и родственники практически идентичны, что связано с сохраняющимися родовыми связями и совместным участием всех родственников проживающих в данном месте в выполнении сельских работ. Наконец, отчетливо видно, что в сельских условиях священнослужители и народные целители равнозначны по актуальности для больного. Также необходимо заметить, что уточняющие вопросы позволили определить, что, по существу, функции мулл и народных целителей нередко идентичны.

**Заключение**

Исследование литературных данных относительно клинико-эпидемиологических и социальных аспектов проблемы психического здоровья показывают беспрецедентные масштабы данной проблемы, отсутствие готовых форм и рецептов ее решения, наличие существенных методологических сложностей, как в определении, так и мониторинге такого емкого био-психо-социального феномена, который представляет собой индивидуальное и социальное психическое здоровье.

Следовательно, разделение категорий психического и психологического здоровья позволяет нам дифференцированно подходить к вопросам охраны и развития здоровья человека: какое здоровье охранять, какое – развивать. Если мы говорим о соматическом и психическом здоровье, то концепция охраны здоровья вполне оправдана. Но когда мы говорим о психологическом здоровье, то только его развитие позволит личности быть более устойчивой в агрессивной, быстро меняющейся среде. Только развитие качественно новых психологических свойств (не развитых ранее в достаточной степени) позволяет личности быть социально-компетентной и самодостаточной.

Разрабатываемые в настоящее время подходы к раскрытию позитивного содержания понятия «психическое здоровье», исключительно важны с точки зрения обеспечения восходящей социальной динамики и профилактики социальных эпидемий.

Также очевидно, что любые преобразования в системе психиатрической, психотерапевтической, консультативно-психологической и первичной врачебной помощи, куда, в первую очередь, обращаются лица с психическими и поведенческими расстройствами, должны проводиться с учетом надежных сведений о реальном распространении определенных классов психических и поведенческих расстройств среди общего населения и отдельных групп.

В данной связи проведение кросссекционных полевых исследований, уточняющих действительные уровни распространения основных пограничных форм психических и поведенческих расстройств среди населения РК представляется весьма актуальным.

Не менее актуальным является исследование распределения уровней психического и психологического здоровья (высоких, средних, низких) среди населения РК, поскольку полученные таким образом сведения будут являться основой для разработки соответствующих психопрофилактических и психологических программ национального значения.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Доклад на I Национальном конгрессе «Психическое здоровье и безопасность в обществе» // ВОЗ. – 2005. – С. 73.
- 2 10 октября – Всемирный день психического здоровья «Психическое здоровье и работа» // Независимый психиатр. журн. – М., 2000. – № 3. – С. 68.
- 3 Доклад о состоянии здравоохранения в мире в 2001 году. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда // ВОЗ. – 2001. – С. 215.
- 4 Всемирный день психического здоровья // Независимый психиатр. журн. – М., 1998. – № 4. – С. 83.
- 5 Виноградова Л.Н. 10 октября – Всемирный день психического здоровья // Независимый психиатр. журн. – М., 1999. – № 3. – С. 89.
- 6 Петраков Б.Д. Основные закономерности распространения психических заболеваний в современном мире и в Российской Федерации // XII съезд психиатров России (материалы съезда). – М., 1995. – С. 98-99.
- 7 Зиньковский А.К., Цикулин А.Е., Сорокина Т.Г. Многомерная (факторная) оценка формирования пограничных неврально-психических расстройств // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1990. – Т. 90, № 5. – С. 80-84.
- 8 Гицкин В.Я., Опаров Т.З., Гомахидзе Ш.В. Соматизированные психические расстройства по материалам диспансеризации сотрудников крупного промышленного предприятия // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1996. – Т. 96, № 6. – С. 54-58.
- 9 Катков А.Л. Определение уровня психического здоровья в организованных группах населения // Вопр. ментальной медицины и экологии. – 1997. – № 2. – С. 48-50.
- 10 Брызган М.Б. Клинико-эпидемиологические показатели психического здоровья подростков // XII съезд психиатров России (материалы съезда). – М., 1995. – С. 41-42.
- 11 Лебедев М.А. Предболезненные состояния пограничных психических заболеваний // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1997. – Т. 97, № 6. – С. 22-25.
- 12 Дербенев Д.П. Состояние психического здоровья городских подростков с неделиквентным поведением и деликвентным // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1997. – Т. 97, № 8. – С. 48-52.
- 13 Ким Л.В., Ермолова Л.А., Ли Хонг Сик, Сонг Даун Хо. Распространенность депрессивных расстройств и социodemографические факторы риска возникновения депрессии среди подростков // Соц. и клин. психиатрия. – 1997. – № 4. – С. 37-53.
- 14 Goldberg D.P., Huxley P. Mental illness in the community. – London: Tavistock, 1980. – Р. 176.
- 15 Dilling H., Weyerer S. Epidemiologie psychischer Störungen und

- psychiatrische Versorgung. – München: Urban und Schwarzenberg, 1978. – 387 p.
- 16 Shepherd M., Sartorius N. Personality disorder and the International Classification of Diseases // Psychological medicine. – 1974. – № 4. – Р. 141-146.
- 17 Lewis A. Psychopathic personality: a most elusive category // Psychological medicine. – 1974. – № 4. – Р. 133-140.
- 18 Klein M. Wisconsin Personality Inventory (WISPI). Madison, WI, University of Wisconsin & Department of Psychiatry. – 1985.
- 19 Lin T.Y. et al. Effects of social change on mental disorders in Taiwan. – 1989. – Р. 326.
- 20 Langner T.S., Michael S.T. Life stress and mental health // The Midtown Manhattan Study. – London: Collier, MacMillan, 1963. – Р. 112.
- 21 Cheung P. Adult psychiatric epidemiology in China in the 80's Cultural medicine and psychiatry. – 1991. – N 15. – Р. 479-496.
- 22 Neugebauer R., Dohrenwend B.P., Dohrenwend B.S. Formulation of hypotheses about the true prevalence of functional psychiatric disorders among adults in the U.S. / In: B.P. Dohrenwend et al. Eds Mental illness in the United States: epidemiological estimates. – New-York: Praeger, 1980. – Р. 56-92.
- 23 Levav I. et al. Salud mental para todos en America Latina y el Caribe. Bases epidemiológicas para la acción (Mental health for all in Latin America and the Caribbean. Epidemiological bases for action.) // Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. – 1989. – N 107. – Р. 196-219.
- 24 Maier W. et al. Prevalence of personality disorders (DSM-III-R) in the community // J. of personality disorders. – 1992. – N 6. – Р. 187-196.
- 25 Casey P.R., Tyrer P. Personality, functioning and symptomatology // J. of psychiatric research. – 1986. – N 20. – Р. 363-374.
- 26 Shepherd M. et al. Psychiatric illness in general practice. – Oxford: Oxford University Press, 1966. – Р. 402.
- 27 Casey P.R., Dillon S., Tyrer P. The diagnostic status of patients with conspicuous psychiatric morbidity in primary care // Psychological medicine. – 1984. – N 14. – Р. 673-681.
- 28 Mann A.H., Jenkins R., Belsey E. The twelve-month outcome of patients with neurotic illness in general practice // Psychological medicine. – 1981. – N 11. – Р. 535-550.
- 29 Dilling H., Weyerer S., Fichter M. The Upper Bavarian Studies // Acta psychiatria Scandinavica. – 1989. – 79, suppl. 348. – Р. 113-140.
- 30 Smith O.R. et al. Antisocial personality disorder in primary care patients with somatization disorder // Comprehensive psychiatry. – 1991. – N 32. – Р. 367-372.
- 31 Leighton A.H. My name is Legion: the Stilling County Study of Psychiatric Disorder and Sociocultural Environment. – New-York: Basic Books, 1959. – Р. 346.
- 32 Michels R. et al. Psychiatry. – Philadelphia: Lippincott, 1963. – Vol. 3. – Р. 1-16.

1 Доз  
безопасн  
2 10  
здравоу  
68.  
3 До  
здравоу  
4 Вс  
журн. - 1  
5 Вс  
// Незал  
6  
психиче  
XII съезд  
7  
(фактор  
расстро  
90, № 5  
8  
психич  
крупно  
С.С. К  
9  
органи  
эколог  
10  
психи  
(матер  
11  
психи  
- 199  
12  
подр  
нейро  
48-52  
1  
Расп  
факт  
псих  
1  
Тави

- 33 Baron M et al. A family study of schizophrenic and normal control probands: implications for the spectrum concept of schizophrenia // Am. j. of psychiatry. - 1985. - N 142. - P. 447-455.
- 34 Robins L.N., Regier D.A. Psychiatric Disorders in America // The Epidemiologic Catchment's Area Study. - New-York: Free Press, 1991. - P. 449.
- 35 Bland R.C., Newman S.C., Orn H. Age of onset of psychiatric disorders // Acta psychiatica Scandinavica. - 1988. - 77, suppl. 338. - P. 43-49.
- 36 Hwu H.G., Yeh E.K., Chang L.Y. Prevalence of psychiatric disorders in Taiwan defined by the Chinese Diagnostic Interview Schedule // Acta psychiatica Scandinavica. - 1989. - N 79. - P. 136-147.
- 37 Kinzie J.D. et al. Psychiatric epidemiology of an Indian village: a 19-year replication study // J. of nervous and mental disease. - 1992. - N 180. - P. 33-39.
- 38 Koegel P. The prevalence of specific psychiatric disorders among homeless individuals in the inner city of Los Angeles. Archives of general psychiatry. - 1988. - N 45. - P. 1085-1092.
- 39 Lewis C.E. et al. Psychiatric diagnostic predispositions to alcoholism. Comprehensive psychiatry. - 1982. - N 23. - P. 451-461.
- 40 Lewis C.E., Robins L., Rice J. Association of alcoholism with antisocial personality disorder in urban men // J. of nervous and mental diseases. - 1985. - N 173. - P. 166-170.
- 41 Weissman M.M., Myers J.K. Psychiatric disorders in a US community // Acta psychiatica Scandinavica. - 1980. - N 62. - P. 99-111.
- 42 Swartz M. et al. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community // J. of personality disorders. - 1990. - N 4. - P. 257-272.
- 43 Akhtar S., Byme J.P., Doghramji K. The demographic profile of borderline personality disorder // J. of clinical psychiatry. - 1986. - N 47. - P. 196-198.
- 44 Widiger T.A., Weissman M.M. Epidemiology of borderline personality disorder // Hospital and community psychiatry. - 1991. - N 42. - P. 1015-1021.
- 45 Kass F. et al. Scaled ratings of DSM-III personality disorders // Am. j. of psychiatry. - 1985. - N 142. - P. 627-630.
- 46 Reich J.H. Sex distribution of DSM-III personality disorders in psychiatric outpatients // Am. j. of psychiatry. - 1987. - N 144. - P. 485-488.
- 47 Nestadt G. et al. An epidemiological study of histrionic personality disorder // Psychological medicine. - 1990. - N 20. - P. 413-422.
- 48 Nestadt G. et al. DSM-III compulsive personality disorder: an epidemiological survey // Psychological medicine. - 1991. - N 21. - P. 461-471.
- 49 Хвалиницкий Т.Я., Нулер Ю.Л. Депрессии и их лечение. - Л., 1973. - С. 180.
- 50 Точилов В.А. Клинико-психофармакологические методы исследования и лечения аффективных психозов: метод. рек. - СПб., 1992. - С. 112.
- 51 Sartorius N. Depressive illness as a worldwide problem // Depression in everyday practice. - Bern, 1974. - P. 18-25.
- 52 Loss L.H. The basic syndrome of depression in: Psychopathology of Depression // Proceedings of the symposium by the World Psychiatric Association. - 1979. - P. 149-51.
- 53 Kielholz P., Poldinger W., Adams C. Die larvierte Depression. - 1981. - P. 260.
- 54 Gelder M., Gath D., Mayou R. Оксфордское руководство по психиатрии. - Киев, 1997. - С. 432.
- 55 Kaplan H.G., Sadock B.J. Recent perspectives in schizophrenia // Canad. Psychiatr. ass. j. - 1971. - Vol. 16, N 6. - P. 459-471.
- 56 Чуприков А.П., Пилигина Г.Я. Депрессии в общеврачебной практике // Лікування та Діагностика. - 1998. - С. 28-35.
- 57 Friedman A.S., Cowitz B., Cohen H.W., Granick S. Syndromes and themes of psychotic depression // Arch Gen Psychiat. - 1963. - Vol. 9. - P. 504-509.
- 58 Kielholz P. Masked depression. - Bern, 1973. - P. 217.
- 59 Kielholz P. Psychopathology of depression // Proceeding of the symposium by the section of clinical Psychopathology of the World Psychiatric Association. - Helsinki, 1980. - P. 153-157.
- 60 Akiskal H.S., McKinney W.T. Overview of recent research in depression Integration of Ten Conceptual Models Into a Comprehensive Clinical Frame Arch // Gen. Psychiatry. - 1975. - Vol. 32. - P. 285-305.
- 61 Bemporad J.R. Depression and mania ed // Anastasios Georgotas, Robert Casano. - New-York, 1988. - P. 167-180.
- 62 Пиньо П. Эпидемиология депрессий // Журн. невропат. и психиат. - 1990. - № 12. - С. 82-84.
- 63 МакГлини Т.Д., Меткалфа Г.Л. Диагностика и лечение тревожных расстройств: руководство врачей / под ред. проф. Ю.А. Александровского. - 1989. - С. 305.
- 64 Eaton W.W. Social class and chronicity of schizophrenia // J. chronic diseases. - 1975. - Vol. 28. - P. 191-198.
- 65 Jenike J.H. Obsessive Compulsive Disorders: Theory and Management / Eds M. Jenike et al. - Chicago; London, 1986. - P. 77-111.
- 66 Turner S.M. et al. Social phobia: axis I and II correlates // J. of I abnormal psychology. - 1991. - N 100. - P. 102-106.
- 67 Kielholz P., Adams C. Panic Anxiety States / Eds. P. Kielholz, C. Adams. - Köln, 1989. - P. 7.
- 68 Bronisch T. II Fortsch. Neurol. Psychiat. - 1990. - Bd 58, N 2. - P. 98-113.
- 69 Kantor J.S., Zitrin C.M., Zeidis S.M. Mitral valve prolapse syndrome agoraphobic patients // Am. J. Psychiatry. - 1980. - N 137. - P. 467-469.
- 70 Lehtinen V. Many Faces of Panic Disorder / Eds. K. Achte et al. - 1989. - P. 11-17.
- 71 Fodor LG. The phobic syndrome in women: Implication for treatment / V. Franks & V. Burtle eds.) // Women in therapy. - New-York: Press, 1974.

1 безоп.  
2 здоро.  
68.  
3 здоро.  
4 журн.  
5 // Не:  
6 псих.  
XII с  
7 (фак  
расс  
90, №  
8 псио  
круг  
С.С.  
ориг  
екол  
псих  
(ма  
псих  
- 1  
пол  
ней  
48.  
Ра  
фа  
пс  
Та

- 72 Boer J.A. den. Serotonergic Mechanisms in Anxiety Disorders: An Inquiry into Serotonin Function in Panic Disorder. – Utrecht, 1988. – P. 75.
- 73 Bronisch T. II Fortsch. Neurol. Psychiat. – 1990. – Bd 58, N 2. – S. 98-113.
- 74 Hollander E., Liebowitz M., German I. et al. Phobic syndrome // Arch. gen. Psychiat. – 1989. – Vol. 46, N 2. – P. 135-140.
- 75 Hiller W., Zanding M., Bose M., Von Rummler R. Anxiety disorders comparison of the ICD-9 and DSM-III-R classification system // Ada Psychiatr. Scand. – 1989. – Vol. 79. – P. 338-347.
- 76 Gabriel E. Many Faces of Panic Disorder / Eds. K. Achte et al. – 1989. – P. 47-52.
- 77 Alnaes R., Torgersen S. The relationship between DSM-III symptom disorders (axis I) and personality disorders (axis II) in an outpatient population // Acta psychiatrica Scandinavica. – 1988. – N 78. – P. 485-492.
- 78 Hamilton M. The Borderline Between Anxiety and Depression / Eds. W.M.A. Verhoeven et al. – Leusden, 1989. – P. 11-21.
- 79 Lesser A.J. Anxiety Disord. – 1988. – Vol. 2, N 1. – P. 3-15.
- 80 Lesser A.J., Rubin R.T., Pecknold S.C. et al. Anxiety Disord and depression // Arch. gen. Psychiat. – 1988. – Vol. 45, N 5. – P. 437-443.
- 81 Poldinger W. Depressive Illness / Ed. P. Kielholz. – Bern, 1972. – P. 63-72.
- 82 Torgersen J. Localizing DSM-III personality disorders in a three-dimensional space // J. of personality disorder. – 1989. – N 3. – P. 274-281.
- 83 Lieberman Neuropsychobiology. – 1984. – Vol. 11, N 1. – P. 14-21.
- 84 Kelly D. II Pharmacopsychiatry. – 1980. – Vol. 13, N 5. – P. 259-266.
- 85 Freedman R.R., Janni P., Ettedgui E., Puthezhath N., Ambulatory monitoring of Panic Disorder // Arch. Gen. Psychiatry. – 1985. – Vol. 42. – P. 244-248.
- 86 Jacob R.G. Panic disorder and the vestibular system // Psychiatric Clinics of North America. – 1988. – N 11. – P. 361-374.
- 87 Kushner M.G., Beitman B.D. Panic attacks without fear. Paper presented at the 23rd Annual Association for the Advancement of Behavior Therapy Convention, November, Washington D.C. – 1990. – P. 242.
- 88 Krystal J.H., Woods S.W., Hill C.L., Charney D.S. Characteristic of panic attack subtypes: Assessment of spontaneous panic, situational panic, and limited symptom attack // Compr. Psychiatry. – 1991. – Vol. 32. – P. 474-480.
- 89 Roth M. Psychiatr. Develop. – 1984. – Vol. 2. – P. 31-52.
- 90 Sanderson W., Barlow D.H. Panic attack // J. nerv. ment. Dis. – 1990. – Vol. 178, N 9. – P. 588-591.
- 91 Charney D.S., Woods S., Goodman W. et al. Obsessive-Compulsive Disorders Theory // J. din. Psychiat. – 1986. – Vol. 47, N 12. – P. 580-586.
- 92 Rasmussen S., Tsuang M. Obsessive-Compulsive Disorders Theory and Management / Eds. M. Jenike et al. – 1986. – P. 23-44.
- 93 Klein D., Gorman J. Acta Psychiat. scandinav. – 1987. – Vol. 76, suppl. 335. – P. 87-95.
- 94 Rifkin A., Pecknold, Swinson R. et al. The Borderline // J. Psychiat. Res. – 1990. – Vol. 246 N 1. – P. 18.
- 95 Lepine J.P. Epidemiology of Social phobia: A cross-national perspective. Search for the causes of psychiatric disorders: epidemiological approaches. – New-York, 1995. – P. 235.
- 96 Alexander F., French T.M. Studies in Psychosomatic Medicine. – New-York: The Ronald Press, 1948. – P. 388.
- 97 Alexander T. Certain characteristics of the self as related to affection // Child Dev. – 1931. – Vol. 22, N 4. – P. 285-290.
- 98 Ribble M. Anxiety in infants and its Disorganizing Effects // Modern Trends in Child Psychiatry / Ed by N. Lewis. – New-York, 1945. – P. 11-25.
- 99 Spiegel M. Psychosomatic diseases in childhood / Ed. A. With 31 Contib. De O.E. Spiegel. – New-York: London: Arno, 1979. – Vol. XVI. – 415 p.
- 100 Оумурали Д.Н. Детская и подростковая психиатрия. – М., 1993. – 319 с.
- 101 Романский Д.А. Экспериментальная психология эмоций. – М., 1979. – 392 с.
- 102 Жариков Н.М., Гильчук В.Л. Справочник вопросов к проблеме соматоформных и связанных расстройств // Невропатология в гастроэнтерологии. – 1996. – № 4. – С. 5-11.
- 103 Friedman M., Rosenman R.H., Cansel V. Changes in the serum cholesterol and blood clotting time in men exposed to cyclic variation of occupational stress. – 1958. – P. 118.
- 104 Доклад национальной комиссии по исследованию расстройств сна «Предупреждение нации о проблемах сна». – М., 1997. – 198 с.
- 105 Stepansky R., Asenbaum S., Salety B. Sleep disorders in neurology. Hypersomnia // Wien Klin. Wochenschr. – 1997. – Vol. 109, N 22. – P. 869-877.
- 106 Shirakawa S., Takahashi K. Epidemiology of sleep disorders // Nippon Rincho. – 1998. – Vol. 56, N 2. – P. 475-481.
- 107 Чуркин А.А., Творогова Н.А. Характеристика психических расстройств среди населения Российской Федерации за 1993 и 2003 гг. // Психическое здоровье. – М., 2006. – № 1. – С. 22-31.
- 108 Первова Ю.В. Синдром минимальной дисфункции мозга у детей – актуальная медико-социальная проблема // Наркология. – 2004. – № 2. – С. 63-66.
- 109 Макаров И.В. Эпидемиология психозов у детей в Санкт-Петербурге // Рос. психол. журн. – 2003. – № 5. – С. 51-53.
- 110 Иончук Н.М., Батыгин Г.З. Распространенность и клинические проявления депрессий в школьной подростковой популяции // Журн. неврологии и психиатрии. – 1998. – № 9. – С. 33-36.
- 111 Говорин Н.В., Зимина И.А., Абашкина Е.В., Злова Т.П. Психическое здоровье подростков, проживающих в экологически неблагоприятном регионе Восточного Забайкалья // Соц. и клин. психиатрия. – 2004. – № 1. – С. 16-19.
- 112 Работкин О.С., Палатов С.Ю. Психическое здоровье юношей до призыва и призывающего возраста и меры по совершенствованию его оценки с позиции подготовки к военной службе // Наркология. – М., 2004. – № 10. – С. 32-34.

1  
безопа  
2  
здоро  
3  
здоро  
4  
журн  
5  
// Нес  
6  
псих  
ХII с  
-  
(фаз  
расс  
90, 1  
  
псих  
кру  
С. С  
  
ори  
эко  
  
ис (м  
  
по  
-  
п  
н  
4  
  
1

- 113 Букреева Н.Д. Динамика показателей распространенности психических расстройств среди населения крупного промышленного центра в условиях социально-экономических перемен // Эпидемиология и орг. невролог. и психиатр. помощи. – 1997. – № 7. – С. 52-55.
- 114 Жариков Н.М., Гиндикин В.Я. Распространенность пограничных психических расстройств среди лиц, не находящихся под наблюдением психиатрических учреждений // Эпидемиология и орг. невролог. и психиатр. помощи. – 2002. – № 7. – С. 45-49.
- 115 Богдан М.Н. Распространенность пограничных психических расстройств у лиц разного пола // Эпидемиология и орг. невролог. и психиатр. помощи. – 1997. – № 5. – С. 54-56.
- 116 Жариков Н.М., Иванова А.Е., Анискин Д.Б., Чуркин А.А. Самоубийства в Российской Федерации как социопсихиатрическая проблема // Эпидемиология и орг. невролог. и психиатр. помощи. – 1997. – № 6. – С. 9-15.
- 117 Гиндикин В.Я. Справочник соматогенные и соматоформные психические расстройства. – М.: Триада, 2000. – 247 с.
- 118 Александровский Ю.А. Психические расстройства в общемедицинской практике и их лечение. – М.: Изд. дом Гэотар-МЕД, 2004. – 234 с.
- 119 Белялов Ф.И. Психические расстройства в практике психотерапевта. – М.: МЕДпресс-меформ, 2005. – 253 с.
- 120 Ерышев О.Ф., Сиринц А.М. Справочник семейного врача // Психиатрия. – М.: СПб.: Майя, 2005. – 269 с.
- 121 Кудырова Г.М. История развития психиатрии в Казахстане // Материалы II съезда психиатров, наркологов и психотерапевтов РК. – Павлодар, 2004. – С. 74-76.
- 122 Катков А.Л., Айбасова Г.Х. Анализ стандарта мониторинга в сфере психического здоровья населения Республики Казахстан // Вопр. ментальной медицины и экологии. – М.; Павлодар, 2004. – Т. 10, № 3. – С. 18-26.
- 123 Кудырова Г.М. Характеристика болезненности психическими расстройствами в Республике Казахстан в 1990-1996 годах // Вопр. ментальной медицины и экологии. – М.; Костанай, 2000. – Т. 6, № 1. – С. 87-93.
- 124 Кудырова Г.М. Анализ заболеваемости психическими расстройствами в Республике Казахстан в 1990-1996 годы // Вопр. ментальной медицины и экологии. – М.; Костанай, 2000. – Т. 6, № 2. – С. 11-17.
- 125 Джарбусынова Б.Б. Анализ динамики выявляемости психических и поведенческих расстройств в Республике Казахстан по данным официальной статистики на период 1992-2002 гг. // Вопр. ментальной медицины и экологии. Спец. вып., посвящ. десятилетию журн. «Вопр. ментальной медицины и экологии». – М.; Павлодар, 2004. – Т. 10. – С. 68-86.
- 126 Айтбекет Б.Н., Располова Н.И., Миркулова А.А. Социально-демографические, этнические и клинические особенности у лиц с органическими психическими расстройствами у населения Жамбылской области, и г. Тараз Республики Казахстан // Материалы II съезда психиатров, наркологов и психотерапевтов РК. – Павлодар, 2004. – С. 21-24.
- 127 Айбасова Г.Х., Илешева Р.Г., Располова Н.И., Музаров Р.Х. К вопросу о динамике показателей заболеваемости и болезненности органическими психическими расстройствами среди детей и подростков в Южном регионе Республики Казахстан // Психиатрия, психотерапия и наркология. – 2003, окт. – № 1. – С. 60-62.
- 128 Едигенова М.Б., Сандыбаева Р.К. Анализ структуры органических психических расстройств у сотрудников системы МВД // Вопр. ментальной медицины и экологии. – М.; Павлодар, 2005. – Т. 11, № 3. – С. 11-14.
- 129 Владимир Б.С. Клиническая структура пограничных психических расстройств населения Семипалатинского региона // Материалы II съезда психиатров, наркологов и психотерапевтов РК. – Павлодар, 2004. – С. 38-39.
- 130 Асимов М.А. Генерализованные тревожные расстройства и соматоформные расстройства в амбулаторной практике // Материалы II съезда психиатров, наркологов и психотерапевтов РК. – Павлодар, 2004. – С. 25-27.
- 131 Сарсембаев К.Т. Невротические расстройства в разных этнических группах городского населения Казахстана // Журн. неврологии и психиатрии. – 2003. – № 7. – С. 57-58.
- 132 Джарбусынова Б.Б. Социальная фобия как расстройство качества жизни // Вопр. ментальной медицины и экологии. – М.; Павлодар, 2005. – Т. 11, № 2. – С. 74-75.
- 133 Джарбусынова Б.Б., Кудырова Г.М. О состоянии проблемы суицидов и мерах профилактики самоубийств в Республике Казахстан // Материалы II съезда психиатров, наркологов и психотерапевтов РК. – Павлодар, 2004. – С. 51-54.
- 134 Негай А.П., Сарсенов Р.О., Алиева А.С., Дон М.А. Анализ по суицидам из Кызылординской области за 2001 год и I квартал 2002 года // Вопр. ментальной медицины и экологии. – М.; Павлодар, 2003. – Т. 9, № 2. – С. 98-99.
- 135 Оспан Т.Б., Байханова Т.Р., Жолдыбаева Ж.С. О суицидологической ситуации в г. Экибастузе с 1996 по 2002 гг. // Вопр. ментальной медицины и экологии. – М.; Павлодар, 2003. – Т. 9, № 2. – С. 67-68.
- 136 Беди В.И., Башинская Г.Н. Анализ совершенных суицидальных попыток по данным токсикологического отделения I городской клинической больницы г. Астаны за 2001-2002 г.г. // Вопр. ментальной медицины и экологии. – М.; Павлодар, 2004. – Т. 10, № 3. – С. 92-94.
- 137 Черепанова Н.А., Насырова Т.Ж., Мукашева Г.М., Зинкин Б.Ф. Анализ суицидогенной активности населения г. Усть-Каменогорска и ВКО //

Вопр. ментальной медицины и экологии. – М.; Павлодар, 2004. – Т. 10, № 1. – С. 139-142.

138 Катков А.Л. Психологическое здоровье и стратегия развития психологической науки и практики в Республике Казахстан // Вопр. ментальной медицины и экологии. – М.; Павлодар, 2002. – Т. 8, № 3. – С. 7-14.

139 Россинский Ю.А., Россинская О.В., Нуралиев Б.Ж. Взаимосвязи некоторых характеристик психологического здоровья с агрессивными и экспрессивными формами поведения у подростков мужского пола // Вопр. ментальной медицины и экологии. – М.; Павлодар, 2005. – Т. 11, № 3. – С. 46-49.

140 Джарбусынова Б.Б. Динамика распространенности психических и поведенческих расстройств (без психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ) по Казахстану по официальным данным периода 1992-2002 гг. // Вопр. ментальной медицины и экологии. – М.; Павлодар, 2004. – Т. 10, № 2. – С. 56-64.

141 Катков А.Л., Джарбусынова Б.Б. Соотношение психического и психологического здоровья среди населения Республики Казахстан по данным эпидемиологического исследования 2001 года // Вопр. ментальной медицины и экологии. Спец. вып., посвящ. десятилетию журн. «Вопр. ментальной медицины и экологии». – М.; Павлодар, 2004. – Т. 10. – С. 90-111.

142 Абзалова Р.А. Концептуальные основы и методологические аспекты внедрения интегрированной модели медико-санитарной помощи населению на первичном уровне здравоохранения: автореф. ... д-ра мед. наук. – Астана, 2006. – 41с.