

<https://doi.org/10.34883/PI.2025.16.1.005>



Евсегнеев Р.А.¹ ✉, Осипчик С.И.²

¹ Минский областной клинический центр «Психиатрия – наркология», Минск, Беларусь

² Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск, Беларусь

Диагнозы психических и поведенческих расстройств, слишком часто и слишком редко используемые в отечественной практике: причины и последствия. Сообщение 1

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: Евсегнеев Р.А. – концепция и дизайн исследования, обзор публикаций по теме статьи, написание текста, редактирование, обсуждение результатов; Осипчик С.И. – сбор и анализ статистического материала, написание текста, обсуждение результатов.

Подана: 04.01.2025

Принята: 12.02.2025

Контакты: roman.evsegneeve@mail.ru

Резюме

В статье приведены различия в оценке заболеваемости и распространенности ряда форм психической патологии: шизофрении, депрессии, биполярного аффективного расстройства и др. – в отечественной практике в сравнении с опытом других стран Европы, а также динамика этих показателей в последние десятилетия. Обсуждаются возможные причины существующих различий, последствия и значение этих показателей для дальнейшего развития служб охраны психического здоровья.

Ключевые слова: шизофрения и близкие к ней расстройства, депрессия, биполярное аффективное расстройство, оценка распространенности в разных странах в последние десятилетия, диагностика, лечение, социально-экономические последствия

Evsegneev R.¹ ✉, Osipchik S.²

¹ Minsk Regional Clinical Centre "Psychiatry – Narcology", Minsk, Belarus

² Republican Scientific and Practical Centre for Mental Health, Minsk, Belarus

Diagnoses of Mental and Behavioral Disorders, Too Often and Too Rarely Used in Domestic Practice: Causes and Consequences. Report 1

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: Evsegneev R. – research concept and design, review of publications on the topic of the article, writing the text, editing, discussion of the results; Osipchik S. – collection and analysis of statistical material, writing the text, discussion of the results.

Submitted: 04.01.2025

Accepted: 12.02.2025

Contacts: roman.evsegneev@mail.ru

Abstract

The article discusses the differences in the assessment of the morbidity and prevalence of a number forms of mental disorders – schizophrenia, depression, bipolar affective disorder etc. in domestic practice in comparison with the experience of a number of other European countries, as well as the dynamics of these indicators in recent decades. The possible causes of the existing distinctions, as well as consequences and implications of these indicators for further development of mental health services are discussed.

Keywords: schizophrenia and related disorders, depression, bipolar affective disorder, morbidity and prevalence assessments in different countries during recent decades, diagnostics, treatment, socio-economic consequences

■ ВВЕДЕНИЕ

При сравнении литературных источников, как и результатов различных эпидемиологических исследований обращает на себя внимание тот факт, что распространенность многих форм психических расстройств и частота использования психиатрами в повседневной практике диагнозов целого ряда психических и поведенческих расстройств нередко отличается в разных странах мира, иногда весьма существенно, и что величины этих показателей и выраженность таких различий явно изменяются с течением времени.

Эти расхождения были ранее уже многократно отмечены в отношении самых разных форм патологии, даже в странах с развитой системой психиатрической помощи. Так, яркий пример тому, который в свое время широко обсуждался в литературе, – данные 1960-х гг., когда при сравнении частоты использования психиатрами диагноза шизофрении обнаружилось, что в Нью-Йорке она оказалась в 2 раза выше, чем в Лондоне, где существенная часть таких пациентов классифицировалась как страдающие депрессией, неврозами и расстройствами личности. Пример, более близкий по времени, – различия в использовании диагноза посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), который по своей частоте в США входит обычно в

первую тройку форм психической патологии, тогда как в странах ЕС лишь в начало второй десятки этого списка – и это при том, что психиатры этих стран используют чаще всего одни и те же или близкие диагностические критерии, заложенные в действующих в этих странах классификациях. Целый ряд подобных различий при их сравнении с результатами проведенных за рубежом эпидемиологических исследований характерны и для опыта отечественной психиатрии.

Следует также отметить, что в более поздних исследованиях, проведенных в разных странах мира в 1980–2000-х гг., степень выраженности таких различий по сравнению с данными 1960–1970-х гг. уже существенно сглаживается.

«Популярность» используемых диагнозов среди практических врачей с течением времени заметно меняется: ряд диагнозов, которые еще несколько десятилетий назад очень широко применялись отечественными специалистами, уходят или уже ушли в прошлое: вегето-сосудистая дистония, невротическое состояние и т. п.; в это же время другие диагнозы, которые еще 15–20 лет назад в отечественной практике почти не ставились, такие как постшизофреническая депрессия, ПТСР или пограничное личностное расстройство, становятся все более распространенными.

Причины таких различий весьма разнообразны. При этом для широко распространенных форм патологии более важную роль играют, по всей вероятности, причины субъективного характера – сила традиций и прежнего опыта, соревнование научных школ и влияние авторитетов, сформировавшиеся ранее взгляды психиатров, особенности их обучения и практики, структура психиатрической службы и даже, до известной степени, стереотипы массового сознания. Следует отметить, что тут могут сказываться также исторические события и обстоятельства – в том числе и весьма далекие от нашей медицинской специальности (наглядный пример тому – внедрение в практику и широкое использование диагноза ПТСР психиатрами и психотерапевтами США после американской агрессии во Вьетнаме 1960–1970-х гг.).

Вполне очевидно и то, что «традиционные», «популярные» диагнозы применяются в повседневной работе чаще других уже потому, что врачу так привычнее и удобнее. Причинами же происходящих со временем изменений в частоте использования диагнозов психических расстройств, которые мы наблюдаем, становятся не просто перемены в терминологии и классификации, а изменения во взглядах на этиологию, биологические и психологические механизмы развития и, как следствие, на методы лечения, возможности оказания помощи и профилактики. Большую роль в этом, несомненно, играет наличие и доступность видов помощи для той или иной формы психического расстройства.

Изучение этих различий важно не только и даже не столько в клиническом, сколько в социально-экономическом плане уже потому, что напрямую влияет на полноту выявляемости, своевременность диагностики и эффективность лечения разных форм психических расстройств, на судьбы огромного количества страдающих ими пациентов, формы организации психиатрической помощи и обоснованность распределения бюджетных средств, социально-экономический груз психических расстройств и в конечном итоге на эффективность работы психиатрической службы в целом. В практической плоскости это означает, что более «традиционным» в данный период формам патологии и врачами, и организаторами здравоохранения уделяется больше внимания – эти расстройства чаще и на более ранних этапах распознаются, возможности оказания помощи, доступность и выбор лекарственных препаратов,

форм социальной поддержки пациента оказываются более широкими и т. д. В то же время с «менее привычными» формами патологии ситуация прямо противоположная: в повседневной практике они отодвигаются на второй план, распознаются неполно и несвоевременно, число и доступность форм помощи для них более ограничены, имеющиеся лечебные возможности часто не используются, а в результате эффективность лечения совершенно не соответствует современным возможностям. Немаловажно и то, что в области «привычных» форм заболеваний степень информированности потребителей помощи и населения в целом намного выше.

Вместе с тем взгляды на распространенность и «традиционность» различных форм психических расстройств, на возможности и особенности их лечения со временем существенно, а иногда и радикально меняются – и важно, чтобы повседневная врачебная практика за этими изменениями успевала.

■ ЦЕЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целями нашей работы являлись изучение частоты использования психиатрами Республики Беларусь диагнозов ряда распространенных форм психических и поведенческих расстройств, сравнение этих результатов с зарубежным опытом и содержащимися в современной литературе данными, а также исследование динамики этих показателей в отечественной практике за последние годы. При этом нами были отобраны формы психической патологии, где можно было заранее ожидать наличия существенных различий отечественной практики с данными современных эпидемиологических исследований и международным опытом.

Конечной целью работы было обсуждение возможных причин и последствий выявленных различий, а также вытекающих из этого путей и форм дальнейшего совершенствования работы отечественной психиатрической помощи и подготовки специалистов.

В данном сообщении речь пойдет о расстройствах разделов F2 и F3 МКБ-10 [1] – шизофрении, шизотипическом и шизоаффективном расстройстве, а также депрессии, рекуррентном депрессивном и биполярном аффективном расстройстве (БАР).

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для достижения намеченных целей наряду с данными литературы нами были использованы следующие источники и документы:

- информационно-статистический сборник «Психиатрическая помощь населению Республики Беларусь (2015–2017 гг.)» [2];
- информационно-статистический сборник «Психиатрическая помощь населению Республики Беларусь (2018–2020 гг.)» [3];
- составленный Институтом психического здоровья в Ноттингеме, Великобритания, в августе 2013 г. обширный отчет, содержащий подробные сведения о ситуации в области психического здоровья, распространенности различных форм психических расстройств и деятельности систем психиатрической помощи в 29 странах Европы – 27 странах Евросоюза, в Хорватии и Норвегии [4];
- годовые отчеты о работе Республиканского научно-практического центра (РНПЦ) психического здоровья – расположенного в Минске самого крупного психиатрического стационара Республики Беларусь – за 2015–2022 гг.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

В табл. 1 собраны сведения о заболеваемости выбранными нами формами психических и поведенческих расстройств населения Республики Беларусь за 2016–2020 гг. [2, 3].

Таким образом, в приведенных в табл. 1 данных стоит отметить целый ряд особенностей. Прежде всего, как и следовало ожидать, высокую частоту использования среди форм выявленной психической патологии диагноза шизофрении, которая почти в 2 раза превосходит частоту суммарного использования диагнозов аффективной патологии в целом и в 2,5–3 раза – частоту использования диагнозов депрессивных расстройств.

Такое соотношение стало вполне ожидаемым уже потому, что оно имеет глубокие исторические корни: как известно, еще в 1950–1960-х гг. и ранее на протяжении многих десятилетий маниакально-депрессивный психоз (МДП) повсеместно, в том числе и в нашей стране, считался не слишком распространенной формой патологии – гораздо более редкой в сравнении с шизофренией. Хотя эпидемиологических исследований тогда еще не проводилось, о таком положении дел свидетельствовало уже то, что удельный вес пациентов с шизофренией в отечественных психиатрических стационарах в середине 1950-х гг. достигал 30% и более, тогда как пациентов с МДП – лишь 1–2%. Широта применения диагноза шизофрении оказалась столь велика, что, по данным ВОЗ, в 1950-е гг. эти пациенты занимали половину коек в психиатрических стационарах [5].

Эти взгляды за последние 3 десятилетия диаметрально образом изменились: распространенность среди населения депрессивных эпизодов и рекуррентной депрессии к концу 1990-х – началу 2000-х гг. повсеместно оценивалась уже в 5–6% и

Таблица 1
Заболеваемость различными формами психических и поведенческих расстройств (кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ) населения Республики Беларусь за 2016–2020 гг. (количество пациентов)
Table 1
Morbidity of various forms of mental and behavioral disorders (except for diseases related to the use of psychoactive substances) in the population of the Republic of Belarus in 2016–2020. (number of patients)

Год	2016	2018	2020
Среднегодовая численность населения, всего, тыс.	9501,5	9483,5	9380,0
в том числе:			
– взрослые (18 лет и старше), тыс.	7663,4	7617,1	7515,2
Заболеваемость (кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ), общее количество пациентов	348223	323171	305772
в том числе:			
– шизофрения (F20)	24711	23871	23862
– шизотипическое расстройство (F21)	1104	1233	1211
– шизоаффективное расстройство (F25)	1097	1238	1328
Расстройства настроения, всего (F3)	12636	11049	10320
из них:			
– маниакальный эпизод (F30)	220	259	296
– биполярное аффективное расстройство (F31)	1176	1266	1433
– депрессивные расстройства: депрессивные эпизоды (F32), рекуррентное депрессивное расстройство (F33)	10048	8282	7509

более (2–3% у мужчин и 5–10% у женщин), БАР различных типов – в сумме от 1,5% до 3,7% [4, 6], тогда как шизофрении – от 0,5% до 1% [4–6].

Проиллюстрируем эти изменения примерами ряда стран Европы. Так, в Нидерландах, по данным на октябрь 2010 г., распространенность этих форм психической патологии среди жителей в возрасте от 18 до 64 лет была следующей: депрессивные расстройства – 5,2%, дистимия – 0,9%, БАР – 0,69% среди мужчин и 0,97% среди женщин, шизофрения – лишь 0,23% среди мужчин и 0,17% среди женщин. При этом абсолютное количество пациентов с БАР в стране составило 87 400, пациентов со всеми формами аффективной патологии в сумме 642 800, тогда как пациентов с шизофренией – лишь 31 878, т. е. в 2,7 раза меньше БАР и в 20 раз меньше пациентов с аффективной патологией в целом [4].

В ряде стран ЕС распространенность депрессивных расстройств оценивалась еще выше – например, в Бельгии к 2004 г. 8,0%, а к 2008 г. уже 9,5% населения. Следует также отметить, что распространенность более мягких форм аффективной патологии – т. е. БАР 2-го типа – существенно превышала распространенность его ядерных форм – БАР 1-го типа [4].

Сходная тенденция изменений в диагностике обнаруживается и в большинстве других стран Европы. Так, в Чехии показатель распространенности расстройств настроения (F30–F39) на 100 тыс. населения составил 89,6, тогда как шизофрении и близких к ней расстройств (F20–F29) – лишь 39,5. Несмотря на колебания этих показателей, почти во всех странах ЕС число и удельный вес пациентов с расстройствами настроения в последнее десятилетие отчетливо превышают число и удельный вес пациентов с шизофренией и близкими к ней расстройствами, что потребовало изменений в формах организации диагностической и лечебной помощи [4].

В отечественной практике частота использования диагноза шизофрении за последнее пятилетие пока существенно не снизилась и сохраняется, на наш взгляд, неоправданно высокой. Это же относится к по-прежнему низкому уровню использования диагнозов аффективной патологии в целом. В то же время, как видно из табл. 1, отмеченная выше тенденция начала уже проявляться и в работе отечественных психиатров: так, за последние годы частота использования диагнозов БАР и шизоаффективных расстройств выросла примерно на четверть, а состояний мани – примерно на треть в сравнении с 2016 г.

Вызывает также интерес вопрос о том, отличается ли частота использования диагнозов указанных форм психических расстройств врачами-психиатрами в столице и в регионах и изменилась ли она за последние годы. Заранее отметим, что причины таких различий, если они обнаружатся, будут носить преимущественно субъективный характер, поскольку ожидать наличия существенных объективных различий в эпидемиологических данных здесь вряд ли возможно.

С этой целью мы провели сравнение этих показателей среди лиц трудоспособного возраста в г. Минске (население на 2020 г. – 2,015 млн чел.) и 3 областях Республики Беларусь – Минской (1,47 млн чел.), Витебской (1,13 млн чел.) и Брестской (1,34 млн чел.). Результаты представлены в табл. 2.

Таким образом, во всех 4 регионах обнаруживались как сходные тенденции, так и ряд местных различий. Так, количество пациентов с шизофренией повсеместно уменьшилось за пятилетие почти на треть (в Минске – на 27%, Минской области – на 32,3%, Витебской области – на 32,8% и в Брестской области – на 29,5%). Расширение

Таблица 2

Заболееваемость различными формами психических и поведенческих расстройств в трудоспособном возрасте населения г. Минска, а также Минской, Витебской и Брестской областей Республики Беларусь за 2016–2020 гг. (количество пациентов) [2, 3]

Table 2

Morbidity of various forms of mental and behavioral disorders in the working-age population of Minsk, as well as the Minsk, Vitebsk and Brest regions of the Republic of Belarus in 2016–2020 (number of patients) [2, 3]

Формы патологии	Год	Минск	Минская область	Витебская область	Брестская область
Шизофрения (F20)	2016	4673	3220	3512	3439
	2018	2706	2149	2487	2175
	2020	3410	2180	2360	2426
Шизотипическое расстройство (F21)	2016	260	163	233	134
	2018	298	143	224	139
	2020	317	171	170	135
Шизоаффективное расстройство (F25)	2016	191	171	111	195
	2018	223	152	99	198
	2020	268	161	97	242
Расстройства настроения, всего (F3)	2016	1424	2279	874	1755
	2018	1038	1638	607	677
	2020	1265	1499	851	747
из них:	2016	45	56	15	29
— маниакальный эпизод (F30)	2018	52	44	11	31
	2020	64	45	23	31
— биполярное аффективное расстройство (F31)	2016	259	223	121	147
	2018	211	175	94	166
	2020	306	183	108	197
— депрессивные расстройства: депрессивный эпизод (F32) и рекуррентное депрессивное расстройство (F33)	2016	1091	1255	523	1132
	2018	621	1319	365	463
	2020	731	1126	494	462

использования диагнозов шизотипического расстройства было обнаружено лишь в Минске, где удельный вес этой патологии от общего числа пациентов с шизофренией вырос с 5,6% в 2016 г. до 9,3% в 2020 г., но отсутствовало в областях. Следует также отметить расширение использования в прошедшие годы диагнозов шизоаффективных расстройств в Минске и Брестской области – на 40,3% и 24,1% соответственно.

Частота использования врачами диагнозов аффективной патологии в целом, депрессивных эпизодов и рекуррентного депрессивного расстройства во всех регионах не только не возросла, но даже сократилась. Вместе с тем частота использования диагнозов БАР в 2 регионах республики существенно возросла – в Брестской области на 34,0% и в Минске на 18,1%.

В табл. 3 приведены сведения о количестве пациентов с изучаемыми формами психических расстройств, пролеченных в крупнейшем (более 1,5 тыс. коек) психиатрическом стационаре Беларуси – РНПЦ психического здоровья в Минске с 2015 по 2022 г.

Таким образом, в приведенных в табл. 3 данных обращают на себя внимание следующие особенности. Несмотря на то что количество госпитализированных пациентов с шизофренией из года в год по-прежнему многократно превышает количество

Таблица 3

Количество пациентов с различными формами психических и поведенческих расстройств, пролеченных в РНПЦ психического здоровья в 2015–2022 гг.

Table 3

The number of patients with various forms of mental and behavioral disorders treated at the Republican Scientific and Practical Center for Mental Health in 2015–2022

Год	2015	2018	2020	2022
Общее количество пролеченных пациентов в том числе:	18 926	18 534	15 602	15 574
– шизофрения (F20)	3164	2819	2217	2128
– шизотипическое расстройство (F21)	122	114	112	99
– шизоаффективное расстройство (F25)	225	277	239	257
Расстройства настроения, всего (F3)	754	725	744	681
из них:				
– маниакальный эпизод (F30)	28	42	50	61
– биполярное аффективное расстройство (F31)	281	275	285	264
– депрессивные расстройства: депрессивный эпизод (F32) и рекуррентное депрессивное расстройство (F33)	437	394	394	340
– циклотимия (F34.0)	4	10	7	7
– дистимия (F34.1)	2	2	6	5

пациентов с аффективной патологией, удельный вес пациентов с шизофренией хоть и медленно, но все же снижался – с 16,7% в 2015 г. до 14,2% в 2020 г. и 13,7% в 2022 г. В то же время частота использования диагнозов, относящихся к аффективной патологии, среди общего числа госпитализированных росла незначительно и составила лишь 4,0%, 4,8% и 4,4% соответственно.

Для сравнения отметим, что, например, в Бельгии удельный вес пациентов с диагнозами расстройств настроения среди общего числа госпитализаций составил 21%. В Германии в течение 2009 г. стационарное лечение прошли в сумме 237 774 пациента с этой патологией (F30–F39), тогда как пациентов с шизофренией и близкими к ней расстройствами (F20–F29) – лишь 136 251, т. е. в 1,7 раза меньше. Еще более значительными оказались различия в Люксембурге, где среди госпитализаций в психиатрические стационары в 2009 г. частота использования диагнозов аффективной патологии оказалась почти в 2 раза выше, чем диагнозов шизофрении и близких к ней расстройств, – 1508 и 782 соответственно [4].

В то же время следует отметить, что в некоторых странах ЕС, как и в нашей стране, распространенность шизофрении и близких к ней расстройств все еще превосходит распространенность аффективной патологии – хотя и не столь значительно, как в Беларуси. Так, в Болгарии эти показатели к 2006 г. составляли 388,2 и 234,8 на 100 тыс. населения соответственно. В Польше среди госпитализированных в 2009 г. пациентов удельный вес пациентов с шизофренией (F20) составлял 16,4%, т. е. почти точно соответствовал ситуации в нашей стране к 2015 г. (16,7%), хотя удельный вес пациентов с аффективными нарушениями (F30–F33) был в 2 раза выше, чем в Беларуси (8,7% и 4,0% соответственно). В Литве к 2010 г. показатели распространенности этих форм патологии в населении оценивались как довольно близкие – 740,0 случая на 100 тыс. для шизофрении и других нарушений раздела F20 и 801,3 случая на 100 тыс. населения для аффективной патологии [4].

Также отметим казуистически редкое использование отечественными психиатрами в стационарных условиях диагнозов циклотимии и дистимии, что никак не

соответствует действительности; вероятно, это объясняется в существенной степени недостаточной информированностью населения в этой области и обусловленным этим низким уровнем обращаемости, как и неготовностью к использованию этих диагнозов врачами общей медицинской практики, к которым эти пациенты преимущественно и идут за помощью. Для сравнения, например, в Финляндии в 2000 г. при 12-месячной заболеваемости большим депрессивным расстройством у 4,9% населения (3,4% у мужчин и 6,3% у женщин) уровень заболеваемости дистимией оценивался во вполне сопоставимую с этим величину – 2,5% (1,9% у мужчин и 3,0% у женщин) [4].

■ ОБСУЖДЕНИЕ

Таким образом, основным итогом нашего исследования стало сохранение существенно более широкой диагностики шизофрении и близких ей расстройств и явно суженной диагностики форм аффективной патологии отечественными психиатрами в сравнении с коллегами из европейских стран в последние десятилетия. Обратная тенденция, столь характерная для большинства стран Европы и США, хоть уже и начала обнаруживать себя в отечественной практике в последние годы, проявилась главным образом сужением использования диагнозов шизофрении – примерно на треть. Расширение же выявляемости аффективной патологии оказалось гораздо менее выраженным, отмечено лишь в 2 регионах и касалось только БАР и шизоаффективных расстройств – но не рекуррентной депрессии и депрессивных эпизодов.

Для сравнения ситуации отметим, что в большинстве стран с развитой психиатрической помощью диагностика расстройств настроения в последние десятилетия стремительно расширяется, особенно у лиц молодого возраста, например, в США с 1998 по 2004 г. диагностика БАР у взрослых увеличилась на 56%, у подростков – в 4, а у детей – уже более чем в 5 раз [7].

Интерес в этом вопросе вызывает не столько сам факт изменения относительной частоты используемых психиатрами диагнозов, сколько обсуждение причин, а также возможных последствий этого для работы психиатрических служб и социально-экономического груза психических расстройств в обществе в целом.

Как и для всех других форм заболеваний, причины различий в их распространенности в разных странах и регионах могут носить как объективный, так и субъективный характер. Специфика психиатрии такова, что здесь значение субъективного фактора существенно выше, чем во многих других медицинских специальностях. К основным аргументам в пользу этого следует, на наш взгляд, отнести следующие.

Прежде всего это сложность, нелинейность и недостаточная изученность этиологии большинства психических расстройств, когда диагноз ставится не на основании наличия ясного этиологического фактора (как, например, при инфекционных болезнях, где расхождения диагнозов в работе разных специалистов будут встречаться несравнимо реже), а на основании тех или иных субъективно оцениваемых внешних симптомов, нозологическая специфичность которых часто весьма относительна.

Об этом же убедительно свидетельствует история развития нашей специальности – как отечественной, так и мировой, в ходе которой диагностические предположения даже в соседних странах (например, в Германии и Франции) или в странах, говорящих на одном языке (например, Англии и США), в одни и те же периоды могли диаметрально отличаться. Более того, нормальным считалось (как, в частности,

в СССР) существование разных научных школ – вплоть до того, что врачи, работавшие в одном и том же городе или даже в одном психиатрическом стационаре, являлись приверженцами разных школ и направлений, что находило выражение в выставляемых ими диагнозах, частота которых от одного региона к другому и даже от специалиста к специалисту могла существенно отличаться.

Обнаруженная в настоящем исследовании ситуация также, несомненно, имеет исторические корни – а именно характерное для отечественной психиатрии 1960–1980-х гг. расширение диагностических границ и клинических вариантов шизофрении с включением в нее форм патологии, позднее отнесенных в МКБ-10 к шизотипическому и шизоаффективным расстройствам, и наряду с этим идущее еще с начала 1920-х гг. от Э. Крепелина и многие десятилетия разделяемое отечественными психиатрами представление об относительно невысокой (в десятки раз ниже) распространенности маниакально-депрессивного психоза в сравнении с шизофренией.

Одной из причин такого положения в отечественной практике является, на наш взгляд, также сформировавшаяся за долгие годы «удобность» традиционных диагнозов как для врачей-психиатров (стереотипность диагностической процедуры, наличие и доступность привычных форм помощи, например, для шизофрении независимо от ее форм – психиатрический стационар и лечение антипсихотиками с последующей постановкой на учет в психоневрологическом диспансере или у психиатра районной поликлиники и т. д.), так нередко и для самого пациента (возможность получения группы инвалидности, бесплатных или по льготным ценам психотропных препаратов, как и других социальных льгот, что при диагнозах депрессии часто было бы недоступным и др.).

Эффективными путями преодоления такого положения стало, в частности, принятие стандартных классификаций психических расстройств (начиная с DSM-III и далее и МКБ-10), содержащих конкретные диагностические критерии для отнесения расстройства в ту или иную группу, реформирование видов психиатрической помощи с приближением ее к потребителю, а также проведение, начиная с 1980-х гг., широких международных эпидемиологических исследований, в результате которых прежние различия в оценке распространенности различных форм психической патологии уже существенно сгладились.

Поскольку от выставленного врачом диагноза прямо зависит план дальнейшего ведения пациента, регламентированный действующими в стране клиническими протоколами [8], в том числе условия оказания помощи, план обследования, выбор лекарственных препаратов на разных этапах лечения и т. д., негативные последствия обсуждаемых здесь перекосов в диагностике вполне закономерны. Они будут включать, в частности, неоправданно низкий уровень потребления в стране антидепрессантов и стабилизаторов настроения в целом и очень редкое их использование в общемедицинской помощи и первичном здравоохранении, неразвитость специализированных стационарных и амбулаторных форм помощи для пациентов с аффективной патологией, а также явно недостаточное количество психиатров и психотерапевтов, работающих в общесоматических стационарах и диспансерах, особенно там, где сопутствующие депрессивные расстройства широко распространены (20–30% пациентов и более), – в кардиологии, онкологии, эндокринологии и др.

Еще одной наглядной иллюстрацией тесных взаимосвязей установленного врачом диагноза и всех последующих лечебных мероприятий может служить введенное

в классификации DSM-IV и используемое еще с 1994 г. подразделение биполярного аффективного расстройства на БАР 1-го и БАР 2-го типа, при которых лечебные мероприятия имеют ряд существенных отличий – как в период острого состояния, так и в ремиссии. К сожалению, это диагностическое подразделение в МКБ-10 не попало и в отечественной повседневной практике до настоящего времени используется недопустимо редко.

Важно при этом отдавать себе отчет, что указанные отличия диагностики и взглядов на относительную распространенность тех или иных форм заболеваний представляют собой не просто предмет для отвлеченно-научных дискуссий, борьбы различных школ и направлений: от того, какие представления в этой области сегодня сформировались, в значительной степени зависит политика в области охраны психического здоровья, формы организации психиатрической помощи, ее правовое регулирование, распределение бюджета здравоохранения и экономические потери от болезней, особенности подготовки кадров, психообразование населения, степень его информированности и др.

Достаточно отметить, что в последние 2 десятилетия экономические последствия расстройств настроения столь огромны, что занимают лидирующие позиции не только среди психических расстройств, но и среди всех заболеваний современного человека в целом. Так, согласно докладу ВОЗ 2001 г. «О состоянии здравоохранения в мире», по показателю лет жизни, потерянных из-за болезни (индекс DALYs – Disability Adjusted Life Years – сумма утраченных лет жизни из-за преждевременной смерти и лет, прожитых в состоянии инвалидности, т. е. утраты функциональных возможностей) монополярная депрессия занимала 4-е место среди всех заболеваний человека (4,4% от общего числа), опережая, в частности, ишемическую болезнь сердца (ИБС) (3,8%), а в возрастной группе 15–44 лет – уже 2-е место (8,6%), в 3,3 раза опередив шизофрению (2,6% – 8-е место). При этом БАР в данной возрастной группе занимало 9-е место (2,5%), опережая ИБС (1,5%), цереброваскулярную патологию (1,5%) и войны (1,2%) [9].

Столь значительные экономические потери от аффективной патологии обусловлены не только ее широкой распространенностью, но и началом в молодом возрасте (20–30 лет), хроническим течением, частыми обострениями, а также значительно повышенным риском суицида: от 25% до 40% пациентов с БАР совершают в жизни хотя бы одну суицидальную попытку, а 11–18% – заверченный суицид, что в 25 раз выше, чем у остальной части населения [9]. К сожалению, этот огромный груз социально-экономических последствий аффективной патологии в отечественной практике пока еще вполне не осознается.

Вывод из всего этого очевиден: чем ниже степень приоритетности той или иной патологии, тем ниже ее выявляемость и тем тяжелее обусловленные ею социально-экономические потери для общества и государства и наоборот.

Вместе с тем давно известно, что лица, страдающие этими нарушениями (прежде всего БАР 2-го типа с длительными состояниями гипомании), могут представлять собой большую социальную ценность; не случайно их удельный вес гораздо больше, чем в среднем в популяции, в тех профессиях, где важна способность к самостоятельному творчеству, лидерские качества, высокая работоспособность, уверенность в себе и инициатива – среди людей творческих профессий (писателей, художников, музыкантов, артистов), а также ученых-первооткрывателей, менеджеров

разного уровня, организаторов производства и др. Такие личности нередко являются двигателями прогресса в разных областях человеческой деятельности; в специальной литературе приводятся списки этих талантливых людей разных стран и народов [10, 11].

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение отметим, что в последние годы существенный рост интереса к проблеме нарушений настроения и, в частности, биполярного аффективного расстройства наблюдается и в отечественном социальном окружении – прежде всего у молодого образованного поколения больших городов [12, 13]. Важно, чтобы этот интерес был своевременно использован и поддержан специалистами – отечественными психiatрами и психотерапевтами, а также средствами массовой информации.

Таким образом, сложившаяся ситуация, при которой патология настроения – депрессия, рекуррентное депрессивное расстройство и БАР, дистимия и циклотимия – в отечественной практике весьма неполно распознаются и лечатся, явно нуждается в исправлении в связи с ее большой социально-экономической важностью, доступностью современных эффективных психотропных препаратов, а также все большими возможностями для раннего выявления и вторичной профилактики этих форм психической патологии.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. WHO. Nüller Yu., Tsikin S. (ed.) (1994) ICD-10. *International Classification of Diseases (10th revision): Classification of mental and behavioral disorders*. St. Petersburg: ADIS.
2. Ministry of Health of the Republic of Belarus, Republican Scientific and Practical Center for Mental Health (2018). *Psychiatric care for the population of the Republic of Belarus (2015-2017): an information and statistical collection*. Minsk: Professional publications.
3. Ministry of Health of the Republic of Belarus, Republican Scientific and Practical Center for Mental Health (2021). *Psychiatric care for the population of the Republic of Belarus (2018-2020): an information and statistical collection*. Minsk, Colorgrad.
4. Mental Health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Population and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health (European profile of prevention and promotion of mental health (EuroPoP-MH) – Main Report. Prepared by: Cmiara Samele, Stuart Frew and Norman Urguia. The Institute of Mental Health, Nottingham, July 2013.
5. Minutko V.L. (2009) *Schizophrenia*. Kursk: IPP "Kursk".
6. Hirshfeld R.M.A., Perlis R.H., Vornic L. (2004) *Pharmacological Treatment of Bipolar Disorder*. New York: MBL Communications.
7. Gadzhieva N.R., Pavlyuchenko A.V., Kabosnidze K.E. Issues of child and adolescent psychiatry in the proceedings of the 21st Congress of the European Psychiatric Association. *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*. 2013;4(14):138–146.
8. *Providing medical care to patients with mental and behavioral disorders: a collection of clinical protocols*. Minsk: Professional publications. 2023.
9. World Health Organization (2001). *World Health Report, 2001 Mental health: a new understanding, a new hope*. Moscow: The Whole World.
10. Evsegneev R.A. From manic-depressive psychosis to bipolar spectrum disorders are the main areas of change. *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*. 2014;2(16):92–106.
11. Goodwin G., Sachs G. (2004) *Bipolar Disorder*. Oxford: Health Press.
12. Pushkina M. (2020) *Bipolar people: how people with bipolar disorder live and cope with themselves*. Moscow: AST.
13. Fedotovskaya S. (2021) *Without skin. From depression to mania. How to cope with bipolar affective disorder*. St. Petersburg: Scythia.