

УДК 612.014.4 +159.922.2

И.В. ПАНТЮК

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Statistical indicators of mental health of the population of the Republic of Belarus have been analysed in the article. The most important general biological factors which have influence at those indicators have been shortly characterized.

Общеизвестно, что на состояние здоровья человека влияют экологическая обстановка, образ жизни, питание, физическая нагрузка, наличие вредных привычек, стрессы, а также уровень медицинской науки и состояние здравоохранения, которые зависят от экономических возможностей государства. Важнейшей составляющей здоровья нации является психическое и духовное здоровье. В современной медицине наряду с проблемами верификации, клинической диагностики, лечения и профилактики различных болезней особую значимость приобретают вопросы общего статуса пациентов и их психического состояния.

Психическое здоровье - состояние психической сферы человека, характеризующееся общим душевным комфортом, обеспечивающее адекватную регуляцию поведения и обусловленное потребностями биологического и социального характера. Основоположник белорусской психологической науки Я.Л. Колеминский утверждает, что «следует различать понятия "психологическое здоровье" и "психическое здоровье". Если психическое здоровье - это здоровое мышление, память, познавательные процессы и т. д., то психологическое здоровье - это эмоциональное благополучие личности» [1].

Цель данной статьи - проанализировать показатели психического здоровья населения Республики Беларусь за период с 1980-2005 гг. и биоло

гические факторы, влияющие на эти показатели. Актуальность проведения такого исследования заключается в том, что в научной литературе изменение этих показателей комплексно не анализировалось, не выявлялись их биологические факторы. В отдельных научных сообщениях констатируется неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по распространенности психических расстройств различного происхождения и подчеркивается роль социальных факторов в этом процессе. Не анализировались биологические факторы ухудшения этих показателей, особенно среди детского населения страны, хотя ежегодно основные данные о здоровье населения публикуются сектором методологии и анализа медицинской статистики Министерства здравоохранения Республики Беларусь и доступны широкому кругу специалистов.

В Европейском регионе доля лиц с серьезными психическими расстройствами колеблется в пределах от 1 до 6 %. Специалистами ВОЗ установлено, что из 10 основных причин снижения трудоспособности 5 связаны с психическими расстройствами, а именно с униполярной основной депрессией, алкогольной зависимостью, диполярной депрессией, шизофренией, обсессивно-компульсивным расстройством [2]. Данные ВОЗ подтверждают масштабность и актуальность проблемы психического здоровья не только для Республики Беларусь, но и для европейских стран.

Проанализированные статистические данные психической заболеваемости населения Беларуси за исследуемый период отражают негативные тенденции развития проблем, связанных со здоровьем белорусской нации.

Нами выявлено, что на фоне сокращения численности населения страны за 25 лет отмечается *рост заболеваемости психическими расстройствами*. Так, всего на диспансерном учете число лиц, имеющих психические расстройства (без больных алкоголизмом, алкогольным психозом, наркоманией, токсикоманией), в 1980 г. составляло 204 679 чел., в 1990 г. - 159 011, 2000 г. - 128 402, в 2005 г. - 120 562 чел. [3]. Следует отметить, что с 2004 г. введены новые критерии отбора больных, подлежащих диспансерному наблюдению. Ненуждающиеся в активном медицинском лечении составляют категории консультативных больных. Так, в 2004 г. на диспансерном учете состояло 120 402 пациента и 106 861 человек находился на консультативном наблюдении. В 2005 г. взято на консультативное наблюдение 40 263 человека в впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства [3]. С 1994 по 2005 г. рост первичной заболеваемости психическими расстройствами увеличился на 38,1 %. В целом по сравнению с 1980 г. произошло увеличение заболеваемости психическими расстройствами на 110 %.

В структуре психических заболеваний психозы занимают лидирующее место, на втором месте - умственная отсталость, на третьем - шизофрения. Наблюдается увеличение числа лиц, страдающих психозами: в 1980 г. - 26 126 чел., 1990 г. - 9645, 2000 г. - 18 405, в 2004 г. - 30 284 чел. При этом произошло уменьшение числа лиц с умственной отсталостью: в 1980 г. их было 59 396 чел., 1990 г. - 42 022, 2000 г. - 1665, в 2004 г. - 2056 чел. Поскольку изменились критерии отбора больных, подлежащих обязательному диспансерному наблюдению, изменилось количество лиц, страдающих шизофренией: в 1980 г. - 31 350 чел., 1990 г. - 29 455, 2000 г. - 983, в 2004 г. - 795 чел. [3].

Увеличились показатели первичной инвалидности по причине психических расстройств и расстройств поведения: в 2005 г. инвалидами были признаны 1259 чел., из них 614 больных шизофренией. В структуре тяжести первичной инвалидности лиц в возрасте 18-59 лет в 2005 г. были признаны инвалидами 23 557 чел., из них инвалиды 1-й группы по причине психических расстройств и расстройств поведения составляют 16 чел., 2-й группы - 859, 3-й группы - 384 чел. [3].

Важнейший аспект здоровья нации - состояние здоровья подрастающего поколения. Оно во многом определяет физическое, психическое благополучие общества, его трудовой и репродуктивный потенциал. В 2004 г. в нозологической структуре первичной детской инвалидности психические расстройства занимали третье место (после врожденных аномалий и болезней нервной системы) и составляли 1,78 на 10 тыс. населения, а в 2005 г. этот показатель вырос и составил 2,22 на 10 тыс. населения. Достаточно тревожные показатели первичной заболеваемости в 2005 г. по классу психических расстройств и расстройства поведения у детей и подростков: 1434,1 на 100 тыс. населения и 3006,7 на 100 тыс. населения соответственно [3].

Тревогу вызывает рост смертности лиц трудоспособного возраста, в первую очередь мужчин. Показатели смертности отличаются как в количественном, так и в структурном распределении в зависимости от пола. Отмечается высокий рост смертности по причине психических расстройств и расстройств поведения: в 2004 г. зарегистрировано 668 случаев (489 мужчин и 179 женщин); а также из-за отравления алкоголем - 2737 случаев (2341 мужчина, 600 женщин); преднамеренного самоповреждения, включая самоубийство, - 3272 случая (279 мужчин, 482 женщины). При этом выявлены различные показатели смертности городского и сельского населения в связи с психическими заболеваниями: в 2004 г. было зарегистрировано 395 и 273 случая соответственно [3].

Таким образом, представленные данные за период с 1980 по 2005 г. по структуре психической заболеваемости, инвалидности по заболеваемости психическими расстройствами, первичной заболеваемости, показателям смертности от самоубийств, смертности городского и сельского населения по причине психических расстройств свидетельствуют о том, что наблюдается рост контингента больных психическими расстройствами, детей-инвалидов с психической патологией, в структуре психической заболеваемости психозы и алкогольные психозы занимают лидирующее место, отмечается высокая смертность по причине психических расстройств и расстройств поведения. Все это свидетельствует о том, что в Республике Беларусь складывается неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по распространенности психических расстройств различного происхождения, в том числе и среди детского населения.

Причины формирования психических нарушений, внутренней напряженности, неустойчивости эмоциональных реакций вызваны различными патоморфологическими факторами, психотравмирующими ситуациями, неблагоприятным социально-психологическим климатом в семье, в быту и на работе. Проблемы, связанные со здоровьем нации, обусловлены социально-экономическими и биологическими факторами.

По данным Европейского бюро ВОЗ, состояние психического здоровья определяется тремя основными факторами. Во-первых, уровни экономических, психосоциальных и экологических детерминантов оказывают серьезное влияние на благополучие населения и организацию психиатрической помощи. Во-вторых, увеличивающаяся стигматизация психических расстройств обрекает многих пациентов на пребывание в учреждениях закрытого типа, что может негативно повлиять на своевременное вмешательство, проявление гуманного подхода при оказании помощи и реинтеграцию психических больных в общество. В-третьих, такие, связанные со стрессом и ощущением беспомощности, состояния, как депрессия, попытки самоубийства, алкоголизм, агрессивное и граничащее с риском поведение, влияют на заболеваемость и преждевременную смертность [2].

Немаловажную роль играют тендерные факторы, что можно проследить на примере сокращения ожидаемой продолжительности жизни среди мужчин, так как женщины лучше справляются со стрессом и приспосабливаются к социальным изменениям [2]. В Беларуси ожидаемая продолжительность жизни при рождении сократилась: в 1985-1986 гг. она составляла 71,4 года, у мужчин - 66,7 года, женщин - 75,5 года; в 1990 г. - 71,1 года у обоих по-

лов, у мужчин - 66,3 года, женщин - 75,6 года; в 2004 г. - 68,95 года, у мужчин - 63,2 года, женщин - 74,97 года; в 2005 г. - 68,82 года у обоих полов. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении для женщин снизилась с 77,2 (1984-1985 гг.) до 75,10 года; для мужчин - с 68,9 (1964-1965 гг.) до 62,91 года [3].

Проведенный нами анализ статистических показателей психического здоровья населения Республики Беларусь подтверждает тендерные различия при формировании психических заболеваний: смертность по причине психических расстройств и расстройств поведения среди мужчин выше, чем среди женщин, среди сельского населения, чем городского, хотя стрессоформирующих факторов в городе больше. Психосоциальный стресс является основной причиной развития целого ряда патологических состояний организма, в том числе болезней сердца, гипертензии, алкогольного психоза, повышенной агрессивности или депрессивного состояния, язвенной болезни и т. д. [2].

В результате роста психоэмоциональных нагрузок во всех индустриально развитых странах возникает психоэмоциональная дезадаптация населения, вызванная стрессовыми ситуациями, которые обуславливают предрасположенность или являются непосредственной причиной психосоматических расстройств. Согласно данным литературы, в развитии патологических синдромов большое значение имеют тендерные и возрастные различия [6]. Психологическое тестирование показало, что высокий уровень личностной тревожности у женщин встречается в 2,8 раза чаще, чем у мужчин. Тестирование детей в возрасте 14-16 лет подтверждает существенные различия в психологическом статусе мальчиков и девочек: для девочек характерны высокие уровни личностной и реактивной тревожности, нейротизма и невротизма, депрессии и психической неуравновешенности [4]. Результаты исследований выявили и возрастные изменения: среди людей 30-39 лет отмечается меньшая распространенность высоких уровней указанных показателей, тогда как в группах 20-29 лет и 50 лет и старше она наиболее высокая, группа 40-49 лет занимает промежуточное положение [4].

Факторами, влияющими на формирование синдрома психического напряжения, основные симптомы которого тревожность, невротизация личности, фрустрация разной степени выраженности, являются: пол, возраст, производственная и микросоциальная среда и производственная деятельность, образ жизни. Исследования в медицине и биологии свидетельствуют о влиянии высокого уровня определенных гормонов на формирование психологических расстройств. Когнитивные факторы модифицируют эндогенные расстройства, а социальный опыт сказывается на реакции индивида на эмоциональные нарушения, связанные с гормональными изменениями [5].

Образ жизни, питание, окружающая среда и экология выступают биологическими детерминантами здоровья, в том числе и психического. Территория Беларуси является эндемичной по заболеваемости щитовидной железой вследствие недостатка йода в продуктах питания. По имеющимся оценкам ВОЗ, в Европейском регионе йоддефицитные состояния (негативные последствия недостатка йода: гипотиреоз, эндемический зоб и нарушение умственного развития) наблюдаются примерно у 130 млн чел. [2]. Таким образом, дефицит йода в рационе питания жителей Беларуси имеет прямое отношение к развитию слабоумия у детей и появлению большого числа лиц, страдающих умственной отсталостью [3].

Кроме того, по данным государственных статистических отчетов, на конец 2003 г. в Беларуси на специальном диспансерном учете состояло 1 624 049 чел., в том числе 282 355 детей, 83 216 подростков, пострадавших от последствий аварии на ЧАЭС. Выявлена дозовая зависимость онкологической заболеваемости и смертности, продолжается рост заболевае-

мости по всем классам болезней [6, 7]. Наблюдаются неблагоприятные тенденции роста генетических аномалий, о чем свидетельствует увеличение частоты рождаемости детей с врожденными пороками развития (ВПР). С 1979 г. существует Реестр врожденных пороков развития. В 1995 г. показатель частоты ВПР на 1 тыс. родившихся живыми и мертвыми составлял 18,36 ‰, в 1996 г. - 22,52 ‰, в 1997 г. - 23,0 ‰, в 1998 г. - 27,07 ‰. Анализ отдельных видов пороков развития показал, что в период интенсивного возрастания их частоты наблюдался наибольший прирост множественных пороков и полидактилии, т. е. тех, в происхождение которых большой вклад вносят мутации. Их основной причиной является радиационный фактор [6, 7].

Наиболее выраженные изменения в динамике заболеваемости выявлены среди лиц, принимавших участие в ликвидации последствий катастрофы на ЧАЭС. По состоянию на 1 января 1999 г. в Беларуси их насчитывалось 115 578 чел., 4545 - инвалиды [7], более 60 % из них имеют хронические заболевания. У ликвидаторов отмечается самый низкий среди всего пострадавшего населения процент здоровых (3,3 %) и самый высокий процент больных (85,2 %). По регионам: максимальное число здоровых ликвидаторов в Гродненской области (12,7 %), минимальное - в Гомельской и в г. Минске (по 1,2%).

Помимо роста первичной заболеваемости раком щитовидной железы, среди пострадавшего населения наблюдается снижение уровня психической адаптации, вызванное неуверенностью в себе и в своем будущем, неустойчивой самооценкой и пессимистическим настроением. В специальной литературе отмечается рост истощаемости нервной системы и снижение работоспособности у лиц, подвергнувшихся радиационному облучению. В целом у 74 % пострадавших регистрируется повышенная соматизация тревожных ожиданий, высокая распространенность дезадаптационных форм поведения [7, 8]. Социологические исследования продолжают фиксировать высокий уровень психологического напряжения, вызываемого как последствиями аварии, так и сложной социально-экономической обстановкой в стране. Установлено, что 91 % опрошенного населения испытывает психологическое напряжение различной степени, основными причинами которого являются: состояние здоровья (64,4 %), материальные проблемы семьи (55,3 %), состояние здоровья детей (44,4 %), падение жизненного уровня (34,6 %), ожидания возможных заболеваний (32,5 %), безразличное отношение властей к пострадавшему населению (23,1 %) [8].

У ликвидаторов выявлены высокий уровень личностной тревожности, эмоциональная лабильность, ригидность, интроверсия, гипотамия и фрустрированность. Данные особенности проявлялись неуверенностью в своих силах, ощущением социальной незащищенности, пассивностью, депрессивной настроенностью по отношению к своему состоянию, пессимизмом в плане собственных перспектив, неверием в «обещания» официальных государственных структур. Наличие определенных льгот ими расценивалось как обстоятельство, облегчающее существование в ухудшающихся социально-экономических и медико-демографических условиях. «Выигрышем» от болезни являлись частые госпитализации как одна из социальных льгот. Среди ликвидаторов распространенность различных психических нарушений оказалась наибольшей - 84,4 %, значительна и доля депрессий [8].

Проведенная научно-исследовательская и практическая работа выявила негативные изменения прежде всего в эмоциональном развитии детей и подростков: отмечается повышенная личностная тревожность, снижение уровня самочувствия, активности, настроения. У подростков формируется позиция жертвы, снижается чувство собственной роли в своем настоящем

и будущем, для них характерно ожидание снижения продолжительности собственной жизни, отсутствие, как им кажется, жизненных перспектив [8].

Специалисты считают, что основным механизмом нарушения психического здоровья населения, проживающего на загрязненной территории, является психосоматический, основанный на оценке радиационного риска.

Значительный материальный и нравственный ущерб обществу причиняют пьянство, алкоголизм и наркомания. С 1994 по 2005 г. контингент больных хроническим алкоголизмом и алкогольным психозом увеличился на 46,3 % (с 1166,8 до 1803,3 на 100 тыс. населения). Среди больных алкоголизмом 14,4 % составляют женщины [3, 9].

Ежегодно увеличивается уровень смертности, обусловленный потреблением алкоголя: с 1990 по 2005 г. этот показатель вырос почти в 2 раза. В 2005 г. было зарегистрировано 4705 случаев смерти в состоянии алкогольного опьянения, т. е. 48,1 на 100 тыс. человек, из них 77 % приходится на мужское население страны [3]. Результаты корреляционного анализа свидетельствуют о существовании высокодостоверной положительной взаимосвязи между уровнем смертности мужчин и уровнем продажи водки на душу населения ($r=0,87$, $P<0,000$), а также женщин ($r=0,8$, $P<0,000$) [9].

Наряду с ростом потребления спиртных напитков отмечается рост наркомании. В 1990 г. число больных с впервые в жизни установленным диагнозом «алкоголизм, алкогольный психоз, наркомания и токсикомания» составляло 9818 человек; в 2000 г. их стало 19 593, а в 2005 г. - 32 955 чел., в том числе больных алкоголизмом и алкогольным психозом - 32 102, наркоманией - 722, токсикоманией - 131 чел. С 1994 г. контингент больных наркоманией увеличился с 11,2 до 63,0 на 100 тыс. населения [3].

Таким образом, среди биологических детерминантов психического здоровья населения Беларуси нами выделены половая и возрастная, сформировавшиеся вследствие глобальных демографических процессов старения нации в целом, что обуславливает тревожные статистические показатели. Экологические последствия аварии на ЧАЭС, проблема йодной недостаточности, рост алкоголизма, наркомании и токсикомании усугубляют картину психического статуса населения. Психические расстройства и их последствия сопровождаются масштабными экономическими, трудовыми, социальными потерями и затратами. Выявление и изучение не только социально-экономических факторов психического здоровья, но и биологических детерминант должно способствовать интеграции профилактического и клинического направлений в медицине, фундаментальных исследований по этиологии, диагностике, лечению и профилактике расстройств психики и поведения.

1. Коломинский Я.Л. // Медико-социальная экология личности: состояние и перспективы: Материалы III Междунар. конф.: в 2 ч. Мн., 2005. Ч. 1. С. 32.

2. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе в 2002 г. ВОЗ. Европейское региональное бюро. Европейская серия № 97. Копенгаген, 2002. С. 42.

3. Здравоохранение в Республике Беларусь: Офиц. стат. сб. за 2005 г. Мн., 2006.

4. Кутепов Е.Н., Чарыева Ж.Г., Варфоломеева И.В. // Гигиена и санитария. 1999. №5. С. 70.

5. Качаева М.А., Давыдов Д. М. // Рос. психиатр. журн. 1999. № 2. С. 37.

6. Постоялко Л.А. // Мед. новости. 2004. № 11. С. 3.

7. Сосновская Е.Я., Капитонова Э. К.//Там же. С. 13.

8. Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф // Материалы V Междунар. конф. Мн., 1998. С. 30, 149, 198, 208.

9. Разводовский Ю.Е. // Здоровье населения - основа благополучия страны: Материалы V Съезда организаторов здравоохранения Республики Беларусь. Мн., 2006. С. 282.

Поступила в редакцию 16.10.06.

Ирина Викторовна Пантюк - кандидат биологических наук, доцент кафедры общей и клинической психологии.