

*На правах рукописи*

**ПАКРИЕВ**  
**Сергей Галинурович**

**РАССТРОЙСТВА ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА  
В ПОПУЛЯЦИИ СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ  
УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**14.01.06-Психиатрия**

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т**

**д и с с е р т а ц и и  
на соискание ученой степени  
доктора медицинских наук**

**Томск**

**2012**

Работа выполнена в ГБОУ ВПО «Ижевской государственной медицинской академии» Минздравсоцразвития России и в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук.

**Научный консультант:**

д-р мед. наук, профессор  
академик РАМН

**Семке Валентин Яковлевич**

**Официальные оппоненты:**

д-р мед. наук, профессор  
ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН (Томск)

**Аксенов Михаил Михайлович**

д-р мед. наук, профессор  
ФГБУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского» (Москва)

**Чуркин Александр Александрович**

д-р мед. наук, профессор  
ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России

**Говорин Николай Васильевич**

**Ведущее учреждение:** ГБОУ ВПО Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И. П. Павлова Минздравсоцразвития России.

Защита состоится 28 марта 2012 г. в 10 часов на заседании совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 001.030.01 при Федеральном государственном бюджетном учреждении «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук по адресу: 634014, Томск, ул. Алеутская, 4.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН.

Автореферат разослан 24 февраля 2012 г.

Ученый секретарь совета по защите  
докторских и кандидатских  
диссертаций Д 001.030.01  
кандидат медицинских наук

 О. Э. Перчаткина

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность исследования.** Последние десятилетия характеризуются особым интересом исследователей к проблеме депрессивных расстройств, что определяется их высокой распространенностью. Прогнозируется, что к 2020 г. депрессия как причина нетрудоспособности займет второе место после ишемической болезни сердца. Несмотря на высокие эпидемиологические показатели, большая часть депрессий не распознается или лечится неадекватно (Счастный Е. Д., 2001; Семке В. Я., 2002, 2004; Симуткин Г. Г., 2007; Балашов П. П., 2008; Рыбалко М. И., 2010; Keller M. B., 2003; Kessler R. C. et al., 2003). Следствием отсутствия лечения или неадекватной терапии депрессии является неблагоприятное течение болезни, включая высокий риск смертности (Оганов Р. Г., 2004; Одарченко С. С., 2009; Jiang W. et al., 2001; von Ammon Cavanaugh S., 2001). Одной из причин гиподиагностики депрессий является недостаточная обеспеченность населения психиатрической помощью. Другой причиной гиподиагностики может быть недостаточная осведомленность врачей первичного звена о клинике депрессии. Как показывает практика, трудности в диагностике депрессии связаны с разнообразием и интенсивностью собственно депрессивной симптоматики, коморбидностью депрессии с другими клиническими состояниями (Дробизhev М. Ю., 2004; Сумароков А. А., 2008; Крылов В. И., 2009; Овчинников А. А., 2010; Montano C. B., 1994).

Вопросы эпидемиологии расстройств депрессивного спектра в городской местности получили достаточно широкое освещение в литературе (Чуркин А. А. и др., 2000, 2010; Гарганеева Н. П., 2002; Оганов Р. Г. и др., 2004; Gilchrist G., Gunn J., 2007). В то же время работы, посвященные распространенности депрессий среди сельского населения, явно недостаточно. Отсутствуют российские исследования, освещающие комплексное изучение эпидемиологии расстройств депрессивного спектра и показателей деятельности психиатрической службы в сельской местности.

Проблемы сельского здравоохранения затрагивают около 40 млн жителей России, т. е. более четверти населения страны. Медицинская помощь в сельской местности становится все менее доступной из-за продолжающегося процесса дробления территорий на отдельные муниципальные образования. Уменьшение числа сельских участковых больниц, врачебных амбулато-

рий и фельдшерско-акушерских пунктов, усиливающийся отток медицинских кадров, высокий износ основных фондов, прекратившееся плановое обеспечение сельских учреждений здравоохранения медицинским оборудованием, автотранспортом требуют разработки единой государственной стратегии развития сельского здравоохранения. В условиях финансового кризиса, в большей степени затрагивающего сельское население, особенно актуально звучит проблема оптимизации внебольничной психиатрической помощи (Аксенов М. М., 1995; Семке В. Я., 1999; Казаковцев Б. А., 2009). Анализируя эпидемиологическую ситуацию, исследователи отмечают резкое ухудшение показателей состояния психического здоровья сельского населения по сравнению с аналогичными показателями города (Некрасов М. А., 2008; Андреев М. К., 2009). В сфере организации оказания амбулаторной психиатрической помощи в селе указывается на следующие проблемы: малая доступность специализированной помощи в связи с удаленностью населенных пунктов, отсутствие реабилитационных структур, недостаточная кадровая обеспеченность, отсутствие в штате центральных районных больниц специалистов психологов, низкое качество ведения первичной медицинской документации (Андреев М. К., 2009).

Данные литературы свидетельствуют о высокой распространенности расстройств депрессивного спектра в популяции сельских жителей, что способствует поддержанию в этой группе населения высокой частоты самоубийств, в несколько раз превышающей критический уровень ВОЗ (Положий Б. С., 2002), и низкой продолжительности жизни. Все это определяет необходимость разработки и проведения целенаправленных программ охраны психического здоровья населения сельской местности, в частности интеграцию психиатрической помощи в систему первичного звена здравоохранения.

Таким образом, недостаточная научная разработанность и высокая медико-социальная значимость проблемы расстройств депрессивного спектра в популяции сельских жителей определяют актуальность темы настоящего исследования.

**Цель исследования:** изучить распространенность и клинико-социальные особенности расстройств депрессивного спектра в популяции сельского населения Удмуртской Республики с последующей разработкой научно обоснованных направлений их дифференцированной профилактики.

### **Задачи исследования:**

1. Изучить эпидемиологические показатели психических расстройств по данным учтенной болезненности в Удмуртской Республике с 1995 по 2010 г. Сопоставить данные о распространенности психических расстройств в городской и сельской субпопуляциях.

2. Исследовать динамику эпидемиологических показателей расстройств депрессивного спектра в сельской местности за 15 лет (сравнить эпидемиологические показатели за 1995 и 2010 гг.).

3. Выявить этнокультуральные особенности расстройств депрессивного спектра.

4. Исследовать коморбидность расстройств депрессивного спектра с другими психическими и соматическими заболеваниями.

5. Разработать организационную модель региональной службы психического здоровья.

6. Научно обосновать и создать направление дифференцированной профилактики расстройств депрессивного спектра в сельской популяции Удмуртской Республики.

### **Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Распространенность расстройств депрессивного спектра в популяции сельских жителей в 1995 г. по критериям МКБ-10 составила 27,3 %. В исследовании 2010 г. данная патология была выявлена у 25,6 % жителей села. Факторами риска расстройств депрессивного спектра у жителей сельской местности являются: женский пол, возраст 50—59 лет, социальный статус пенсионера, инвалида и безработного; семейное положение разведенные или вдовы, неудовлетворительные семейные отношения, наличие хронического соматического заболевания, низкий уровень доходов.

2. Выявлены этнокультуральные отличия в социально-демографических и клинических характеристиках расстройств депрессивного спектра. У лиц удмуртской национальности была выявлена склонность к затяжным депрессиям. У удмуртов с текущей депрессией, чаще чем у русских, выявлялось коморбидное хроническое соматическое заболевание (57,5 % – у удмуртов, 46,9 % – у русских;  $p < 0,05$ ).

Получены достоверные этнокультуральные различия в отношении факторов, с которыми респонденты связывали начало психогенной депрессии: удмурты к основной причине относили плохие отношения в семье (чаще всего пьянство мужа) (51,0 % – у удмуртов, 26,2 % – у русских,  $p < 0,05$ ); русские – проблемы на работе и финансовые затруднения (19,1 % – у русских, 2,0 % – у удмуртов,  $p < 0,05$ ).

3. С учетом выявленных в ходе исследования особенностей депрессивных расстройств, их факторов риска были сформулированы рекомендации по профилактике депрессий в селе:

- регулярное проведение работы по обучению участковых врачей первичного медицинского звена навыкам распознавания депрессий; организация первичного скрининга депрессий с использованием шкалы депрессии ДЕПС, с привлечением для этой работы среднего медицинского и другого персонала первичного медицинского звена;

- проведение участковыми врачами первичного медицинского звена совместно с участковыми психиатрами ежегодной диспансеризации сельского населения с целью своевременного выявления у них расстройств депрессивного спектра по следующим критериям: депрессивная реакция или эпизод в анамнезе, женский пол, возраст старше 50 лет (у женщин дополнительным фактором риска является возраст 18—29 лет), социальный статус пенсионера, инвалида и безработного; семейное положение разведенные или вдовы, неудовлетворенность семейными и производственными отношениями, низкий уровень доходов; необходимо обращать внимание на жалобы астенического, ипохондрического и тревожного характера (по преобладающей синдромальной структуре депрессий);

- оптимизация мероприятий по профилактике сопутствующих депрессиям хронических соматических заболеваний, социальных фобий, алкогольной зависимости и табакокурения; ориентация на комплексное лечение расстройств депрессивного спектра, включающее применение психофармакотерапии и психотерапии, при терапии депрессий следует учитывать этнокультуральные особенности.

**Научная новизна.** Впервые на репрезентативном материале проведено комплексное исследование расстройств депрессивного спектра в популяции сельских жителей, позволившее установить основные закономерности их распространенности, условий возникновения и клинических проявлений. Впервые подробно исследованы

дованы социально-демографические и клинические особенности расстройств депрессивного спектра, в частности пол, возраст, социальный и семейный статусы, психологический климат в семье, материальный доход, наличие сопутствующих психических и соматических заболеваний. Выявлены этнокультуральные особенности расстройств депрессивного спектра. Установлена низкая обращаемость за специализированной помощью в популяции сельских жителей с данной патологией: по данным исследования 1995 г. обращаемость составила 1,1 %, в исследовании 2010 г. – 2,9 %. Впервые разработаны дифференцированные подходы к профилактике расстройств депрессивного спектра у жителей села. В области первичной профилактики сформулированы научно-практические рекомендации по проведению профилактических мероприятий в сельской местности с учетом факторов риска. Разработана организационная модель региональной службы психического здоровья.

**Практическая значимость.** Знание установленных закономерностей распространенности расстройств депрессивного спектра в популяции сельских жителей имеет значение с точки зрения оценки социального бремени, наносимого ими обществу, а также разработки общегосударственной программы предупреждения депрессий. Полученные данные о типичных социально-демографических и клинических характеристиках расстройств депрессивного спектра позволят практическим врачам психиатрам и психотерапевтам, организаторам здравоохранения целенаправленно планировать научно-организационные мероприятия по их профилактике среди жителей села. Знание факторов риска депрессий в популяции сельских жителей является необходимым условием для проведения профилактических мероприятий. Внедрение разработанных рекомендаций по первичной профилактике расстройств депрессивного спектра среди сельских жителей, включающих организацию превентивной работы на уровне первичного врачебного звена, будет способствовать совершенствованию системы организации психиатрической помощи сельским жителям и снижению смертности в результате самоубийств.

**Внедрение результатов в практику.** Научное исследование выполнено в рамках темы основного плана НИР НИИПЗ СО РАМН «Стрессоустойчивость и дезадаптация при непсихотических психических расстройствах» № государственной регистрации 01200954082 УДК 616.89; 615.832.9; 615.851.

Результаты исследования внедрены в практическую деятельность ГУЗ «Республиканская клиническая психиатрическая больница Министерства здравоохранения Удмуртской Республики», МУЗ «Городская клиническая больница № 5 управления здравоохранения Администрации г. Ижевска», МУЗ «Глазовский психоневрологический диспансер», ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия»; ОГУЗ «Томская клиническая психиатрическая больница»; ОГУЗ «Кемеровская областная клиническая психиатрическая больница»; БУЗ Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н. Н. Солодниковой».

**Апробация работы.** Материалы диссертации были доложены и обсуждены на Международной научно-практической конференции «Зависимость, ответственность и доверие: в поисках субъектности» (Ижевск, 2004); Межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы психоневрологии» (Ижевск, 2005); VI Межрегиональной научно-практической конференции «Опыт и проблемы социальной работы с детьми, подростками и молодежью в современных условиях» (Ижевск, 2005); Всероссийской научно-практической конференции «Человек и мир: социальное поведение личности в изменяющемся мире» (Ижевск, 2007); VII Межрегиональной научно-практической конференции «Опыт и проблемы социальной работы с детьми, молодежью и молодыми семьями в современных условиях» (Ижевск, 2007); Межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 75-летию ГУЗ «Первая республиканская психоневрологическая больница Министерства здравоохранения Удмуртской Республики» (Ижевск, 2008); III Всероссийской научно-практической конференции «Человек и мир: конструирование и развитие социальных миров» (Ижевск, 2010). Внутренняя апробация диссертационной работы состоялась 4 октября 2011 г. на совместном научном заседании кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии, кафедры общественного здоровья и здравоохранения, кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики, кафедры госпитальной терапии ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия». Внешняя апробация состоялась 21 декабря 2011 г. в апробационном совете НИИПЗ СО РАМН

**Публикации.** Всего по теме диссертации опубликовано 38 работ, в том числе 18 работ в рецензируемых изданиях, включенных в перечень ВАК РФ.

**Объем и структура диссертации.** Диссертация изложена на 327 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, результатов собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы, приложений. Работа иллюстрирована 64 таблицами и 13 рисунками. Библиографический указатель содержит 570 источников литературы (166 отечественных работ и 404 иностранных публикаций).

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

*Источники первичного материала.* Для проведения исследования были выбраны следующие источники первичного материала 1) статистические сведения в соответствии с отчетной статистической формой № 10 (отчет о заболеваниях психическими расстройствами) и отчетной статистической формой № 36 за 1995–2010 гг. по болезненности и заболеваемости психическими расстройствами в Удмуртской Республике; 2) данные углубленного эпидемиологического и клинико-динамического исследования жителей сельской местности Удмуртской Республики.

Исследование состояло из двух частей. *Первая часть* исследования была выполнена в 1995 г. Для исследования были выбраны 4 типичных по демографическим характеристикам для Удмуртии сельских населённых пунктов из разных регионов республики: населённые пункты «Л» и «О» представляли северную часть Удмуртии, «П» – центральную часть Удмуртии и «Б» – южную часть Удмуртии. Группа исследуемых была сформирована при помощи метода систематической случайной выборки. В исследовательскую выборку вошёл каждый третий житель из населённых пунктов «Л», «О» и «Б» и каждый пятый житель из населённого пункта «П». Всего было отобрано 995 чел. в возрасте от 18 до 59 лет. 78 мужчин и 24 женщины отказались принять участие в исследовании. С 38 жителями по разным причинам не удалось встретиться. В итоге исследуемую группу составили 855 чел., включая 368 (43 %) мужчин и 487 (57 %) женщин (табл. 1).

По социальному статусу участники исследования распределились следующим образом: рабочие – 50,2 %, служащие – 37,1 %, безработные – 3,0 %, пенсионеры и инвалиды – 9,7 %. По уровню образования получено следующее распределение:

11,7 % – высшее, 71,1 % – среднее и среднее специальное, 17,2 % – неполное среднее. Определен национальный состав исследуемой группы: русские – 31 %, удмурты – 67 %, другие – 2 %. Для сравнения национальный состав сельского населения Удмуртской Республики (приведены данные Удмуртстата): русские – 39,4 %, удмурты – 53,9 %, другие – 6,7 %.

Т а б л и ц а 1  
**Численность населения в пунктах «Л», «Б», «О» и «П»  
и число жителей, принявших участие в исследовании**

Населённый пункт	Численность населения		Исследуемая группа	
	Общая	В возрасте 18–59 лет	абс. число	Соотношение от общей численности населения в возрасте 18–59 лет, %
Л	1066	613	197	32,1
Б	1572	907	250	27,6
О	1450	838	220	26,3
П	1719	1054	188	17,8

С целью изучения динамики эпидемиологических показателей расстройств депрессивного спектра в селе в 2010 г. нами была выполнена *вторая часть* исследования в населённом пункте «О» (из первой части исследования) – в наиболее типичном по национальному и возрастно-половому составу сельском населённом пункте Удмуртской Республики (численность населения в 2010 г. – 1345 чел.). Группа исследуемых была составлена при помощи метода систематической случайной выборки. В группу вошёл каждый третий взрослый житель в возрасте от 18 до 59 лет. Всего было выбрано 330 человек. 25 мужчин и 12 женщин по разным причинам не приняли участие в исследовании (отказ, наличие тяжелой соматической патологии в стадии обострения или декомпенсации, пациенты с грубой психической патологией – деменция, умственная отсталость, психозы). В итоге объектом исследования стали 293 чел., включая 133 (45,4 %) мужчины и 160 (54,6 %) женщин.

149 чел. (71,0 % от числа возрастной группы 33–59 лет) принимали участие в исследовании 1995 г. Другие респонденты из первой части исследования отказались либо не приняли в нем дальнейшего участия вследствие естественного демографического движения (смерть, смена места жительства, переход в возрастную группу от 60 до 74 лет). Всего в исследовании приняли участие 999 чел. (855 чел. – в первой части и 144 новых респондента – во второй).

**Критерии включения:** 1) информированное согласие респондента, 2) возраст 18—59 лет, 3) в группу расстройств депрессивного спектра были включены следующие диагнозы МКБ-10: F06.3; F31.3–F 31.9; F32; F33; F34.1; F43.20–F43.22.

**Критерии исключения:** отказ респондента участвовать в исследовании; наличие у респондента тяжелой соматической патологии в стадии обострения или декомпенсации, деменция, умственная отсталость, психозы.

В качестве основного инструмента исследования использовалась регистрационная карта, включающая социально-демографические и этнокультуральные сведения, данные анамнеза, клиническую часть с характеристикой синдромов и диагнозом заболевания. В карте регистрировались пол, возраст, национальность, место жительства, образование, сфера профессиональной деятельности, семейное положение, денежный доход, жилищные условия респондентов, взаимоотношения в семье. Из этнокультуральных сведений фиксировались следующие: этнический характер семьи, владение родным языком, этнический характер брака. Клиническая часть карты содержала сведения о наследственной отягощенности, возрасте начала и длительности заболевания на момент обследования, диагнозе, ведущем синдроме, коморбидных психических и соматических заболеваниях. Все собранные и формализованные сведения (регистрационная карта) были занесены в единую компьютерную базу данных и подвергнуты статистико-математическому анализу с помощью пакета программ «Statistica 5.0».

В качестве вспомогательного инструмента исследования применялась Шкала Депрессии (ДЕПС), апробированная ранее на модели финно-угорской популяции. Финские исследователи R. K. R. Salokangas et al. (1995) модифицировали опросник Barrett et al. (1987), исключив из шкалы вопросы с наименьшим диагностическим весом. В результате была сконструирована шкала депрессии ДЕПС (Depression Scale – DEPS), содержащая 10 вопросов. Результаты ее применения показали высокую чувствительность (процентное соотношение правильно диагностированных депрессий – 74 %) и специфичность (процентное соотношение корректно определённых случаев отсутствия депрессий – 85 %) опросника в финской популяции (Salokangas R. K. R. et al., 1995). На кафедре психиатрии Тартуского университета шкала ДЕПС была переведена на русский язык и апробирована в настоящем исследовании.

В таблице 2 приведен перечень вопросов опросника ДЕПС. Каждый пункт ДЕПС оценивается от 0 до 3 баллов, суммарная оценка шкалы может варьировать от 0 до 30 баллов. С целью определения надёжности ДЕПС вычислялись коэффициент корреляции Пирсона (между отдельными вопросами и суммарной оценкой шкалы) и коэффициент альфа. Внешняя валидность ДЕПС оценивалась по процентному соотношению правильно диагностированных клинических расстройств депрессивного спектра.

Т а б л и ц а 2

**Вопросы ДЕПС и коэффициент корреляции между вопросами и суммарной оценкой шкалы (r)**

В течение последнего месяца я...	Нет	Иногда	Часто	Почти всегда	r
Испытывал(а) бессонницу	0	1	2	3	0,43
Чувствовал(а) себя грустным	0	1	2	3	0,64
Чувствовал(а), что всякие физические и умственные действия требуют усилия	0	1	2	3	0,54
Испытывал(а) недостаток энергии или чувство усталости	0	1	2	3	0,63
Чувствовал(а) одиночество	0	1	2	3	0,58
Чувствовал(а) безнадёжность в отношении будущего	0	1	2	3	0,67
Не испытывал(а) удовольствия от жизни	0	1	2	3	0,63
Чувствовал(а) себя никчемным или ненужным	0	1	2	3	0,66
Чувствовал(а), что в жизни больше нет никакой радости	0	1	2	3	0,70
Чувствовал(а), что не могу развеять свою грусть даже с помощью семьи или друзей	0	1	2	3	0,66

В качестве основных методов исследования применялись клинико-эпидемиологический, клинико-психопатологический, клинико-динамический, психометрический, статистический. Все больные были обследованы автором лично. При исследовании соблюдались основные этические принципы – информированное добровольное согласие и партнерство на основе эмпатийного взаимодействия.

*Клинико-психопатологический* метод предусматривал осуществлявшееся лично автором клиническое обследование больных, анализ субъективных и объективных анамнестических сведений, данных медицинской документации в сельской амбулатории (истории болезни, амбулаторные карты и др.). В первой части исследования в дополнение к клиническому методу применялся стандартизированный Структурированный Международный Диагностический Опросник (русская версия CIDI).

В диагностике использовались диагностические критерии, принятые в действующей Международной классификации болезней, травм и причин смерти 10-го пересмотра.

*Клинико-динамический* метод, базирующийся на изучении клинического течения пограничных психических расстройств (ППР) на разных этапах их развития, исторически считается особенно перспективным и адекватным в пограничной психиатрии (Ганнушкин П. Б., 1933; Кербиков О. В., 1962; Лакосина Н. Д., 1970; Семке В. Я., 1983). В нашем случае также анализировались условия возникновения и динамика расстройств депрессивного спектра в популяции сельских жителей Удмуртской Республики в течение 15 лет.

*Клинические критерии репрезентативности материала.* Диагностика депрессивного эпизода, биполярного и рекуррентного расстройств и расстройства адаптации с депрессивным компонентом непосредственно проводилась в соответствии с клиническими критериями МКБ-10.

## РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

### Распространенность психических расстройств по данным учтенной болезненности в Удмуртской Республике с 1995 по 2010 г.

По статистическим данным, первичная заболеваемость психическими расстройствами в общей популяции Удмуртской Республики (все возрастные группы) возрастала в период с 1995 по 1997 г. с 270,9 до 658,9 на 100 000 населения.

В дальнейшем отмечалось снижение заболеваемости к 1999 г. до 444,9 с дальнейшим планомерным снижением показателей до 341,2 на 100 000 населения к 2010 г. Динамика показателей ППР в общей популяции полностью соответствует вышеуказанной тенденции: с 174,6 в 1995 г. до 475,2 в 1997 г. Дальнейшее падение до 333,2 в 1999 г. с дальнейшим постепенным снижением показателей до 250,1 на 100 000 населения в 2010 г. определяет основополагающий вклад ППР в структуру первичной заболеваемости в общей популяции.

Показано, что практически на одном уровне находится заболеваемость психозами, в том числе шизофренией и умственной отсталостью, в период с 1995 г. по 2010 г.; выраженная корреля-

ция заболеваемости психическими расстройствами в общей популяции отмечается лишь с ППР.

Обнаружено, что первичная заболеваемость ППР в городской популяции во время всего периода наблюдения в 2—3 раза превосходила первичную заболеваемость ППР среди жителей сельской местности (рис. 1).

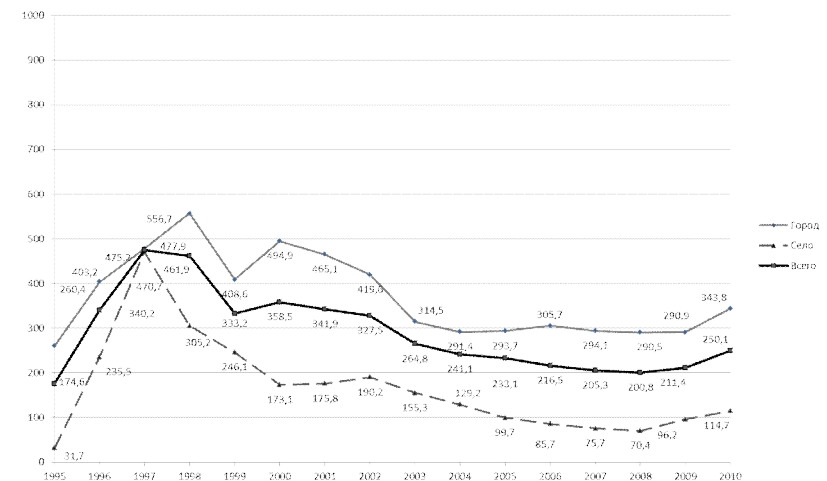
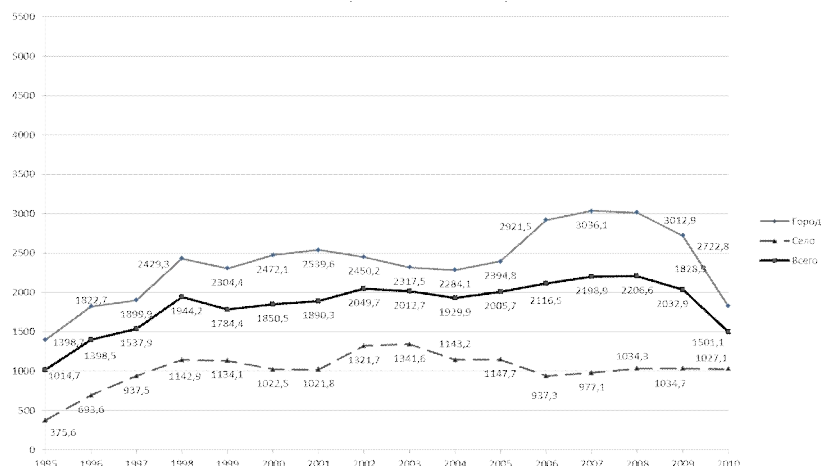


Рис. 1. Динамика показателей заболеваемости ППР в городской и сельской популяциях УР за 1995—2010 гг. на 100 000 населения

На рисунке 1 показано, что в период с 1995 по 2010 г. динамика показателей общей заболеваемости психозами и умственной отсталостью в общей популяции изменилась незначительно. Общая заболеваемость определялась динамикой возрастающих показателей ППР.

Болезненность ППР в общей популяции имела сходную динамику роста от 1398,5 в 1995 г. до 1444,2 в 1998 г., достигая значения 2206,6 в 2008 г. и снижаясь до 1029,2 на 100 000 населения к 2010 г., что отражает роль ППР как определяющего фактора в структуре общей заболеваемости.

Установлено, что болезненность ППР в городской популяции во время всего периода наблюдения в среднем в 2 раза превосходила болезненность ППР в популяции сельских жителей (рис. 2).



**Рис. 2. Динамика показателей болезненности ППР в городской и сельской популяциях УР за 1995—2010 гг. на 100 000 населения**

Таким образом, отмечается не только рост первичной заболеваемости ППР в общей популяции Удмуртской Республики за последние 15 лет, но и увеличение удельного веса данной патологии в структуре общей заболеваемости психическими расстройствами; выявлена корреляция динамики общей заболеваемости психическими расстройствами и ППР, что требует пристального изучения факторов формирования и течения пограничной психической патологии с целью оптимизации профилактической и лечебной помощи населению.

Анализ эпидемиологических показателей среди городского и сельского населения показал, что за исследуемый период времени (1995–2010 гг.) первичная заболеваемость и болезненность ППР среди городских жителей в 2—3 (и более) раза превышала заболеваемость и болезненность ППР в популяции сельских жителей.

Полученные результаты противоречат данным российских научных исследований, согласно которым ППР чаще встречаются в селе, чем в городе. Вполне очевидно, что статистическая отчетность отражает не истинную распространенность ППР в общей популяции, а лишь фиксирует обращаемость населения за специализированной помощью и большую активность горожан. Объективным критерием общественного уровня психиче-

ского здоровья в городе и селе могут быть данные по динамике самоубийств. По данным Удмуртстата, в последнее десятилетие самоубийства в 2 и более раза чаще регистрировались в селе. Исходя из соотношения суицидов, ожидаемая частота ППР в сельской местности прогнозируется выше, чем в городе.

### Первая часть исследования (1995 г.)

По результатам первой части исследования, распространённость расстройств депрессивного спектра в течение жизни, последнего года и месяца во всей выборке была соответственно 42,8 % (366 случаев из 855), 30,5 % (261 случай) и 27,3 % (233 случая) (табл. 3).

**Таблица 3**  
**Распространённость психических расстройств, имевших место у респондентов в течение последнего месяца, последнего года и в течение всей жизни**

Диагноз по МКБ-10	Последний месяц		Последний год		В течение всей жизни	
	%	SE	%	SE	%	SE
Тяжёлая депрессия	5,9	3,3	6,7	3,3	10,5	3,2
Умеренная депрессия	9,9	3,2	11,2	3,2	17,2	3,1
Лёгкая депрессия	11,5	3,2	12,6	3,2	15,1	3,2
Всего депрессий	27,3	2,9	30,5	2,8	42,8	2,6

Примечание. SE – стандартная ошибка.

Как показано в таблице 3, в течение последнего месяца и года с большей частотой встречались лёгкие депрессии (11,5 и 12,6 %), за ними следовали умеренные (9,9 и 11,2 %) и тяжёлые (5,9 и 6,7 %) формы. Среди депрессий, имевших место в течение жизни, преобладали умеренные (17,2 %), лёгких и тяжёлых депрессий было зафиксировано соответственно 15,1 и 10,5 %. Женщины страдали депрессиями в 1,9 раза чаще, чем мужчины (табл. 3).

Депрессии чаще всего диагностировались у женщин, вдовых, разведённых и безработных, у респондентов возрастной группы 50—59 лет (статистически достоверно,  $p > 0,05$ ).

Обнаружено, что из числа всех респондентов, оценивших свои семейные отношения как «плохие», 63,3 % страдали расстройствами депрессивного спектра; из оценивших семейные отношения как «удовлетворительные» и «хорошие» – соответственно 41,3 и 37,1 % (разница достоверна: Chi-square=18,2, df=2,  $p < 0,001$ ). Выявлено, что на частоту расстройств депрессивного



спектра не влияли следующие факторы: национальность, образование, доход и жилищные условия (как для мужчин, так и для женщин). В отличие от мужчин, у женщин достоверно высокая частота расстройств депрессивного спектра выявлялась дополнительно в возрастной группе 18—29 лет. На частоту текущей депрессии также не влиял фактор географической расположенности: частота депрессии в населенных пунктах «Л», «Б», «О», «П» варьировала незначительно и составляла соответственно 24,2, 27,8, 27,7 и 21,0 % (разница недостоверная,  $p > 0,05$ ).

Учитывая тип течения расстройств депрессивного спектра, были определены (ретроспективно) следующие категории: 1) одиночный депрессивный эпизод, 2) рекуррентная депрессия, 3) хроническая депрессия. По данным М. В. Keller (1994), повторный эпизод депрессии в преобладающем большинстве случаев развивается в течение первых 5 лет после окончания первого депрессивного эпизода (индекс эпизода). Принимая во внимание эти данные, мы определили одиночный эпизод как впервые возникший депрессивный эпизод со временем окончания 5 или более лет назад. Для дефиниции хронической депрессии использовались критерии, указанные в работе Е. S. Paykel (1994): текущий депрессивный эпизод, продолжающийся без периодов нормального состояния 2 или более года. Диагноз рекуррентной депрессии ставился на основании критериев в соответствии с МКБ-10.

Для анализа типа течения расстройств депрессивного спектра использовались случаи депрессии, удовлетворявшие критериям одиночного депрессивного эпизода, рекуррентного депрессивного расстройства и хронической депрессии – всего 232 случая (100 %). Из них на долю одиночного депрессивного эпизода пришлось 21,1 % ( $N=49$ ).

Аналогичные данные по удельному весу депрессивного эпизода были получены и в других исследованиях: 18 % (Lee A. S., Murray R. M., 1988), 20 % (Kihon L. G. et al., 1988; Lehmann H. E. et al., 1988), 24 % (Angst J., 1986), 26 % (Spaner D. et al., 1994). 62,5 % депрессивных субъектов ( $N=145$ ) пережили повторные эпизоды, что также близко к показателям A. S. Lee, R. M. Murray (1988), L. G. Kihon et al. (1988) и H. E. Lehmann et al. (1988). У 16,4 % ( $N=38$ ) диагностирована хроническая депрессия (для сравнения: частота хронической депрессии в исследовании G. Thornicroft, N. Sartorius достигала 10 % (1993), в работах L. G. Kihon et al. (1988) и H. E. Lehmann et al. (1988) – 11 %,

J. Angst – 13 % (1996), M. В. Keller et al. (1984) – 21 %. По данным литературы, обе формы депрессии, рекуррентная и хроническая, связаны с высоким риском суицида. В нашем исследовании получена достоверная связь суицидального поведения с рекуррентной депрессией: 18,0 % респондентов с рекуррентной формой расстройства сообщили о суицидальной попытке (против 4,1 % у респондентов с одиночным эпизодом [ $p=0,017$ ]). Суицидальная тенденция (статистически недостоверно) обнаружена у респондентов с хронической депрессией (15,8 % с хронической формой против 4,1 % с одиночным эпизодом). Существенное влияние на течение депрессии оказывали семейный и этнический факторы: рекуррентная и хроническая формы депрессивного расстройства значительно чаще выявлялись среди одиноких (соответственно в 1,3 и 1,8 раза чаще, чем у семейных [ $p=0,044$ ]) и у представителей удмуртской национальности (соответственно в 1,5 и 2 раза чаще, чем у русских [ $p=0,010$ ]).

Дополнительными факторами риска хронической депрессии были неудовлетворительные семейные взаимоотношения (среди респондентов, охарактеризовавших отношения в семье как неудовлетворительные, хроническая депрессия диагностировалась в 3 раза чаще [ $p=0,009$ ]) и коморбидность с дистимией (у 55,3 % субъектов с хронической депрессией диагностирована дистимия, odds ratio 8,85, доверительный интервал 2,75—29,91). Пол, образование и социальный статус на динамику депрессий не влияли. Таким образом, депрессия в исследуемой выборке была часто встречающимся психическим расстройством с преобладающим рекуррентным (62,5 %) и хроническим (16,4 %) типами течения. В связи с этим знание факторов, влияющих на динамику депрессий, имеет важное клиническое и эпидемиологическое значение.

Согласно критериям МКБ-10, почти половина (42,8 %) выборки в какой-либо период своей жизни страдала расстройствами депрессивного спектра. Распространённость депрессий в нашем исследовании была в 2 раза выше, чем в большинстве других исследований (Weissman M. M. et al., 1991; Angst J., 1992; Wittchen H.-U. et al., 1992; Wacker et al., 1992; Henderson J. G. Jr. et al., 1993; Kessler R. C. et al., 1994; Salokangas R. K. R. et al., 1996). При анализе вклада социально-демографических факторов в развитие расстройств депрессивного спектра значительных отличий с другими исследованиями выявлено не было.

**Скрининг депрессий в популяции сельских жителей.** Все участники настоящего исследования заполнили опросник ДЕПС. Коэффициент alpha Cronbach's для шкалы был равен 0,82. Значения коэффициента Пирсона для всех вопросов, за исключением «Испытывал(а) бессонницу», «Чувствовал(а), что всякие физические и умственные действия требуют усилия и «Чувствовал(а) одиночество», были выше значения 0,60. Дифференцирующие возможности ДЕПС были оценены путем сравнения средних баллов шкалы, полученных в группе респондентов с CIDI-депрессиями (11,4) и в группе респондентов без депрессий (6,5). Достоверность разницы между средними баллами шкалы была высокой –  $p < 0,001$ .

В таблице 4 показано распределение CIDI-депрессивных респондентов по шкале ДЕПС.

Т а б л и ц а 4  
*Распределение респондентов с CIDI-депрессиями по шкале ДЕПС*

Оценка шкалы (от 0 до 30)	Количество наблюдений	Количество респондентов с расстройствами депрессивного спектра	% респондентов с расстройствами депрессивного спектра от количества наблюдений
0–2	83	6	7,2
3–5	244	25	10,2
6–8	176	20	11,4
9–11	179	68	38,0
12–14	97	65	67,0
15–17	42	25	59,5
18–20	21	14	66,7
21–23	9	7	77,8
24–26	3	2	66,7
27–30	1	1	100

В ходе исследования установлено, что со значения шкалы в 9 баллов абсолютное и относительное количество респондентов с расстройствами депрессивного спектра резко возрастает. Нами было проверено, является ли оценка в 9 баллов лучшей дифференцирующей величиной ДЕПС.

При суммарной оценке ДЕПС 8 баллов чувствительность имела значение 80,7 %, специфичность – 66,3 %, для 10 баллов значения данных показателей составили соответственно 67,0 и 78,6 %. Лучший баланс между чувствительностью и специфичностью был найден для дифференцирующего значения 9 баллов, при котором чувствительность русской версии ДЕПС была 78,1 % и специфичность 72,7 %. Оценка ДЕПС 9 баллов и выше

была у 41,2 % респондентов выборки. Наиболее эффективно ДЕПС диагностировала умеренные депрессии, из которых всего 16,5 % остались нераспознанными, в то время как тяжёлых и лёгких депрессий не выявлено, соответственно 30,0 и 22,4 %.

В отношении чувствительности шкалы выявлены её более высокие показатели среди удмуртов (82,7 %), чем среди русских (66,7 %), чувствительность также была выше у женщин (80,4 %), чем у мужчин (71,1 %).

Результаты исследования показали, что русская версия ДЕПС является надёжным и валидным инструментом для экспресс-диагностики депрессий в общей популяции. Значение коэффициента альфа русской версии (0,82) сопоставимо со значением коэффициента альфа, приводимым R. K. R. Salokangas et al. (1995). ДЕПС краток, вопросы просты и понятны респондентам разного возраста, образования и пола (респонденты с тяжёлой формой депрессии и представители старших возрастных групп с когнитивными расстройствами могут нуждаться в дополнительных комментариях по заполнению опросника). Результаты нашего исследования показывают, что средняя оценка ДЕПС достоверно выше в группе респондентов с расстройствами депрессивного спектра, чем в группе без депрессий. В то же время не было выявлено существенной разницы между средними значениями ДЕПС у респондентов с тяжёлыми, умеренными и лёгкими депрессиями. Возможно, это отражает неадекватную самооценку и ослабленную мотивацию у респондентов с более тяжёлыми формами депрессии. Несмотря на это ограничение, в целом ДЕПС эффективно способствует выявлению лиц с расстройствами депрессивного спектра. Показатели чувствительности (78 %) и специфичности (73 %) были близки к результатам, приводимым R. K. R. Salokangas (1995): 74 и 85 %. На разницу показателей чувствительности и специфичности между русской и финской версиями шкалы могли повлиять методические (инструментальные) и популяционные различия исследований: версия 9 PSE (МКБ-8) в Финляндии и CIDI (МКБ-10) в Удмуртии, пациенты общей практики в исследовании Salokangas и общая популяция в Удмуртии. В целом показатели чувствительности и специфичности в соответствии с русской версией ДЕПС рекомендовали себя как эффективные.

По данным E. S. Paykel, R. G. Priest (1992), врачи общего профиля идентифицируют только половину всех случаев депрессии. При помощи ДЕПС можно выявить приблизительно три

четверти всех случаев клинических депрессий, из них 70 % тяжёлых и 84 % умеренных форм. Кроме того, являясь индикатором депрессивных симптомов, опросник касается и случаев с другими психиатрическими диагнозами, поэтому при позитивной оценке скрининга целесообразным является дальнейшее диагностическое исследование пациента.

#### **Депрессия и сопутствующие психические расстройства.**

Кроме депрессий в исследуемой популяции часто диагностировались другие психические расстройства: социальные фобии [F40.1] (45,6 % – во всей выборке, 52,0 % – у удмуртов и 33,3 % – у русских;  $p < 0,001$ ), расстройства, связанные с употреблением алкоголя [F10.1 и F10.2] (37,1 %), хроническое соматоформное болевое расстройство [F45.4] (10,4 %). Более чем у 75,0 % респондентов с депрессией было выявлено, по крайней мере, 1 сопутствующее психическое расстройство. Социальные фобии являлись самым частым коморбидным расстройством (у 54,4 % респондентов с депрессией имели место социальные фобии), с меньшей частотой встречались расстройства, связанные с употреблением алкоголя (30,3 %), хроническое соматоформное болевое расстройство (15,9 %) и специфические (изолированные) фобии (3,3 %). Установлено, что коморбидность депрессий с другими расстройствами была статистически достоверна для социальных фобий и хронического соматоформного болевого расстройства.

Выявлена статистически значимая связь (коморбидность) между депрессией и социальными фобиями у удмуртов, как среди мужчин (у 58,3 %, odds ratio 2,09, 95 % CI 1,15–3,81), так и среди женщин (у 62,6 %, odds ratio 1,65, 95 % CI 1,04–2,62), между депрессией и алкогольной зависимостью у русских мужчин (у 81,8 %, odds ratio 2,92, 95 % CI 1,01–8,81), между депрессией и хроническим соматоформным болевым расстройством у русских женщин (у 26,8 %, odds ratio 2,66, 95 % CI 1,02–7,11) (соотношение вероятности – odds – коморбидного расстройства в группе респондентов с депрессией к вероятности этого расстройства в группе респондентов без депрессии. \*\* – 95 % CI, 95 % интервал надёжности – confidence intervals).

По результатам первой части исследования следует констатировать, что депрессия является вторым (42,8 %) после социальных фобий (45,6 %) наиболее часто встречающимся психическим расстройством в популяции сельских жителей Удмуртии. Несмотря на высокую распространённость расстройства, обра-

щаемость к специалистам тем не менее очень низкая: из 366 больных расстройствами депрессивного спектра на приёме у психиатра было всего 4 чел. (2 мужчины и 2 женщины), большинство пациентов с данной патологией оказались вне поля зрения врачей. Низкая обращаемость по поводу депрессий характерна и для других стран: по данным W. W. K. Zung (1993), к специалистам обратилось 1,2 % пациентов с клиническими формами депрессий (в удмуртской популяции – 1,1 %). По мнению J. E. Wells et al. (1994), большинство депрессивных респондентов не осознают или сомневаются в необходимости профессиональной помощи психиатра. Другой причиной редкой обращаемости являлась высокая коморбидность депрессий с социальными фобиями, при которых характерно избегание социальных ситуаций (в том числе посещение поликлиники). Не менее важной проблемой является низкая выявляемость депрессий врачами общего профиля (Salokangas R. K. R. et al., 1995, 1996). Нераспознанные и нелеченные депрессии имеют более неблагоприятный прогноз, включая хроническую форму течения, снижение физической и социальной активности, безработицу, высокие уровни самоубийств и общей смертности (Keller M. B. et al., 1982; Kihon L. G. et al., 1988; Lee A. S., Murray R. M., 1988; Lehmann H. E. et al., 1988). С целью улучшения диагностики депрессий мы исследовали надёжность и достоверность ДЕПС. Результаты показали, что опросник является эффективным индикатором клинических депрессий в различных социокультуральных группах населения. Используя опросник ДЕПС, уже на первых этапах медицинской помощи можно выявить приблизительно три четверти всех случаев клинических депрессий, из них 70 % тяжёлых и 84 % умеренных форм. ДЕПС характеризуется удовлетворительными психометрическими качествами, которые позволяют применить шкалу как в клинической практике, так и для изучения распространённости депрессий в общей популяции населения.

#### **Вторая часть исследования (2010 г.)**

Целью второй части исследования было продолжение изучения расстройств депрессивного спектра в динамике. Настоящая часть исследования была выполнена в сельском населённом пункте «О». Группа исследуемых была составлена при помощи метода систематической случайной выборки. В исследовательскую выборку вошёл каждый третий взрослый житель в возрасте

от 18 до 59 лет, всего 293 чел., в том числе 133 (45,4 %) мужчины и 160 (54,6 %) женщин. 149 чел. (71,0 % из возрастной группы 33—59 лет) принимали участие в исследовании 1995 г. Другие респонденты из первой части исследования отказались либо не приняли дальнейшего участия вследствие естественного демографического движения (смерть, смена места жительства, переход в возрастную группу от 60 до 74 лет).

15 из 61 респондента с текущими расстройствами депрессивного спектра в 1995 г. по разным причинам не приняли участие во второй части исследования (участвовали 46 чел.). Согласно катamnестическим данным, рецидивы расстройств депрессивного спектра отмечались у 8 из 11 респондентов (72,7 %) с первичным депрессивным эпизодом или депрессивной реакцией в 1995 г.

Распространённость расстройств депрессивного спектра в течение жизни и последнего месяца в выборке 2010 г. составила соответственно 35,5 % (104 случая из 293) и 25,6 % (74 случая). В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 расстройства депрессивного спектра распределились следующим образом (табл. 5).

Т а б л и ц а 5

**Диагностическая структура расстройств депрессивного спектра**

Диагноз	В течение жизни		В последний месяц (текущая депрессия)	
	абс.	%	абс.	%
Расстройство адаптации с депрессивным компонентом	45	43,3	30	40,5
Дистимия	13	12,5	13	17,6
Депрессивный эпизод	21	20,2	12	16,2
Рекуррентное депрессивное расстройство	15	14,4	10	13,5
Биполярное аффективное расстройство	6	5,8	5	6,8
Органическая депрессия	4	3,8	4	5,4
Всего	104	100	74	100

Установлено, что наиболее частым расстройством за последний месяц было расстройство адаптации с депрессивным компонентом (40,5 %), далее следовали в порядке уменьшения дистимия (17,6 %), депрессивный эпизод (16,2 %), рекуррентное депрессивное расстройство (13,5 %), биполярное аффективное расстройство (6,8 %) и органическая депрессия (5,4 %).

По синдромальной структуре в исследовательской выборке преобладала астеническая депрессия (28,4 %), далее в порядке уменьшения следовали ипохондрическая (17,6%), тревожная

(16,2%), тоскливая (14,9%), истерическая (12,2%), реже других форм встречалась дисфорическая (10,8 %).

Изучение социально-демографических характеристик больных расстройствами депрессивного спектра позволило определить в качестве наиболее типичных параметров следующие: женский пол, возраст 50—59 лет, статус пенсионера, инвалида и безработного; семейное положение разведенные или вдовы, более высокий уровень образования ( $p < 0,05$ ).

Среди респондентов, оценивших свои семейные отношения как «плохие», у 57,1 % была выявлена текущая депрессия; из оценивших семейные отношения как «удовлетворительные» и «хорошие» соответственно 28,9 и 17,9 % респондентов принадлежали к группе пациентов с расстройствами депрессивного спектра ( $p < 0,005$ ). Установлена достоверная связь депрессии с материальным положением: у респондентов с депрессией среднемесячный денежный доход был в 1,3 раза меньше, чем у здоровых обследованных ( $p < 0,003$ ). Более половины респондентов с текущей депрессией (55,1 %) сообщили об имеющемся хроническом соматическом заболевании (преобладали болезни органов кровообращения и пищеварения).

В исследовательской выборке были диагностированы и другие психические расстройства: органические психические расстройства – 57,3 % (органическая астения, органическое расстройство личности, когнитивное расстройство), алкогольная зависимость – 29,9 %, табакокурение – 48,7 %, социальные фобии – 31,3 %, другие тревожные расстройства – 4,5 %. Коморбидность расстройств депрессивного спектра с другими психическими расстройствами была статистически достоверной для социальных фобий и органических психических расстройств.

Установлен факт низкой обращаемости сельских жителей, страдающих расстройствами депрессивного спектра, за медицинской помощью. Так, из 104 выявленных больных ранее обращались к психиатру 3 чел. (1 из них находился под диспансерным наблюдением по поводу биполярного аффективного расстройства, 2 чел. находились под консультативным наблюдением), большинство же пациентов с расстройствами депрессивного спектра оказались вне поля зрения врачей-психиатров.

Сопоставление полученных результатов показало, что за последние 15 лет распространенность расстройств депрессивного спектра в популяции сельских жителей снизилась в весьма незначительной степени – с 27,3 % в 1995 г. до 25,6 % в 2010 г.

( $p > 0,05$ ). Для уточнения выявленной тенденции было проведено сравнение частоты расстройств депрессивного спектра с частотой совершенных в этот же период времени суицидов. Установлено, что в период 1995—2010 гг. частота самоубийств снизилась среди горожан в 1,8 раза, а среди жителей сельской местности – лишь в 1,2 раза. Следовательно, снижение частоты суицидов в сельской популяции также оказалось незначительным, что подтверждает соответствующий вывод в отношении расстройств депрессивного спектра.

Проведенное исследование позволило выявить основные факторы риска расстройств депрессивного спектра у жителей сельской местности. В их число вошли следующие: женский пол, возраст 50—59 лет, социальный статус пенсионера, инвалида и безработного; семейное положение разведенные или вдовы, неудовлетворительные семейные отношения (особенно пьянство супруга), наличие хронического соматического заболевания, низкий уровень доходов (по данным Удмуртстата, среднемесячная заработная плата работников сельского хозяйства за последние годы была примерно в 2 раза меньше, чем в среднем по Удмуртской Республике).

Таким образом, основные корреляты расстройств депрессивного спектра в периоды сравнения (1995 и 2010 гг.) не изменились.

Полученные данные свидетельствуют о высокой распространенности расстройств депрессивного спектра среди сельских жителей Удмуртии, что способствует поддержанию в этой группе населения сверхвысокой частоты самоубийств, в 4,5 раза превышающей критический уровень ВОЗ и в 3,3 раза среднероссийский показатель. Это определяет необходимость разработки и проведения целенаправленных программ охраны психического здоровья населения сельской местности, в частности интеграцию психиатрической помощи в систему первичного звена здравоохранения.

#### **Этнокультуральные особенности расстройств депрессивного спектра в популяции сельских жителей Удмуртской Республики**

В первой и второй частях исследования частота расстройств депрессивного спектра не зависела от этнической принадлежности респондентов, но от национальности зависела их коморбидность с другими психическими расстройствами. У удмуртов (мужчин и женщин) коморбидность расстройств депрессивного спектра была статистически значимой для социальных фобий.

У русских женщин получена достоверная коморбидность расстройств депрессивного спектра с соматоформным болевым расстройством. В отношении динамики расстройств депрессивного спектра также выявлены достоверные отличия: среди представителей удмуртской национальности депрессии имели склонность к затяжному течению.

Во второй части исследования был продолжено изучение этнокультуральных особенностей расстройств депрессивного спектра в селе. Не было выявлено достоверной разницы в частоте расстройств депрессивного спектра между русскими и удмуртами: 24,5 % – среди русских и 26,1 % – среди удмуртов ( $p < 0,05$ ).

Нозологическая структура расстройств депрессивного спектра среди русских и удмуртов в целом отражала структуру диагнозов во всей выборке (табл. 6) и достоверно не отличалась между этническими группами.

**Таблица 6**  
**Структура расстройств депрессивного спектра в течение последнего месяца по критериям МКБ-10 (%)**

Диагноз	Всего в выборке (N=74)	Среди русских (N=26)	Среди удмуртов (N=40)
Депрессивный эпизод	16,2	19,2	12,5
Рекуррентное депрессивное расстройство	13,5	23,1	17,5
Дистимия	17,6	15,4	20,0
Расстройство адаптации с депрессивным компонентом	40,5	30,8	40,0
Биполярное аффективное расстройство	6,8	7,7	5,0
Органическая депрессия	5,4	3,8	5,0

Как выяснилось, по синдромальной структуре в исследовательской выборке преобладала астеническая депрессия – 28,4 %, в большинстве случаев она встречалась в рамках депрессивной реакции (табл. 7). Выявлено, что реже других форм диагностировалась депрессия дисфорическая (10,8 %).

**Таблица 7**  
**Синдромальная структура расстройств депрессивного спектра (%)**

Депрессия	Всего в выборке (N=74)	Среди русских (N=26)	Среди удмуртов (N=40)
Астеническая	28,4	15,4	37,5
Тревожная	16,2	23,1	7,5
Истерическая	12,2	11,5	12,5
Тоскливая	14,9	19,2	12,5
Ипохондрическая	17,6	19,2	17,5
Дисфорическая	10,8	11,5	12,5

Следует отметить, что не было выявлено достоверной разницы в синдромальной структуре расстройств депрессивного спектра между русскими и удмуртами.

Были получены достоверные этнокультуральные различия в отношении факторов, с которыми респонденты связывали начало психогенной депрессии. Так, удмурты к основной причине относили плохие отношения в семье (чаще всего пьянство мужа) (51,0 % – у удмуртов, 26,2 % – у русских,  $p < 0,05$ ). У русских ведущими провоцирующими факторами являлись проблемы на работе и финансовые затруднения (19,1 % – у русских, 2,0 % – у удмуртов,  $p < 0,05$ ). Более половины респондентов с текущей депрессией (55,1 %) проинформировали об имеющемся хроническом соматическом заболевании (преобладали болезни органов кровообращения и пищеварения). 57,5 % удмуртов и 46,9 % русских с текущей депрессией сообщили о сопутствующем хроническом соматическом заболевании (разница достоверная,  $p < 0,05$ ).

Коморбидность расстройств депрессивного спектра с другими психическими расстройствами была статистически достоверной для социальных фобий (odds ratio 1,45; 95 % CI 1,71—2,98) и органических психических расстройств (odds ratio 2,67; 95 % CI 1,54—4,56). Учитывая этнокультуральный фактор, статистически значимая коморбидность между депрессией и социальными фобиями была выявлена только у удмуртов (у 42,3 % удмуртов с депрессией имели место социальные фобии, odds ratio 2,05, 95 % CI 1,17—3,87). Коморбидность расстройств депрессивного спектра с органическими психическими расстройствами была достоверной как у удмуртов, так и у русских.

Показано, что в исследовательской выборке доминировали психогенные депрессии: дистимии и расстройства адаптации с депрессивным компонентом. Основной причиной психогенной депрессии у удмуртов являлись плохие отношения в семье (чаще всего пьянство мужа). У русских преобладающими причинами психогенной депрессии были проблемы на работе и финансовые затруднения. По итогам изучения этнокультуральных особенностей психогенных депрессий полученные нами данные были аналогичны результатам исследования, проведенного В. Ю. Кочуровым, Ю. В. Ковалевым (2004, 2008), в котором установлено преобладающее значение в генезе расстройств депрессивного спектра у госпитализированных больных удмуртской национальности конфликтов в семейно-бытовой сфере.

Таким образом, в ходе проведенного исследования выявлены некоторые особенности факторов риска и клинической картины расстройств депрессивного спектра у представителей русской и удмуртской национальностей, что представляет интерес для определения групп риска для контингента пациентов с расстройствами депрессивного спектра и разработки дифференцированных профилактических и терапевтических подходов.

## ВЫВОДЫ

1. Распространенность расстройств депрессивного спектра в популяции сельских жителей в 1995 г. по критериям МКБ-10 составила 27,3 %. В исследовании 2010 г. расстройства депрессивного спектра были выявлены у 25,6 % жителей села. Таким образом, в течение последних 15 лет распространенность расстройств депрессивного спектра снизилась незначительно.

2. По катамнестическим данным (через 15 лет), рецидивы расстройств депрессивного спектра (повторный депрессивный эпизод в рамках рекуррентного депрессивного расстройства или биполярного аффективного расстройства, а также повторная депрессивная реакция) отмечались у 72,7 % пациентов с первичным депрессивным эпизодом или депрессивной реакцией в 1995 г.

3. Наиболее частым расстройством депрессивного спектра было расстройство адаптации с депрессивным компонентом (40,5 % от числа всех расстройств депрессивного спектра), далее в порядке убывания следовали дистимия (17,6 %), депрессивный эпизод (16,2 %), рекуррентное депрессивное расстройство (13,5 %), биполярное аффективное расстройство (6,8 %) и органическая депрессия (5,4 %). По синдромальной структуре в выборке преобладала астеническая депрессия (28,4 %), реже других форм встречалась дисфорическая депрессия (10,8 %).

4. Определены основные факторы риска расстройств депрессивного спектра: женский пол, возраст 50—59 лет (у женщин достоверно высокая частота расстройств депрессивного спектра дополнительно выявлялась в возрастной группе 18—29 лет), социальный статус пенсионера, инвалида и безработного; семейное положение разведенные или вдовы, неудовлетворительные семейные отношения (особенно пьянство супруга), наличие хронического соматического заболевания, низкий уровень доходов. Основные корреляты расстройств депрессивного спектра в периоды сравнения (1995 и 2010 гг.) не изменились.

5. Коморбидность расстройств депрессивного спектра с другими психическими расстройствами оказалась статистически достоверной для социальных фобий (odds ratio 1,45; 95 % CI 1,71—2,98) и органических психических расстройств (odds ratio 2,67; 95 % CI 1,54—4,56). Учитывая этнокультуральный фактор, дос-

товерная коморбидность между расстройствами депрессивного спектра и социальными фобиями выявлена только у удмуртов (у 58,3 % мужчин-удмуртов и 62,6 % женщин-удмурток). Коморбидность расстройств депрессивного спектра с органическими психическими расстройствами была достоверной как у удмуртов, так и у русских.

Сопутствующая алкогольная зависимость была диагностирована у 52,4 % мужчин и 16,9 % женщин с расстройствами депрессивного спектра. Табакокурение у мужчин является косвенным маркером расстройств депрессивного спектра, будучи зарегистрированным у 76,5 % мужчин и у 3,5 % женщин. Была выявлена статистически значимая связь между табачной и алкогольной зависимостями у мужчин (odds ratio 2,59, 95 % CI 1,39—4,88).

6. По результатам изучения коморбидности с соматическими заболеваниями не было установлено значимой коморбидности расстройств депрессивного спектра с определенной группой соматических заболеваний (по МКБ-10). Достоверная связь выявлена с течением заболевания: значительно чаще расстройства депрессивного спектра сопутствовали хронической, нежели острой соматической патологии: соответственно 23,8 и 13,0 % ( $p=0,03$ ). В 50 % случаев острых форм депрессия развивалась до начала манифестации острого соматического заболевания (депрессия первичная), при хронических формах в 81,0 % случаев депрессия появлялась на фоне уже имеющейся соматической патологии.

7. Опросник депрессии ДЕПС, разработанный и апробированный в финно-угорских странах (в Финляндии и Эстонии), эффективно способствовал выявлению лиц с расстройствами депрессивного спектра в популяции сельских жителей Удмуртской Республики. Чувствительность (78 %) и специфичность (73 %) в нашем исследовании были близки к результатам, полученным в финской популяции в исследовании R. K. R. Salokangas (74 и 85 %). В отношении показателя чувствительности шкала оказалась более эффективна среди удмуртов (82,7 %), чем среди русских (66,7 %). Таким образом, эффективным вмешательством с практической точки зрения рассматривается организация первичного скрининга расстройств депрессивного спектра с использованием шкалы ДЕПС и с привлечением для этой работы среднего медицинского и другого персонала лечебных учреждений.

8. Анализ этнокультуральных особенностей расстройств депрессивного спектра в популяции сельских жителей дал следующие результаты. У лиц удмуртской национальности была выявлена склонность к затяжным депрессиям. У удмуртов с расстройствами депрессивного спектра, чаще чем у русских, выявлялось коморбидное хроническое соматическое заболевание (57,5 % – у удмуртов, 46,9 % – у русских;  $p < 0,05$ ).

Получены достоверные этнокультуральные различия в отношении факторов, с которыми респонденты связывали начало психогенной депрессии: удмурты к основной причине относили плохие отношения в семье (чаще всего пьянство мужа) (51,0 % – у удмуртов, 26,2 % – у русских;  $p < 0,05$ ); русские – проблемы на работе и финансовые затруднения (19,1 % – у русских, 2,0 % – у удмуртов;  $p < 0,05$ ).

9. Обращаемость за специализированной психиатрической помощью в популяции сельских жителей по данным исследования 1995 г. составила 1,1 %, в исследовании 2010 г. – 2,9 %. Очевидно, что жители сельской местности в большинстве своем не воспринимали колебания настроения как болезненное состояние и редко своевременно обращались за психиатрической помощью.

10. Разработаны и научно обоснованы направления дифференцированной профилактики расстройств депрессивного спектра в популяции сельских жителей. Разработана организационная модель региональной службы психического здоровья, в которой большое внимание уделяется блоку психосоциальной реабилитации психически больных. Современная психиатрической помощь не может быть ориентирована только на биологические методы лечения с превалирующим назначением психотропных препаратов. Она должна активно интегрировать в свои лечебные системы программы психосоциальной реабилитации психически больных. Подобный подход оправдал себя в различных зарубежных странах, а также в части регионов Российской Федерации, где широко используются методы психосоциальной реабилитации, и является экономически более выгодным по сравнению с классической медицинской моделью оказания психиатрической помощи.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Главным принципом в организации профилактики расстройств депрессивного спектра является ее четкая адресованность именно тем группам населения, которые в первую очередь в ней нуждаются. Мероприятия по первичной профилактике расстройств депрессивного спектра должны строиться с учетом тех специфических факторов риска, которые способствуют их развитию у представителей той или иной группы населения. Согласно результатам проведенного нами исследования выявлены следующие факторы риска развития расстройств депрессивного спектра в популяции сельских жителей: 1) депрессивный эпизод или реакция в анамнезе; 2) женский пол (33 % женщин с текущей депрессией); 3) возраст старше 50 лет (у женщин дополнительный фактором риска является возраст 18—29 лет); 4) социальный статус пенсионера, инвалида (42,4 %) и безработного (40,7 %); 5) семейное положение разведенные или вдовы (44,6 %); 6) низкий уровень доходов; 7) наличие хронического соматического заболевания (особенно болезни органов кровообращения, пищеварения и костно-мышечной системы); 8) наличие коморбидных органических психических расстройств; 9) наличие алкогольной зависимости у мужчин; 10) коморбидные социальные фобии у лиц удмуртской национальности; 11) дисгармоничные семейные отношения у удмуртов; дисгармоничные производственные отношения у русских; 12) табакокурение у мужчин является косвенным маркером расстройств депрессивного спектра (более чем у 70 % мужчин).

Ведущая роль в профилактике расстройств депрессивного спектра у лиц с факторами риска должна принадлежать амбулаторной психиатрической службе, т. е. районным психиатрам ЦРБ. Это обусловлено тем, что именно районные психиатры непосредственно могут осуществлять диспансеризацию прикрепленного населения. Важную роль в профилактике расстройств депрессивного спектра должны играть участковые терапевты, наиболее тесно контактирующие с сельским населением, особенно с пациентами, страдающими хроническими соматическими заболеваниями. С целью улучшения распознавания расстройств депрессивного спектра в сельской популяции возможна организация их первичного скрининга с использованием шкалы ДЕПС (показавшей хорошие психометрические качества в финно-угорской популяции) и с привлечением для этой работы сред-



него медицинского и другого персонала первичного медицинского звена.

Проблема профилактики расстройств депрессивного спектра может быть решена с помощью повышения квалификации участковых врачей в области психиатрии, особенно по распознаванию пограничных психических расстройств, в том числе расстройств депрессивного спектра. Возможными средствами повышения такой квалификации может быть введение обязательного курса психиатрии в государственные образовательные программы профессиональной подготовки участковых врачей-терапевтов. Эффективность такой специализированной подготовки для повышения эффективности профилактики расстройств депрессивного спектра уже отмечалась в зарубежной литературе (Rost K. et al., 2007). При этом важно, чтобы такие образовательные программы носили систематический и регулярный характер. В этой связи их регулярное проведение должно быть регламентировано соответствующими приказами органов управления здравоохранением.

Наиболее эффективным методом первичной профилактики расстройств депрессивного спектра представляется диспансеризация, заключающаяся в ежегодном осмотре психиатром (наркологом, психотерапевтом) ЦРБ лиц женского пола (молодого и старшего возрастов), мужчин старше 50 лет, пенсионеров, инвалидов, безработных; лиц разведенных или вдовых, с неудовлетворительными семейными и производственными отношениями, с хроническими соматическими заболеваниями, злоупотребляющих алкоголем, употребляющих табак. Целью таких осмотров должно быть выявление у сельских жителей расстройств депрессивного спектра, а также проявлений суицидального поведения. Инициатива направления пациентов на профилактические осмотры психиатра должна принадлежать участковым терапевтам, а полнота охвата обслуживаемого контингента такими осмотрами должна стать одним из показателей их работы.

Задачи вторичной и третичной профилактики расстройств депрессивного спектра у жителей села ложатся на психиатров, наркологов и психотерапевтов психиатрических лечебно-профилактических учреждений. Основными компонентами вторичной и третичной профилактики, т. е. предотвращения рецидива депрессивных эпизодов и хронификации расстройств депрессивного спектра, а также предотвращения суицидальных попыток, являются тактика и методы оказания пациентам психи-

атрической помощи. Из тактических вопросов большое значение имеет вопрос о предпочтительности амбулаторной или стационарной помощи лицам с расстройствами депрессивного спектра. Поэтому показания к госпитализации в психиатрический стационар лиц с депрессивными расстройствами должны быть четко определены. Важно отметить, что амбулаторной терапии в первую очередь подлежат легкие формы расстройств депрессивного спектра. Лечение расстройств депрессивного спектра умеренных и особенно тяжелых необходимо проводить в стационарных условиях. Показания для госпитализации в стационар должны основываться на клинико-динамической оценке и определяться с учетом социальных критериев. Клинико-динамическая оценка включает тяжесть депрессии и степень суицидального риска, социальные критерии – уровень социальной адаптации пациента, наличие у него социальной поддержки в лице родственников и близких друзей.

Клинико-динамическая оценка определяет круг показаний для госпитализации пациентов в психиатрический стационар. К такому следует отнести депрессию умеренной и тяжелой степени, особенно их тревожный, тоскливый и ипохондрический варианты. Социальные критерии показаний к госпитализации лиц с расстройствами депрессивного спектра в психиатрический стационар включают отсутствие социальной поддержки пациента по причине его одиночества или нарушенных отношений с близкими.

Наряду с тактическими вопросами, большое значение, с точки зрения вторичной и третичной профилактики расстройств депрессивного спектра, имеет выбор методов терапии. Среди них наиболее рекомендуемыми в литературе являются психофармакотерапия, психотерапия и электросудорожная терапия. Каждый из этих методов имеет свои достоинства и недостатки. Достоинством психофармакотерапии является ее универсальность: она эффективна практически при любых формах депрессии. К существенным недостаткам следует отнести возможность суицидогенных эффектов, а также нередкое использование пациентами назначенных им психотропных препаратов с суицидальной целью. Кроме того, изолированная психофармакотерапия не обеспечивает пациенту психологической поддержки, столь важной для большинства лиц с депрессией. Психотерапия значительно более безопасна по сравнению с психофармакотерапией, однако в роли ведущего метода в комплексной терапии может выступать лишь при легких депрессиях.

Наиболее эффективным, с точки зрения вторичной и третичной профилактики расстройств депрессивного спектра, является сочетание фармако- и психотерапии. Для адекватного подбора комплексного многоступенчатого метода психотерапии, психофармакотерапии и соматотропной терапии расстройств депрессивного спектра необходимо учитывать этиологию (психогенные, эндогенные, соматогенные депрессии), синдромальную форму и тип течения расстройств депрессивного спектра («клише», регрессионный, прогрессирующий), а также конституционально-морфологический тип пациента (астенический, нормостенический, пикнический) (Семке В. Я. и др., 2004; Симуткин Г. Г., 2007).

При выборе терапии также важно учитывать этнокультуральные особенности пациентов: предрасположенность удмуртов, по сравнению с русскими, к затяжным депрессиям. При психогенных депрессиях «терапевтическими мишенями» психотерапии у русских является реактивное состояние вследствие неудач в сфере производственных отношений, у удмуртов – неудач в сфере семейных и межличностных отношений. В лечении расстройств депрессивного спектра психогенного генеза рекомендуются релаксационные методы, когнитивно-бихевиоральная семейная и групповая психотерапия. С успехом применяется краткосрочная психодинамическая психотерапия, направленная на коррекцию личностных структур, ответственных за индивидуальную предрасположенность к постстрессовым расстройствам (Реверчук И. В., 2007). Необходимо помнить, что депрессия, особенно у лиц удмуртской национальности, предрасполагает к алкоголизации и суицидальному поведению (Васильев В. В., 2010). В связи с этим лечение следует начинать с заключения антиалкогольного и антисуицидального «контрактов», с назначением с первых дней терапии антидепрессантов с мощным анксиолитическим эффектом, «малых» нейролептиков («корректоров поведения») и транквилизаторов. При оценке эффективности фармакотерапии следует отметить, что присутствие в клинической картине ситуативной тревожности эффективно купируется транквилизаторами. При личностной тревожности показаны нейролептические препараты. Тактика терапии должна включать релаксационные методы лечения, обращение за поддержкой к референтным семейным и этническим группам.

У пациентов удмуртской национальности необходимо обращать внимание на сопутствующие социальные фобии. Анализ литературы дает основание считать, что поведенческая терапия

социальных фобий может оказаться предпочтительнее лекарственной. В то же время при наличии явных психосоциальных проблем, осложняющих выздоровление, уровень успешности при применении одной только психотерапии неоправданно низок. Для лечения рекомендуются применение различных методик поведенческой терапии, имеющих между собой общий компонент – столкновение с фобическим стимулом в реальной жизни (экспозиция, систематическая десенсибилизация, «наводнение», тренировка социальных навыков, направленных на релаксацию и снижение тревоги, когнитивное реструктурирование). Спецификой является акцент на когнитивно-поведенческих методах самооценки и ожидаемого восприятия себя окружающими, с необходимостью расширения и тренировкой навыков социального поведения.

С учетом выявленных в ходе исследования особенностей расстройств депрессивного спектра, их факторов риска были сформулированы рекомендации по их профилактике в сельской популяции Удмуртской Республики.

1. Регулярное проведение работы по обучению участковых врачей первичного медицинского звена навыкам распознавания расстройств депрессивного спектра. При наличии депрессивной симптоматики – направление пациента на консультацию к участковому психиатру ЦРБ.

2. Организация первичного скрининга расстройств депрессивного спектра с использованием шкалы депрессии ДЕПС проводится с привлечением для этой работы среднего медицинского и другого персонала первичного медицинского звена.

3. Проведение участковыми врачами первичного медицинского звена совместно с участковыми психиатрами ежегодной диспансеризации сельского населения с целью своевременного выявления у них расстройств депрессивного спектра по следующим критериям: депрессивная реакция или депрессивный эпизод в анамнезе, женский пол, возраст старше 50 лет (у женщин дополнительным фактором риска является возраст 18—29 лет), социальный статус пенсионера, инвалида и безработного; семейное положение разведенные или вдовы, неудовлетворенность семейными и производственными отношениями, низкий уровень доходов. Следует обращать внимание на жалобы астенического, ипохондрического и тревожного характера (по преобладающей синдромальной структуре расстройств депрессивного спектра).

4. В дополнение к социально-демографическим критериям при диспансеризации сельского населения рекомендуется учитывать медицинские факторы риска расстройств депрессивного спектра (коморбидные с депрессией состояния): наличие хронических соматических заболеваний и органических психических расстройств у всех респондентов, у мужчин – злоупотребление алкоголем, табакокурение, у представителей удмуртской национальности – наличие социальных фобий.

5. Оптимизация мероприятий по профилактике сопутствующих хронических соматических заболеваний; ежегодные освидетельствования участковыми врачами-терапевтами совместно с психиатрами лиц, страдающих хроническими соматическими заболеваниями.

6. Оптимизация мероприятий по профилактике сопутствующего алкоголизма; систематическое проведение работы по обучению участковых врачей первичного медицинского звена навыкам распознавания алкогольной зависимости. Регулярное повышение наркологической квалификации врачей-психиатров амбулаторных служб. Использование в профилактике алкогольной зависимости мотивационного интервьюирования.

7. Ориентация на комплексное лечение расстройств депрессивного спектра, включающее применение психофармакотерапии и психотерапии. При терапии расстройств депрессивного спектра следует учитывать этнокультуральные особенности: предрасположенность удмуртов к более частым, чем у русских, затяжным депрессиям. При расстройствах депрессивного спектра психогенного генеза «терапевтическими мишенями» психотерапии у русских является реактивное состояние вследствие неудач в сфере производственных отношений, у удмуртов – неудач в сфере семейных и межличностных отношений. В дополнение к семейной психотерапии для пациентов удмуртской национальности рекомендуется терапия социальных фобий (мероприятия по повышению адаптивного потенциала личностных ресурсов, десенсибилизация).

8. Регулярное повышение психотерапевтической квалификации врачей-психиатров амбулаторных и стационарных служб. Проведение работы по обучению участковых врачей и другого персонала первичного медицинского звена навыкам психотерапии семейных и производственных конфликтов.

9. В связи с низкой обращаемостью за специализированной помощью рекомендуется обучение сельских жителей основам психопрофилактики и психогигиены с привлечением для этой работы психиатров амбулаторных и стационарных служб.

10. Основными компонентами вторичной и третичной профилактики (предотвращения рецидива депрессивных эпизодов, хронификации расстройств депрессивного спектра, а также предотвращения суицидальных покушений) являются тактика и методы оказания пациентам психиатрической помощи. Легкие депрессии рекомендуется лечить амбулаторно (сочетание психотерапии и психофармакотерапии). Клинико-динамическая оценка очерчивает круг показаний к госпитализации в психиатрический стационар: депрессивные расстройства умеренной и тяжелой степени (особенно тревожный, тоскливый и ипохондрический варианты) и расстройства депрессивного спектра с высокой суицидальной опасностью. Основным социальным критерием показаний к госпитализации лиц с депрессией в психиатрический стационар является отсутствие социальной поддержки пациента вследствие одиночества или нарушенных отношений с близкими.

11. Важным аспектом третичной профилактики расстройств депрессивного спектра является работа с родственниками депрессивных пациентов. Она включает мобилизацию членов семьи и других родственников пациента для контроля его состояния и оказания психологической поддержки в случае совершения им суицидальной попытки.

Практическое осуществление всех перечисленных мероприятий может быть обеспечено путем модернизации существующей структуры региональной службы психического здоровья. Модернизация региональной службы психического здоровья должна базироваться на следующих принципах, предложенных М. А. Некрасовым (2008).

1. *Децентрализация* психиатрической помощи с её максимальным приближением к населению посредством секторального разделения региона на несколько медицинских зон. Необходимо формирование секторов, охватывающих несколько районов Удмуртской Республики.

Необходимо интегрировать службу психического здоровья в систему общего здравоохранения. В выполнении этой задачи основная роль отводится созданию на базе психиатрических кабинетов при ЦРБ районных центров психического здоровья

(РЦПЗ), в которых осуществляется амбулаторная фармако-, психо- и социотерапевтическая помощь. РЦПЗ интегрируется в работу первичного звена оказания медицинской помощи, каким является центральная районная больница. Доступностью помощи преодолевается барьер между психиатрией и населением, нивелируется стигматизирующее действие возможных контактов с врачом-психиатром, особенно в пределах небольших населенных пунктов.

Важным моментом в обеспечении доступности и качества амбулаторной и стационарной психиатрической помощи жителям региона является создание единого внебольничного звена службы психического здоровья Удмуртской Республики.

2. *Внедрение* методов психосоциальной реабилитации и терапии в деятельность медицинских учреждений, оказывающих психиатрическую помощь населению Удмуртской Республики.

Только комплексное развитие всех звеньев региональной службы психического здоровья позволит обеспечить реальное внедрение современных принципов оказания психиатрической и психотерапевтической помощи населению, направленных на повышение качества жизни психически больных и их максимальную социальную адаптацию в обществе.

Практическое осуществление превентивных мероприятий может быть обеспечено путем модернизации существующей структуры региональной службы психического здоровья. Суть модернизации заключается в обеспечении доступности и повышении качества амбулаторной и стационарной психиатрической и психотерапевтической помощи сельскому населению. Доступность и качество специализированной помощи могут быть реализованы путем децентрализации психиатрической помощи с максимальным её приближением к населению.

Полученные в результате проведенного исследования данные позволили научно обосновать и сформировать организационную модель региональной службы психического здоровья Удмуртской Республики (рис. 6), которая включает следующие компоненты: собственно региональную службу психического здоровья; учреждения общесоматической медицины; региональную службу социальной защиты; общественные организации.

**Организационная модель региональной службы психического здоровья**



**Рис. 6. Организационная модель региональной службы психического здоровья (модифицированная модель М. А. Некрасова [2008])**

Региональная служба психического здоровья (Некрасов М. А., 2008) включает в себя, помимо вертикально интегрированной «классической» модели оказания психиатрической помощи населению, представленной областной психиатрической больницей и областным психоневрологическим диспансером, «переходными» структурами: межрайонными психиатрическими отделениями и районными центрами психического здоровья (на базе психиатрических кабинетов при ЦРБ), так и линейно взаимосвязанную «надстройку», обеспечивающую как профессионально-центрированную, так и общественно-ориентированную помощь психически больным, направленную на их полноценную социальную адаптацию в обществе. В структуру «надстройки» входят республиканский (областной) центр психосоциальной реабилитации, лечебно-трудовой и образовательный центр, межрайонные постреабилитационные сообщества.

# **Список работ, опубликованных по теме диссертационного исследования**

1. Пакриев, С. Г. Социальная характеристика больных невротическими расстройствами (по данным АСУ – психиатрия Удмуртии) / С. М. Плотников, А. А. Сунцов, Ю. В. Ковалёв, Ю. Я. Смирнов, В. С. Кондаков, С. Г. Пакриев // Психическое здоровье населения России (социальный и эпидемиологический аспекты) : материалы Всерос. научно-практ. конф. – М.; Ижевск : Изд-во Удмуртского университета, 1994. – С. 270—272.
2. Пакриев, С. Г. Депрессии и сенситивность у сельских жителей (по данным анкетного исследования) / Ю. В. Ковалёв, С. Г. Пакриев // Этнические проявления в характеристике здоровья детей и подростков в Удмуртии : сб. статей международной научно-практ. конференция «Молодёжь и финно-угорский мир» (26—30 октября 1994 г., г. Ижевск). – Ижевск, 1994. – С. 22—23.
3. Пакриев, С. Г. Распространённость депрессий среди удмуртов / С. Г. Пакриев // Материалы конгресса финно-угорских народов. – Финляндия, Ювяскюля, 1995. – Ч. 6. – С. 312—316.
4. Pakriev, S. Screening for depression in the rural population in Udmurtia / S. Pakriev, V. Vasar, A. Aluoja, M. Saarma, J. Shlik // Nordic Journal of Psychiatry. – 1997. – V. 51. – P. 325—330.
5. Пакриев, С. Г. ДЕПС – шкала для оценки депрессий / С. Г. Пакриев, В. Т. Лекомцев, В. Э. Васар, А. Алуоя, М. М. Саарма, Я. Х. Шлик // Культуральные и этнические проблемы психического здоровья / под ред. Б. С. Положего, А. А. Чуркина. – М.; Ижевск : Ижевский полиграфкомбинат, 1997. – С. 253—258.
6. Pakriev, S. Prevalence of mood disorders in the rural population of Udmurtia / S. Pakriev, V. Vasar, A. Aluoja, M. Saarma, J. Shlik // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 1998. – V. 97. – P. 169—174.
7. Пакриев, С. Г. Депрессия как феномен социальной дисфункции у удмуртов / С. Г. Пакриев // Образ жизни и здоровье населения : сборник материалов Второго Международного Медицинского Конгресса (26—30 апреля 1998 г.). – Ижевск, 1998. – С. 160.
8. Pakriev, S. Prevalence of ICD-10 harmful use of alcohol and alcohol dependence among rural population in Udmurtia / S. Pakriev, V. Vasar, A. Aluoja, J. Shlik // Alcohol and Alcoholism. – 1998. – V. 33. – P. 255—264.
9. Pakriev, S. Prevalence of social phobia in the rural population of Udmurtia / S. Pakriev, V. Vasar, A. Aluoja, J. Shlik // Nordic Journal of Psychiatry. – 2000. – V. 54. – P. 109—112.
10. Пакриев, С. Г. Социальные фобии у сельских жителей Удмуртии / С. Г. Пакриев, В. Т. Лекомцев, В. Э. Васар // Молодые учёные на рубеже веков : материалы трудов научно-практ. конференции. – Ижевск, 2000. – Т. XXV. – С. 115—116.
11. Пакриев, С. Г. Этнокультуральные аспекты социальных фобий у сельских жителей Удмуртии / С. Г. Пакриев, В. Т. Лекомцев, В. Э. Васар, А. Алуоя, Я. Х. Шлик // Труды Ижевской Государственной Академии. – Ижевск, 2000. – Т. XXXVIII. – С. 228—229.
12. Pakriev, S. Patterns of tobacco use in rural Udmurtia / S. Pakriev, J. Shlik // Tobacco Control. – 2001. – V. 10 (1). – P. 85—86.
13. Pakriev, S. Course of depression: findings from a cross-sectional survey in rural Udmurtia / S. Pakriev, J. Shlik, V. Vasar // Nordic Journal of Psychiatry. – 2001. – V. 55. – P. 185—189.
14. Пакриев, С. Г. Динамика депрессии по данным эпидемиологического исследования в сельской Удмуртии / С. Г. Пакриев // Материалы республиканской научно-практ. конференции, посвящённой 100-летию со дня рождения А. Л. Лещинского. – Ижевск, 2001. – С. 113—118.
15. Пакриев, С. Г. Распространённость депрессии у сельских жителей Удмуртии / С. Г. Пакриев, В. Т. Лекомцев // Материалы республиканской научно-практ. конференции, посвящённой 100-летию со дня рождения А. Л. Лещинского. – Ижевск, 2001. – С. 118—128.
16. Пакриев, С. Г. Распространённость алкогольной зависимости у сельских жителей Удмуртии / С. Г. Пакриев, В. Т. Лекомцев // Клинические и социальные аспекты наркологии. – Ижевск : «Экспертиза», 2001. – С. 50—73.
17. Пакриев, С. Г. Употребление табака сельскими жителями Удмуртии / С. Г. Пакриев // Клинические и социальные аспекты наркологии. – Ижевск : «Экспертиза», 2001. – С. 73—77.
18. Pakriev, S. Causal and pathoplastic risk factors of depression. Findings of the TADEP project / S. Pakriev, R. K. R. Salokangas, O. Poutanen // Nordic Journal of Psychiatry. – 2002. – V. 56. – P. 29—32.
19. Pakriev, S. Gender differences in depressive symptoms. An artefact caused by measurement instruments? / R. K. R. Salokangas, K. Vaahtera, S. Pakriev, B. Sohlman, V. Lehtinen // Journal of Affective Disorders. – 2002. – V. 68. – P. 215—220.
20. Пакриев, С. Г. Каузальные и патопластические факторы риска депрессий / С. Г. Пакриев, Р. К. Салокангас, О. Поутанен // Деструктивность человека: феноменология. динамика, коррекция. – Ижевск; Воткинск, 2002. – С. 145—148.

21. Пакриев, С. Г. Половые различия в депрессивных симптомах. Артефакт диагностических инструментов? / С. Г. Пакриев, Р. К. Салокангас // Деструктивность человека: феноменология. динамика, коррекция». – Ижевск, 2002. – С. 148—155.
22. Пакриев, С. Г. Никотиновая аддикция среди детей и подростков / С. Г. Пакриев, В. Т. Лекомцев, С. Садовникова, В. В. Лекомцев // 50 лет Второй Республиканской Психиатрической Больнице : материалы региональной научно-практ. конференции. – Ижевск, 2003. – С. 320—328.
23. Пакриев, С. Г. Алкогольная зависимость в Удмуртии / С. Г. Пакриев // Зависимость, ответственность, доверие: в поисках субъектности : материалы Международной научно-практ. конференции. Ежегодник Российского психологического общества. – М.; Ижевск, 2004. – Кн. 2. – С. 124—128.
24. Пакриев, С. Г. Депрессии и синдром зависимости у удмуртов и русских / С. Г. Пакриев // Проблемы общественного здоровья и здравоохранения : тезисы международного семинара (12—15 октября 2004 г.). – Ижевск, 2005. – С. 70—79.
25. Пакриев, С. Г. Суицид как социально-психологический феномен / С. Г. Пакриев, Ю. В. Ковалев, Р. В. Ахапкин // Труды Ижевской государственной медицинской академии : сб. науч. ст. – Ижевск, 2007. – Т. 45. – С. 186—187.
26. Пакриев, С. Г. Социально-демографические и клинические особенности больных алкогольными психозами в Удмуртской республике / И. А. Уваров, С. Г. Пакриев, В. Т. Лекомцев, В. Ф. Файзуллин // Человек и мир: социальное поведение личности в изменяющемся мире : материалы Всероссийской научно-практ. конференции. – Ижевск, 2007. – С. 273—276
27. Пакриев, С. Г. Экспресс-диагностика депрессий в терапевтическом стационаре / С. Г. Пакриев, М. В. Можаяев, П. Е. Зарецкая // Здоровье, демография, экология Финно-угорских народов. – 2008. – № 3—4. – С. 55—58.
28. Pakriev, S. Prevalence of depression in a general hospital in Izhevsk, Russia / S. Pakriev, J. Kovalev, M. Mozhaev // Nordic Journal of Psychiatry. – 2009. – V. 63. – P. 1—6.
29. Можаяев, М. В. Факторы риска депрессии у пациентов терапевтического стационара / М. В. Можаяев, С. Г. Пакриев // Психические расстройства в общей медицине. – 2010. – № 1. – С. 24—29.
30. Пакриев, С. Г. Депрессии у сельских жителей (обзор литературы) / С. Г. Пакриев // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 3 (60). – С. 66—70.
31. Пакриев, С. Г. Скрининг депрессий в городском терапевтическом стационаре и в популяции сельских жителей / С. Г. Пакриев // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 6 (63). – С. 21—25.
32. Пакриев, С. Г. Депрессивные расстройства в сельской популяции Удмуртии / С. Г. Пакриев // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 6. – С. 24—28.
33. Пакриев, С. Г. Депрессии у сельских жителей Удмуртии: этнокультуральные отличия / С. Г. Пакриев // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 1 (64). – С. 103—107.
34. Пакриев, С. Г. Гендерные различия в депрессивной симптоматике у сельских жителей / С. Г. Пакриев // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2011. – № 5. – С. 11—16.
35. Пакриев, С. Г. Оптимизация психиатрической помощи сельскому населению (обзор литературы) / С. Г. Пакриев // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 5 (68). – С. 89—95.
36. Пакриев, С. Г. Патопластические и каузальные факторы риска расстройств депрессивного спектра у жителей села / С. Г. Пакриев // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 6 (69). – С. 24—27.
37. Pakriev, S. The efficacy of a brief intervention in reducing hazardous drinking in working age men in Russia: the HIM (Health for Izhevsk men) individually randomized parallel group exploratory trial / E. Allen, O. Polikina, L. Saburova, J. McCambridge, D. Elbourne, S. Pakriev et al. // Trials. – 2011. – V. 12. – P. 238. – Online journal : <http://www.trialsjournal.com/content/12/1/238>
38. Пакриев, С. Г. Экспресс-диагностика депрессий / С. Г. Пакриев // Медицинская психология в России. – 2011. – № 3. – URL: <http://medpsy.ru>