

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

БОБЫК ОЛЬГА АЛЕКСАНДРОВНА

**ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ
СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИМ ЗДОРОВЬЕМ НАСЕЛЕНИЯ**

3.2.1. Гигиена

Диссертация на соискание
ученой степени кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук
Капранов Сергей Владимирович

Луганск – 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
Глава 1. АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	11
Глава 2. ПРОГРАММА, ОБЪЕМ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	44
Глава 3. ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СРЕДЫ ОБИТАНИЯ И ОБРАЗА ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	49
3.1. Понятие депрессивной социальной и экологической среды.....	49
3.2. Образ жизни и социальная среда жизнедеятельности.....	51
3.3. Экологическая среда жизнедеятельности.....	103
3.4. Интегральная оценка влияния внешних факторов на психическое здоровье.....	110
Глава 4. АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАССТРОЙСТВАМИ ПСИХИКИ И ПОВЕДЕНИЯ В ЛУГАНСКОМ РЕГИОНЕ.....	117
Глава 5. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ.....	128
Глава 6. СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИМ ЗДОРОВЬЕМ НАСЕЛЕНИЯ.....	143
6.1. Система мониторинга психического здоровья населения	143
6.2. Мероприятия по защите психического здоровья.....	157
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	171
ВЫВОДЫ.....	180
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	183
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	186
ЛИТЕРАТУРА.....	188

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Здоровье населения — это важный показатель социального, духовного и экономического благополучия любого государства, критерий его устойчивого развития. Неотъемлемой составной частью общего понятия здоровья является психическое здоровье [2, 48, 124, 133, 150, 160]. Согласно определению ВОЗ, психическое здоровье — это состояние психического благополучия, которое позволяет людям справляться со стрессовыми ситуациями в жизни, реализовывать свой потенциал, успешно учиться и работать, а также вносить вклад в жизнь общества. Поэтому, в настоящее время большое значение приобретает защита, укрепление и восстановление психического здоровья [10, 22, 31, 35, 113, 177].

За последние несколько десятилетий было получено множество доказательств того, что воздействие неблагоприятных внешних факторов, включая образ жизни, может отрицательно отражаться не только на соматическом, но и на психическом здоровье человека [9, 50, 137, 176, 197]. В современных условиях актуальным является влияние на психику сверхсильных стрессов военного времени и психологических стрессоров, связанных с распространением новой коронавирусной инфекции [51, 70, 108, 117, 148, 156, 223].

Несмотря на это, в настоящее время отсутствует эффективная система реагирования на ухудшение показателей психического здоровья жителей под влиянием различных, особенно внезапно возникающих, отрицательных факторов среды жизнедеятельности.

Степень разработанности темы исследования

Отечественными и зарубежными специалистами за многолетний период проведены исследования по оценке влияния различных факторов среды жизнедеятельности на состояние здоровья населения, имеющие теоретическое и

практическое значение. В то же время в результате анализа литературных данных за последние 20 лет можно сделать вывод о том, что:

недостаточно изучено влияние факторов депрессивной социальной (психологические стрессоры военного времени и распространения новой коронавирусной инфекции, низкая обеспеченность жилой площадью, нерациональное питание, низкая физическая активность, несоблюдение режима дня, наличие вредных привычек) и экологической (загрязнение атмосферного воздуха, водных объектов, пищевых продуктов вредными веществами) среды жизнедеятельности на показатели психического здоровья населения;

не систематизированы внешние факторы риска и антириска, влияющие на психическое здоровье населения, не проведена оценка значимости этих факторов;

не объективизированы сведения о состоянии среды жизнедеятельности и показателях психического здоровья населения в данной среде в динамике за многолетний период;

мероприятия по улучшению и восстановлению психического здоровья населения в условиях депрессивной социально-экономической и стрессогенной среды жизнедеятельности ориентированы в основном на лечение, а не на профилактику, что снижает эффективность существующей системы помощи;

отсутствует единая комплексная система управления психическим здоровьем населения, интегрирующая гигиенические (профилактические) и лечебно-профилактические подходы на всех уровнях организации медицинской помощи (индивидуальном, групповом, популяционном).

Вышеизложенное позволило определить цель и задачи исследования, предусматриваемые в настоящей работе.

Цель исследования: научно обосновать и разработать модель системы управления психическим здоровьем (СУПЗ) населения в условиях депрессивной социальной и экологической среды жизнедеятельности на основе гигиенических и лечебно-профилактических принципов.

Задачи исследования:

1. Выполнить гигиеническую оценку социальной и экологической среды жизнедеятельности населения Луганской Народной Республики.
2. Изучить состояние психического здоровья населения Луганской Народной Республики за многолетний период (с 2004 по 2023 г).
3. Провести комплексную гигиеническую оценку влияния факторов среды жизнедеятельности на психическое здоровье жителей Республики.
4. Разработать концептуальную модель системы управления психическим здоровьем населения, определить критерии и показатели для осуществления мониторинга среды жизнедеятельности, психического здоровья и оценки эффективности функционирования предлагаемой СУПЗ.
5. Обосновать и подготовить гигиенические и медико-профилактические мероприятия по улучшению оказания психиатрической помощи населению.

Научная новизна исследования

Научно обоснована комплексная модель системы управления психическим здоровьем, интегрирующая гигиену и клиническую практику. Подготовлены основные положения СУПЗ, которая включает мониторинг среды жизнедеятельности, показателей психического здоровья и рекомендации по осуществлению и усовершенствованию профилактических мероприятий. Разработана методология мониторинга психического здоровья (МПЗ). Впервые определена научно обоснованная последовательность действий по осуществлению МПЗ. Предложена разработка и внедрение специального раздела «Психическое здоровье», как составной части государственного социально-гигиенического мониторинга. Установлены основные факторы риска и антириска, влияющие на формирование расстройств психики, проведена оценка их значимости, включая воздействие чрезвычайных факторов военного времени и распространения новой коронавирусной инфекции. Осуществлен сравнительный анализ образа жизни и влияния широкого спектра факторов внешней среды на психически здоровых людей и пациентов с расстройствами психики и поведения.

Предложена комплексная система профилактических мероприятий по улучшению и восстановлению психического здоровья. Научно обоснованы и разработаны для населения и специалистов различного профиля и сфер деятельности рекомендации по защите психического здоровья, что позволит оптимизировать ресурсы системы здравоохранения, перераспределив их в профилактическое направление по улучшению и восстановлению психического здоровья населения.

Теоретическая и практическая значимость работы

Заключается в создании СУПЗ населения, включающей мониторинг среды жизнедеятельности, психического здоровья и рекомендации по осуществлению и усовершенствованию гигиенических и профилактических мероприятий, что позволит устранить имеющиеся недостатки в существующей системе лечебно-профилактической помощи.

Результаты диссертационного исследования могут быть использованы для внедрения в Луганской Народной Республике и других регионах Российской Федерации с целью улучшения оказания психиатрической помощи населению. Система управления психическим здоровьем населения может быть использована в деятельности психиатрических служб и центров гигиены и эпидемиологии, что будет способствовать снижению основных показателей расстройств психики и поведения (выявляемости, учтенности заболеваний (в том числе отдельных нозологий), сроков стационарного лечения и инвалидности по психическим заболеваниям), а также позволит сохранять высокие показатели психического здоровья населения в будущем.

Методология и методы исследования: гигиенические, клинико-психопатологические, медико-статистические, экспериментально-психологические.

Положения, выносимые на защиту:

1. В настоящее время значительное влияние на психическое здоровье жителей Луганской Народной Республики оказывает депрессивная социальная и экологическая среда жизнедеятельности.

2. Современная социальная среда отличается обилием стрессогенных факторов высокой интенсивности, воздействующих на психику человека, в том числе психологических стрессов, связанных с вооруженным конфликтом и распространением новой коронавирусной инфекции.

3. К другим, наиболее распространенным социальным факторам среды жизнедеятельности, которые оказывают влияние на психическое здоровье относят: неблагоприятный психологический климат в семье или трудовом коллективе, напряженный и высоконапряженный режим дня, быстрые социальные изменения, низкую обеспеченность жилой площадью, низкий материальный уровень, курение и злоупотребление алкоголем, нерациональное питание, низкую физическую активность и прочие.

4. Депрессивная экологическая среда жизнедеятельности отрицательно влияет на соматическое здоровье. При этом возникновение у жителей различных заболеваний внутренних органов и систем безусловно вызывает интенсивное дополнительное беспокойство, что неизбежно негативно отражается и на психическом здоровье.

5. Наиболее высокий уровень психического здоровья населения в условиях депрессивно измененной среды обитания может быть достигнут путем внедрения специализированной системы управления психическим здоровьем, включающей мониторинг среды жизнедеятельности, психического здоровья и рекомендации по осуществлению и усовершенствованию профилактических мероприятий.

Личный вклад соискателя

Автором проведен патентно-информационный поиск, анализ и обобщение литературных данных, выполнено анкетирование психически здоровых лиц и пациентов с расстройствами психики и поведения, собраны данные о первичной и общей психической заболеваемости, инвалидности взрослого населения

различных социальных, профессиональных и возрастных групп. Согласно архивным и текущим данным медицинской документации изучены особенности течения психических заболеваний за последние 20 лет. Проведен гигиенический анализ экологической и социальной среды жизнедеятельности населения. Выполнена оценка влияния широкого спектра факторов среды жизнедеятельности на различные показатели психического здоровья взрослого населения. Подготовлено научное обоснование системы мониторинга и управления психическим здоровьем населения. Предложены профилактические мероприятия для предупреждения формирования расстройств психики. На основании анализа полученных данных сформулированы частные и общие выводы. Диссертантом не использованы идеи и результаты исследований соавторов публикаций.

Степень достоверности и апробация результатов исследования

Степень достоверности полученных данных подтверждается наличием первичной научной документации: анкет социологического опроса, результатов статистической обработки данных, рабочих таблиц, рисунков, графиков. Результаты получены с помощью методик, которые являются общепринятыми мировой гигиеной и психиатрией.

Основные положения диссертации доложены на 16 научно-практических конференциях, в том числе конференциях с международным участием: Республиканская научно-практическая конференция, посвященная Всемирному дню здоровья «Депрессия» (Луганск, 07.04.2017), Республиканская научно-практическая конференция с международным участием «Личностно-ориентированные подходы к оказанию психиатрической помощи» (Донецк, 25.05.2017), внутривузовская научно-практическая конференция с международным участием «Теория и практика современной психиатрии и медицинской психологии» (Донецк, 19.04.2018), Республиканская научно-практическая конференция «Психогенные расстройства: клинико-диагностические критерии, терапевтическая тактика, психологическая коррекция, профилактика» (Луганск, 28.06.18),

Республиканская научно-практическая конференция с международным участием «Современные проблемы диагностики, лечения и реабилитации больных с психическими расстройствами» (Донецк 18.04.2019), Республиканская научно-практическая конференция «Тревожные расстройства. Психические и поведенческие расстройства, обусловленные дисфункцией головного мозга» (Луганск, 27.06.2019) Республиканская научно-практическая конференция «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства. Алгоритмы диагностики, лечения, реабилитации» (Луганск. 30.10.2019), Республиканская научно-практическая конференция «Мультидисциплинарный подход к диагностике, терапии и реабилитации расстройств психики и поведения органического генеза» (Луганск 30.10.2020), Республиканская научно-практическая конференция «Актуальные проблемы социальной психиатрии и наркологии» (Луганск 23.04.21), Республиканская научно-практическая конференция с международным участием «Хронический стресс — вызов психическому здоровью человека» (Донецк 13.05.2021), Республиканская научно-практическая конференция: «Алгоритмы диагностики, лечения, преодоления стигматизации и реабилитация больных с расстройствами шизофренического спектра» (Луганск 29.10.2021), интеграционная научно-практическая конференция: «Актуальные направления в диагностике, терапии и профилактике расстройств психики и поведения» (Луганск, 20.05.2022), Юбилейная Международная научно-техническая конференция: «65 лет Дон ГТИ. Наука и практика. Актуальные вопросы и инновации» (Алчевск, 13.10.2022), Республиканская научно-практическая конференция: «Актуальные направления в диагностике, терапии и профилактике расстройств психики и поведения» (Луганск, 19.05.2023), Республиканская научно-практическая конференция: «Современные направления в диагностике, терапии и профилактике расстройств психики и поведения» (Луганск, 21.06.2024), Республиканская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики невротических расстройств у взрослых, расстройств поведения и эмоций у детей» (Луганск, 25.10.2024).

Также положения работы изложены в 6 учебно-методических пособиях: «Посттравматическое стрессовое расстройство: современные методы диагностики и лечения. ЛГМУ, 2017. — 57 с.», «Современные аспекты психосоциальной реабилитации больных с психическими и поведенческими расстройствами при организации психиатрической помощи. Луганск: ЛГМУ, 2017. — 65 с.», «Дифференциальный подход к диагностике психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ. Луганск: ЛГМУ, 2019. — 102 с.», «Психосоматические расстройства: этиопатогенез, диагностика, лечение на современном этапе. Луганск: ЛГМУ, 2020. — 66 с.», «Депрессия при алкогольной зависимости: клиника, диагностика, лечение на современном этапе. — Луганск: ЛГМУ, 2020. — 60 с», «Расстройства адаптации: современный взгляд на состояние проблемы. — Луганск: ЛГМУ, 2022. — 69 с».

Публикации

По теме диссертации опубликованы 44 научных труда: 6 научно-методических пособий и 38 научных статей, в том числе 18 статей в ведущих рецензируемых научных изданиях и журналах, рекомендуемых ВАК Министерства науки и высшего образования Российской Федерации и Луганской и Донецкой Народных Республик (до 01.01.2024).

Структура и объем диссертации

Диссертация состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов и практических рекомендаций. Работа изложена на 216 страницах, имеет 51 таблицу и 13 рисунков. Библиография включает 257 источников отечественной и зарубежной литературы.

ГЛАВА 1

АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

В современных публикациях под понятием психического (ментального, духовного) здоровья понимают успешное выполнение психических функций, следствием которого является продуктивная профессиональная и социальная деятельность, установление взаимоотношений с другими людьми, способность адаптироваться к изменениям и справляться с обычными жизненными стрессами [2, 31, 48, 113, 124, 139, 150, 160]. Достаточный уровень здоровья, включая психическое, признается единым критерием целесообразности и эффективности всех без исключения сфер деятельности человека, что подтверждено решением Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций (ООН) [10, 22, 33, 35, 177]. Поэтому, укрепление, защита и восстановление психического здоровья имеет жизненно важное значение.

Как известно, большинство хронических психических заболеваний являются генетически детерминированными и определяются различными нейротрансмиттерными, гормональными и органическими нарушениями. Однако, за последние несколько десятилетий было собрано множество доказательств, подтверждающих, что воздействие неблагоприятных внешних факторов, включая образ жизни, может отрицательно отражаться не только на соматическом, но и на психическом здоровье человека [9, 20, 50, 94, 137, 176, 197]. К внешним факторам можно отнести многие социальные и техногенные экологические воздействия. Наиболее распространенными депрессивными социальными факторами среды жизнедеятельности являются: неблагоприятный психологический климат в семье или рабочем коллективе, напряженный и высоконапряженный режим дня, быстрые социальные изменения, курение и злоупотребление алкоголем, низкая обеспеченность жилой площадью, нерациональное питание, низкая физическая активность и прочие. В современных условиях актуальным для жителей Донбасса

так же является влияние на психику сверхсильных стрессов военного времени и распространения новой коронавирусной инфекции. К техногенным экологическим факторам среды, влияющим на состояние здоровья, относятся загрязнение атмосферного воздуха, водных объектов, пищевых продуктов вредными веществами.

Таким образом, уровень психического здоровья человека в каждый момент его жизни определяется многочисленными социальными, психологическими, экологическими, биологическими и другими факторами.

Действие химических факторов на организм человека обусловлено избытком или недостатком содержания естественных химических элементов или присутствием в окружающей среде несвойственных ей веществ (ксенобиотиков).

Повышение концентрации токсических веществ в окружающей среде так или иначе связано с производственной, сельскохозяйственной и другими видами деятельности современного человека. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), из используемых около 500 тысяч химических соединений, 12 тысяч являются токсичными и имеют пагубные последствия для здоровья при контакте с ними [94].

Ксенобиотики могут попадать в организм с недоброкачественной водой и продуктами питания, а так же с вдыхаемым воздухом или через кожу (например, проникновение алюминия при использовании дезодорантов) [20].

При поступлении в организм ксенобиотики влияют на метаболизм клеток или тканей, а также воздействуют на клеточную дезоксирибонуклеиновую кислоту (ДНК), что может привести к злокачественной трансформации клетки [9]. Кроме того, ксенобиотики подавляют работу нервной и иммунной системы. При ослаблении работы иммунной системы организм не способен в должной мере поддерживать постоянство внутренней среды и сохранять невосприимчивость к различным вирусам, бактериям и другим чужеродным агентам, что может послужить причиной развития острых или обострения многочисленных хронических, в том числе психических заболеваний. Описано

влияние ксенобиотиков на эндокринную систему, что особенно опасно во внутриутробном периоде, так как половые гормоны играют определенную роль в формировании некоторых отделов головного мозга [197].

Механизм действия ксенобиотиков на центральную нервную систему включает способность токсических веществ накапливаться в жирах и липидах нервной ткани (липоидная теория), нарушать тонус мозговых сосудов (сосудистая теория), угнетать активность ферментов (ферментативная теория) и адсорбироваться внутриклеточными структурами нервной ткани (теория парабиоза) [176].

Наиболее негативное влияние на организм человека оказывают металлы и их соединения, а так же поллютанты, содержащиеся в воздухе. Использование металлов в различных отраслях промышленности привело к увеличению их количества в окружающей среде. Значительный вред здоровью могут нанести такие металлы как ртуть, марганец, мышьяк, кадмий, свинец, хром, бериллий, цинк, медь, таллий и другие [137].

Ртуть применяется в электронной промышленности и производстве фунгицидов, марганец — в лакокрасочной и сталитейной промышленности, мышьяк широко используется в сельском хозяйстве, стекольном и кожевенном производствах, кадмий — при проведении сварочных работ, свинец — в хозяйственной деятельности [50, 186].

Из группы газообразных поллютантов наибольшее токсикологическое значение имеют: монооксид и диоксид углерода, сероводород, оксиды азота, озон, оксиды серы и прочие. Образование поллютантов в атмосфере проходит как естественным путем (например, при лесных пожарах), так и в результате деятельности человека (работа промышленных производств, эксплуатация транспортных средств, бытовой техники). Промышленные производства являются основным источником выбросов кислот, растворителей, хлора и аммиака [182].

Источниками органических соединений могут быть залежи угля, нефти и вулканическая активность. Органические растворители широко применяют в производственной, бытовой деятельности и сельском хозяйстве. Кроме того, органические растворители используются для употребления лицами, страдающими токсикоманией, что приобретает статус медико-социальной проблемы [59].

Практически все фармакологические средства обладают токсичностью и при неправильном их назначении могут вызывать различные неблагоприятные эффекты. Примером может быть применение талидомида, тератогенное действие которого не было выявлено на доклиническом этапе исследования препарата и послужило главной причиной возникновения пороков развития у новорожденных детей [64].

Загрязнению окружающей среды способствуют многочисленные военные конфликты. При боевых действиях происходит выброс в атмосферу нефтепродуктов, ртути, изотопов урана, диоксинов и прочих токсических соединений [75].

Источником токсических веществ также являются пестициды. Чаще всего в сельском хозяйстве применяются фосфорорганические соединения. Последние используются как гербициды (в состав которых входят высокотоксичные для человека диоксины), инсектициды или искусственные удобрения [6, 110].

Вредному воздействию токсических веществ подвергаются люди, работающие с ними на промышленных предприятиях и в сельском хозяйстве. Кроме того, ксенобиотики могут попадать в организм при употреблении пищи и воды, содержащей химикаты [105].

Клиническая картина нейротоксикозов проявляется различной неврологической симптоматикой и психическими нарушениями в виде астенизации, аффективных нарушений, расстройств личностной, когнитивной сферы и прочих.

Свинцовая интоксикация характеризуется астено-невротической и общемозговой симптоматикой. При длительном воздействии развивается интеллектуально-мнестическое снижение. В некоторых случаях возникают эпилептические приступы. Марганцевая интоксикация легкой степени проявляется астено-вегетативной симптоматикой. В последующем присоединяются нарушения когнитивной сферы и различная неврологическая симптоматика. В тяжелых случаях развивается марганцевый паркинсонизм и прогрессирующее снижение интеллектуально-мнестических функций вплоть до деменции [138]. При хронической интоксикации ртутью развивается астено-вегетативная симптоматика. В последующем присоединяются различные соматические, трофические и неврологические нарушения. Из психических расстройств может присутствовать чувство тревоги, страха, приступы дереализации, каталепсии, нарколепсии. В третьей стадии развивается токсическая энцефалопатия, проявляющаяся выраженными общемозговыми нарушениями, интеллектуально-мнестической недостаточностью, нарушениями сна, тревожно-депрессивной симптоматикой [56]. Нейротоксическое действие мышьяка проявляется угнетением сознания вплоть до комы, в некоторых случаях — психомоторным возбуждением, эпилептическими приступами, а также мозжечково-вестибулярными нарушениями. Клинические проявления отравлений фосфорорганическими пестицидами объединяются в шесть групп: офтальмовегетативная, соматовегетативная, вегетативно-сосудистая, периферическая нервно-мышечная, неврологическая и психотическая формы. Психотическая форма проявляется аффективными нарушениями, зрительными и слуховыми галлюцинациями, бредовой симптоматикой [79]. Токсическое влияние диоксинов на нервную систему проявляется развитием энцефалопатии, расстройствами эмоциональной сферы и мышления [184].

В литературе описаны заболевания, которые развились вследствие сочетанного воздействия на организм различных токсических веществ.

Примерами таких болезней являются «синдром войны в Персидском заливе», «синдром Свердловской области», «Балканский синдром» [76].

В настоящее время, в период военного конфликта на Донбассе, современными исследователями было доказано, что произошли существенные изменения параметров окружающей среды: достоверно уменьшились показатели загрязнения атмосферного воздуха, вследствие спада промышленного производства, однако ухудшились показатели качества питьевой воды и остались стабильно негативными характеристики почвы [141]. Согласно исследованию Евтушенко Е. И., опубликованному в диссертационной работе, из 260 обследованных жителей г. Донецка в 2021 году, по данным спектрального многоэлементного анализа волос, отмечалось превышение допустимого уровня содержания тяжелых металлов у 79,6% лиц. Причём, содержание кадмия и свинца в волосах исследуемых было максимальным у жителей районов г. Донецка с наибольшей кратностью превышения концентрации этого тяжелого металла в почве. В исследовании была отмечена статистически значимая связь показателей распространенности расстройств психики среди взрослого населения и максимальной кратностью превышения содержания следующих тяжелых металлов: кадмий ($r=0,988-0,999$, $p < 0,001$), цинк ($r=0,959-0,971$, $p < 0,001$) и фосфор ($r=0,992-0,995$, $p < 0,001$); наблюдалась общая тенденция к росту всех показателей расстройств психики и поведения у подросткового населения в военный период, причем достоверно выше в загрязненных районах [53].

Важным для нормальной жизнедеятельности также является достаточное поступление в организм естественных химических элементов. Недостаток важных элементов может быть связан с характером питания, что оказывает определенное воздействие и на психическое здоровье. Например, получены данные о том, что дефицит в рационе молока и молочных, а также сладких продуктов, отрицательно отражается на функционировании центральной нервной системы у школьников и проявляется в увеличении ситуативной и личностной тревожности [67, 68, 131].

Серьезной гигиенической проблемой является низкое содержание йода в воде или продуктах питания, что приводит к йододефицитным состояниям. Согласно исследованию, проведенному в республике Узбекистан, по изучению функционального состояния щитовидной железы и нервно-психического развития детей, проживающих в регионе со среднетяжелым йодным дефицитом, было выявлено, что недостаток йода способствует ухудшению соматического и психического здоровья детей и снижению интеллектуальных возможностей детского организма. У взрослых дефицит йода приводит к психической инертности, заторможенности, снижению мыслительных способностей [72]. Довольно распространенным микроэлементом является дефицит железа, в результате чего возникает железодефицитная анемия, сопровождающаяся астенической и аффективной симптоматикой в виде склонности к колебаниям настроения, тревоги, раздражительности, плаксивости [132]. Важнейшую роль во всех процессах организма в виде своих соединений играет фосфор. Из психических нарушений при недостатке фосфора описаны повышенная утомляемость, затруднения концентрации внимания, рассеянность, склонность к тревожным реакциям [175]. Дефицит хрома может приводить к утомляемости, беспокойству, способствовать развитию бессонницы и головных болей. Люди с повышенным содержанием натрия в организме чаще всего возбудимы, впечатлительны, гиперактивны. Необходимым химическим элементом для многих физиологических процессов является цинк. Даже незначительный дефицит этого элемента может повлечь за собой активацию биологических эффектов его антагонистов (свинец, мышьяк и прочие) и привести к различным патологическим состояниям. Важную роль цинк играет в переработке организмом алкоголя, поэтому недостаток его повышает предрасположенность к алкоголизму, особенно у подростков. Так же доказано, что нарушение содержания различных микроэлементов, в частности, дефицит цинка, является одним из факторов риска развития расстройств аутистического спектра [134]. Избыточное количество алюминия в организме проявляется нарушением работы

центральной нервной системы. Депонирование алюминия в головном мозге может способствовать развитию депрессивных состояний, нарушению когнитивных функций, возникновению таких нейродегенеративных заболеваний как болезнь Альцгеймера и Паркинсона [170].

Характерные изменения со стороны концентраций химических элементов так же были обнаружены при стрессовых реакциях. Так, у девушек во время экзаменов было обнаружено снижение уровня эссенциальных химических элементов в моче [145]. Кроме того, стресс сам по себе может стать причиной или триггером психических расстройств. Медицинские последствия психических травм как острого катастрофического, так и хронического бытового характера являются одной из центральных проблем современной психиатрии, психотерапии и психогигиены. Доктор Стивен Хобфолл из Американской психологической ассоциации отметил, что со стрессом связано развитие практически всех заболеваний. Стрессовые факторы являются первопричиной большинства патологий, оказывая влияние как на генетическую составляющую, так и на организм в целом [92].

Появление понятия стресс связано с работами канадского физиолога Ганса Селье по общему адаптационному синдрому. Он определял стресс как совокупность неспецифических (то есть независящих от природы действующего фактора) адаптационных защитных реакций организма на любое предъявляемое к нему требование. По мнению Селье, сам стресс является необходимым в жизни каждого человека и, в определенных пределах, оказывает положительное влияние на жизнедеятельность организма (эустресс). Однако, более сильные и длительные переживания, превышающие порог восприятия стресса (дистресс), могут привести к значительным функциональным изменениям и впоследствии к развитию патологических состояний. Дистресс может быть вызван многочисленными ситуациями, к которым относятся все сильные физические и нервно-психические перегрузки: тяжелые условия работы, охлаждение или

перегрев, гипоксия, различные заболевания, операции, травмы, внезапный испуг, семейные проблемы и прочие [44].

Американский синопсис по психиатрии и диагностические и статистические руководства предполагают следующую систематику психосоциальных стресс-факторов в соответствии со сферами социальных отношений:

супружеские (брачные или внебрачные): сватовство, вступление в брак, семейные невзгоды, вынужденная разлука, развод, смерть брачного партнера;

родительские: рождение первого ребенка, трудности воспитания, болезнь ребенка;

другие межличностные проблемы: с друзьями, соседями, знакомыми, коллегами или членами семьи (болезнь лучшего друга, конфликты с начальником);

профессиональные проблемы: на работе, в школе, в домашнем хозяйстве (безработица, пенсия, школьные проблемы);

жизненные обстоятельства: смена места жительства, угроза личной безопасности, эмиграция;

финансовые: недостаточная материальная обеспеченность, изменение финансового состояния;

правовые: арест, заключение, судебный процесс или рассмотрение дела в суде;

проблемы, связанные с развитием: фазы жизненного цикла (половое созревание, переход в статус взрослого человека, климакс, достижение критического 50-летнего возраста);

соматические болезни, травмы: болезнь, несчастный случай, хирургическая операция, аборт;

другие психосоциальные стрессовые факторы: стихийные или антропогенные бедствия, преследования, нежелательная беременность, внебрачный ребенок, изнасилование;

семейные факторы для детей и подростков: холодные, враждебные, конфликтные, оскорбительные или беспорядочные отношения между родителями или такое же отношение к ребенку, соматическая или психическая болезнь члена семьи, отсутствие или недостаток родительской заботы, чрезмерная жестокость или противоречивые родительские указания и требования, недостаточная, чрезмерная или беспорядочная социальная или познавательная стимуляция, аномальные семейные ситуации (несовместимый комплекс родительской опеки и наказаний, приёмные родители, воспитание в общественных учреждениях, утрата значимых членов семьи) [63].

Развитие психических и соматических симптомов при действии стрессов связано с нарушением работы лимбико-диэнцефальных структур головного мозга, включающих: кору лобных долей, комиссуры мозга, полосатое тело, амигдаларный комплекс, гиппокамп, диэнцефальные отделы, гипоталамус и гипофиз. Важную защитную роль при действии стрессоров оказывают стресс-лимитирующие системы (системы естественной профилактики стресса), которые препятствуют развитию стресс-реакции или снижают ее побочные отрицательные воздействия на органы-мишени. К ним относят: ГАМК-эргическую систему, эндогенные опиаты, простогландины, антиоксидантную систему и трофотропные механизмы [15, 39, 96, 120, 152].

Система механизмов адаптации индивида к действию психотравмирующих факторов внешней среды определяется многими исследователями, как «барьер психической адаптации». Он состоит из двух составляющих: биологической и социальной. Биологические механизмы, поддерживающие адаптационные возможности человека, генетически и конституционально детерминированы, являются отражением индивидуального филогенетического и онтогенетического опыта. Социально-психологические механизмы включают развивающиеся в течение жизни особенности личности, приобретенный человеком объем и характер знаний, направленность интересов, своеобразие эмоционально-волевых качеств, моральные установки. При влиянии психотравмирующего фактора

чрезмерной силы и длительности происходит истощение адаптационных реакций с развитием психогенного дистресса. Психогенный дистресс может привести к формированию психогений или стать провоцирующим фактором в развитии расстройств психотического уровня [109, 143, 185].

Из психогений под влиянием психологических стрессоров чаще всего описано развитие неврозов, реактивных психозов, психосоматических заболеваний и посттравматического стрессового расстройства [16, 24, 45, 100, 146, 236].

Анализ данных литературы позволил выделить 4 уровня тяжести психогенных расстройств, наблюдаемых при жизнеопасных ситуациях, к ним относят:

физиологические реакции, для которых характерно преобладание эмоциональной напряженности, психомоторных, вегетативных, гипотимических проявлений, сохранение критической оценки происходящего и способности к целенаправленной деятельности;

психогенные патологические реакции, когда имеет место невротический уровень расстройств, остро возникают астенический, депрессивный, истерический и другие синдромы, происходит снижение критической оценки происходящего и возможностей целенаправленной деятельности;

психогенные невротические состояния — это стабилизирующиеся и усложняющиеся невротические расстройства, такие как неврастения, истерический, депрессивный неврозы, обсессивно-компульсивное, смешанное тревожно-депрессивное и другие расстройства, при которых происходит значительная утрата критического понимания происходящего и возможностей целенаправленной деятельности;

реактивные психозы в виде острой реакции на стресс, параноидов, сумеречных состояний сознания с двигательным возбуждением или заторможенностью, при которых полностью нарушается целенаправленная деятельность и критическая оценка окружающего [16].

Очень часто следствием острого или хронического стресса может стать формирование психосоматических расстройств — патологических состояний, в возникновении и развитии которых существенное значение имеет действие психической травмы. В настоящее время состояния, относимые к психосоматическим расстройствам, включают не только психосоматические заболевания в традиционном, узком понимании этого термина (артериальная гипертензия, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, неспецифический язвенный колит, бронхиальная астма, тиреотоксикоз, ревматоидный артрит, нейродермит с псориазом и прочие), но значительно более широкий круг нарушений, таких как соматизированные расстройства, патологические психогенные реакции на соматическое заболевание, соматопсихические акцентуации. В некоторых научных работах к психосоматическим расстройствам относят состояния, возникающие в связи с генеративным циклом у женщин (синдром «предменструального напряжения» и «предменструальное дисфорическое расстройство», депрессии беременных, послеродовые депрессии). В научных исследованиях установлена взаимосвязь тяжести психосоматических заболеваний с внутрисемейными конфликтами, психологическим давлением на работе, вынужденным переселением. Описаны высокие показатели хронизации психических расстройств у жертв насилия и участников боевых действий [24, 146, 236].

В современных условиях, в связи со значительным количеством лиц, пострадавших вследствие вооруженного противостояния в Донецкой и Луганской Народных Республиках, актуальной становится проблема стрессов военного времени. К данным видам стрессоров относится множество ситуаций, таких как участие в боевых действиях, смерть близких, потеря жилья, попадание в плен в качестве заложника, переезд в другую страну, расставание с родственниками, изменение образа жизни и прочие [51, 70, 156]. Описанные ситуации могут сопровождаться нормальной реакцией горя, которая возникает в процессе адаптации личности к жизни без значимого индивида или объекта. Длительность

реакции горя, как правило, не превышает 6 месяцев, а социальная активность восстанавливается в течение нескольких недель [193]. Однако, в большинстве случаев влияние боевых стрессов приводит к развитию психических расстройств. Психические расстройства могут проявляться не только в виде острой реакции на стресс, при непосредственном его воздействии, но и в более отдаленные периоды в виде формирования хронических психических заболеваний. Наиболее часто встречаются тревожно-депрессивное, посттравматическое стрессовое расстройство, хроническое расстройство личности, психосоматические заболевания и прочие состояния, сопровождающиеся нарушением социальной адаптации [155, 157]. Так же стрессовые факторы могут обострить уже имеющиеся хронические психические болезни. В исследовании, проведенном на базе городской психиатрической больницы №1 города Донецка с 2015 по 2019 год среди 841 пациента амбулаторной и стационарной сети, было выявлено, что хронический стресс военного времени в Донбассе является главным фактором риска и основной причиной возникновения или обострения психических расстройств, увеличения сроков длительности лечения, утяжеления психотической симптоматики, увеличения среднесуточных дозировок лекарственных препаратов, назначаемых пациентам, ухудшения клинического прогноза болезни, с последующим формированием нейрокогнитивной дефицитарной симптоматики, и как следствие, выходом на инвалидность [1,54].

Аналогичные данные были получены при ранее проведенных исследованиях в других странах в зоне военных конфликтов. Так, в исследованиях, проведенных в Боснии и Герцеговине, было выявлено значительное увеличение обращений в больницы по поводу психических нарушений, связанных с действием стрессовых факторов в период военных действий. Распространенность невротических расстройств выросла на 40%, психотических — на 20% [62]. Согласно исследованиям, проводившимся в Республике Конго, было выявлено, что психотравмирующие события войны не только повышали риск развития психических расстройств, но и влияли на когнитивное и психосоциальное

функционирование пострадавших. При исследовании мирного населения, подвергшегося боевым действиям в Чечне, было описано большое количество случаев посттравматического стрессового расстройства: из 91,2% выявленных психических расстройств, связанных со стрессами военного времени, 58,2% приходилось на данную патологию. Причем, в 90,8% случаев происходила трансформация посттравматического стрессового расстройства в аффективные, соматизированные расстройства или хроническое изменение личности [174].

При обследовании 1100 женщин-беженцев из северного Ирака, подвергшихся насилию со стороны Исламского государства Ирака и Леванта, были выявлены инсомнические нарушения с ночными кошмарами, тревога, навязчивые воспоминания, избегание связанных с травмой раздражителей, депрессивные симптомы, панические атаки, беспокойство по поводу членов семей, оставшихся на территории боевых действий, а так же высокий уровень сомато-вегетативных проявлений [237].

Военные конфликты также оказывают негативное влияние на психику детей. Многочисленные исследования свидетельствуют, что зависимость от взрослых, эмоциональная незрелость, а также резкая смена привычной среды могут послужить причиной развития психической патологии, часто приобретающей у детей хроническую форму или имеющей отдаленные последствия во взрослой жизни. Согласно проведенному исследованию по влиянию стресса на психоэмоциональную сферу и когнитивные функции детей 7-9 лет, находившихся в зоне военного конфликта на Донбассе, наличие хронического стресса отмечалось у 100% детей, средняя и тяжелая степень выраженности стресса отмечалась у 63% обследуемых. Так же у детей отмечалась высокая частота тревоги, страха и когнитивные нарушения [60]. При обследовании 605 чеченских детей переселенцев, в возрасте от 6 до 15 лет, переживших военные события дважды, у большинства были выявлены симптомы посттравматического стрессового расстройства, сопровождавшегося депрессивными симптомами, симптомами «вторжения» и «избегания»,

гипербдительностью, раздражительностью, вспышками гнева, агрессивностью; реже наблюдались психогенный энурез, тики, гиперактивность. У детей, вывезенных из Ирака и Сирии, влияние боевого стресса осложнилось нахождением в общих тюремных камерах вместе с осужденными за связь с террористической группировкой матерями. Такие факторы, как ограничение свободы, отсутствие обучения, редкие прогулки на свежем воздухе, крайне однообразное питание оказали негативное влияние на физическое и психическое состояние детей. Кроме того, некоторые дети из Ирака и Сирии проходили специфическую физическую подготовку с последующим участием в актах насилия и жестокого обращения, что также значительно повлияло на их психическое состояние и сформировало личностные изменения в виде легко возникающей агрессии к окружающим, импульсивности, игнорирования социальных норм [61].

Согласно данным многочисленных исследований стрессов военного времени, большое значение приобретает максимально раннее выявление у пострадавших психических нарушений, поскольку долгосрочные последствия военных событий могут быть более тяжелыми, чем острые. Поэтому важными являются все виды профилактики данных расстройств и их своевременная и полноценная реабилитация [74].

С 2019 года еще одним значимым стрессовым фактором для всего мирового сообщества стало распространение новой коронавирусной инфекции COVID-19. Согласно исследованию, проведенному сотрудниками национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева, в котором участвовало 1957 человек, пандемия повлекла за собой «вторую эпидемию» негативных психологических эффектов. По данным исследования, повышенный уровень стресса был связан с соблюдением самоизоляции, социальным дистанцированием и применением антисептиков. Одним из стрессовых факторов также стал страх за жизнь и здоровье близких [148]. В исследовании, опубликованном в медицинском журнале «The Lancet» в

2020 году, было изучено влияние социальной изоляции на психику людей. Исследователи сделали выводы, что длительная изоляция способна привести к повышению уровня тревоги, инсомническим, депрессивным и посттравматическому стрессовому расстройству [250]. Согласно исследованию, проведенному среди студентов Чувашского государственного университета имени И. Н. Ульянова в 2021 году, у четверти исследуемых студентов наблюдалась актуализация тревожных симптомов и ощущения трудностей в поддержании режима ограничений в условиях пандемии [102, 121]. По данным исследования, проведенного Американской ассоциацией психиатров по влиянию на психику событий, связанных с распространением новой коронавирусной инфекции, почти у половины опрошенных респондентов испытываемая тревога достигала высокого уровня, при этом 40% опасались, что они сами или их близкие могут заболеть COVID-19 в тяжелой форме и умереть [240, 245].

Зарубежные исследователи уделяли внимание изучению влияния вынужденной изоляции на психику людей пожилого возраста. Американские учёные доказали, что поддержание прочных родственных связей способствует уменьшению стрессовых воздействий на психику пожилых людей в период пандемии. Необходимым является поддержание социальной активности и родственных связей аудиовизуальным контактом: общение по телефону, видеосвязи и прочее [218].

Кроме тревоги, в условиях пандемии COVID-19 отмечался высокий уровень депрессивных симптомов, таких как снижение настроения, плаксивость, замкнутость, неспособность получать удовольствие от чего-либо, чувство вины, одиночества или беспомощности [108, 117, 149]. В зарубежных и отечественных исследованиях описан большой процент респондентов, отмечающих у себя подавленность из-за социальной изоляции, изменения образа жизни, отсутствия возможности для предпочитаемого ранее вида деятельности или отдыха, спортивных мероприятий [212, 219, 223]. В связи со страхом смерти от инфекции, социальной изоляцией, искаженным информационным потоком, могут

наблюдаться суицидальные мысли [95]. Согласно методическим рекомендациям специалистов Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского, в группе суицидального риска также находятся люди, потерявшие работу или испытывающие финансовые трудности вследствие пандемии [3].

В нескольких исследованиях была выявлена связь оценки переживаемых трудностей и аффективных симптомов с частотой просмотра новостей, субъективно воспринимаемой интенсивности потока информации, а также её полезности [136, 195]. Согласно официальному сообщению ВОЗ, было доказано, что усилению тревоги в период пандемии значительно способствуют информационные потоки. Поэтому, большое значение приобретают источники получения информации и её качество [256]. Исследование, проведенное среди учащихся и сотрудников медицинского вуза в Казахстане, обнаружило большой процент лиц с проблемным восприятием социальной изоляции и высоким уровнем тревоги среди тех, кто черпал информацию в сети интернет. Данное исследование подтвердило результаты, полученные при оценке роли чрезмерного использования социальных сетей в усилении тревожных расстройств у жителей Китая во время пандемии [226]. По рекомендации ВОЗ, для профилактики излишнего стресса в период пандемии следует просматривать обновления информации не чаще 2 раз в сутки, при этом уделять внимание качеству новостных источников.

Авторы нескольких научных исследований обращают внимание на злоупотребление алкоголем в период коронавирусной инфекции, что связано с попыткой уменьшить нервное перенапряжение и в конечном итоге может привести к повышению уровня стресса или развитию зависимости [126, 194].

В марте 2020 года ВОЗ выпустила рекомендации касательно сохранения психического здоровья и борьбы со стрессом в период пандемии: не забывать о здоровом образе жизни, правильном питании, режиме сна и физической активности; больше общаться с близкими, используя современные средства

связи, если личное общение невозможно; отказаться от курения и распития алкогольных напитков для подавления эмоций; снизить информационный поток, если негативные новости приводят к повышенной тревожности; обратиться к личному опыту переживания стрессовых ситуаций в прошлом, понять, какие навыки помогли вам сохранить стабильное психическое состояние и обратиться к ним снова; если стресс и отрицательные эмоции слишком сильны, не пытаться справиться с ними самостоятельно и обратиться за медицинской помощью [111].

К внешним факторам, влияющим на психическое здоровье, также можно отнести недостаточную длительность сна, вредные привычки, напряженный и высоконапряженный режим дня, быстрые социальные изменения, отсутствие физической активности, нерациональное питание, низкую обеспеченность жилой площадью и прочие [23].

Как известно, работа мозга, включая внутриклеточную и межклеточную коммуникацию, зависит от аминокислот, жиров, витаминов, минералов и микроэлементов. Иммунная защита организма и механизмы антиоксидантной защиты клеток также зависят от ряда нутриентов. Поэтому одним из необходимых условий для поддержания здоровья, в том числе психического, и достижения высокого качества жизни, является сбалансированное питание [25, 57, 58, 84, 86, 88, 89, 114, 116, 162, 163, 164, 165, 199, 203, 228]. Современные эпидемиологические исследования демонстрируют связь между здоровым питанием и когнитивным функционированием, а так же снижением риска депрессии и суицида. Ряд научных работ показывает снижение риска появления когнитивных проблем и депрессии у тех, кто придерживался средиземноморской диеты, богатой фруктами, овощами и орехами, не содержащей полуфабрикаты [52, 147, 172]. Обследование лиц с шизофренией и депрессивными синдромами разной этиологии, проведенное отечественными врачами в условиях стационара, выявило у подавляющего большинства этих пациентов значительные диетические нарушения в виде отказа или резкого ограничения в приёме пищи,

изменения суточного режима питания, патологической избирательности в выборе продуктов и блюд [40, 83, 85, 87, 205, 211, 216, 231].

Важной составной частью здорового образа жизни является физическая активность. Физические упражнения стимулируют выброс серотонина, дофамина и норадреналина, а также способствуют увеличению выработки эндоканнабиноидов, отвечающих за регуляцию аппетита, память, обучение и эмоции [11, 13, 38, 80, 178, 224, 229, 255]. Многочисленные научные исследования доказывают, что рациональное сбалансированное питание, активный физический и умственный образ жизни человека способны предотвратить или ослабить прогрессирование таких часто встречающихся психических заболеваний как деменция, депрессия, болезнь Альцгеймера и Паркинсона, синдром дефицита внимания и гиперактивности [97, 106, 181, 201, 217, 233, 246]. Было описано резкое увеличение уровня BDNF — мозгового нейротрофического фактора, контролирующего рост нервных клеток и формирование новых синапсов, при физических упражнениях [41]. В результате современных научных исследований выявлено, что в ответ на регулярные физические упражнения происходит снижение провоспалительных реакций, регуляция антиоксидантной защиты нейрональных митохондрий, а так же увеличение выработки нейропептида галанина в зонах мозга, отвечающих за борьбу со стрессом [241]. Как известно, галанин участвует во многих биологических процессах, включая: ноцицепцию, регуляцию сна и бодрствования, артериального давления, питания, регуляцию настроения. Недостаток галанина связан с рядом таких заболеваний, как болезнь Альцгеймера, эпилепсия, депрессия и расстройства пищевого поведения. В проведенном в 2018 году F. Schuch метаанализе когортных исследований, включающих 267 тысяч человек, было показано, что у 75% лиц, страдающих рекуррентной депрессией, наблюдалось улучшение состояния или полная ремиссия в ответ на дополнение курса фармакотерапии и когнитивной поведенческой групповой терапии регулярными физическими упражнениями

[239]. Роль физических тренировок в профилактике болезни Альцгеймера исследовали С. Sattler и соавт. на основании результатов 14-летнего наблюдения за пожилыми людьми. Было установлено, что лица, которые регулярно занимались физическими упражнениями, имели более низкий риск развития болезни Альцгеймера или «додементного» снижения когнитивных функций [154]. В исследовании, опубликованном в «British Journal of Sports Medicine», отмечено, что пожилые люди, занимающиеся аэробикой в сочетании с упражнениями на сопротивление, лучше справляются с психологическими тестами на когнитивные функции и логическое мышление [153]. Согласно результатам исследования ученых из университета Питтсбурга, у пожилых людей, совершавших три раза в неделю пешую прогулку, отмечалось увеличение областей префронтальной коры и гиппокампа, отвечающих за планирование и память, что было подтверждено улучшением выполнений соответствующих психологических тестов. Увеличение префронтальной коры и гиппокампа, по мнению ученых, происходит вследствие усиления кровоснабжения данных областей, улучшения обмена веществ и как следствие, повышение активности нейронов [198]. Ученые из Великобритании провели метаанализ 10 независимых клинических исследований с участием 385 лиц, страдающих шизофренией. Оказалось, что у пациентов, которые наряду с приемом фармакотерапии занимались физическими нагрузками в сочетании с кардиотренировками, произошло снижение выраженности продуктивной и негативной симптоматики. Данные результаты ученые объяснили повышением уровня тестостерона после занятий на велотренажере, который в свою очередь регулирует выработку дофамина, что может использоваться для профилактики развития шизофрении и других психических заболеваний [140]. В результате проведенного научного исследования на базе психотерапевтического отделения областной клинической психиатрической больницы «Богородское», была продемонстрирована высокая клиническая эффективность в лечении расстройств невротического уровня авторской программы, включающей физические упражнения и танцевально-

двигательную терапию. У пациентов, участвующих в исследовании, наблюдалось значительное снижение уровня нервно-психического напряжения, реактивной и личностной тревожности [133].

По данным Всемирной организации здравоохранения, в среднем ежегодно более 8 миллионов человек умирают от последствий табакокурения и вторичного воздействия табачного дыма, 3 миллиона — от различных заболеваний, спровоцированных употреблением алкоголя. Наркотические вещества приводят к тяжелым формам зависимости, изменениям личности, развитию хронических соматических и психических заболеваний. Среди людей с психическими расстройствами курение и систематическое употребление алкоголя встречается в два-три раза чаще по сравнению с населением в целом [37, 166, 234]. Зарубежными исследователями было доказано, что наличие психического расстройства повышает вероятность курения примерно в два раза, с учетом других факторов, влияющих на курительное поведение [248, 253]. При табачной зависимости психические расстройства депрессивного спектра встречаются в 60% случаев. Проявления синдрома патологического влечения к табакокурению могут маскировать симптомы депрессии у пациентов с аффективной патологией. Это связано с антидепрессивным эффектом никотина, обусловленным его способностью ингибировать активность моноаминоксидазы А и В, тем самым усиливая выработку серотонина и катехоламинов [252]. В то же время синдром отмены курения может проявляться различными аффективными расстройствами. В исследованиях J. Tsoh и соавт. было описано появление депрессивных симптомов в течение 3 месяцев после отказа от курения у 53% исследуемых, ранее не страдающих аффективной патологией. Однако, риск повторного депрессивного эпизода был существенно ниже у лиц, отказавшихся от курения, по сравнению с исследуемыми, которые вернулись к пагубной привычке [151]. Показатели курения также являются высокими среди пациентов с биполярным, посттравматическим стрессовым расстройством, синдромом дефицита внимания, тревожными расстройствами и болезнью Альцгеймера [225]. Число курящих

среди лиц, страдающих шизофренией, примерно в 2 раза больше, чем среди пациентов с другими психическими расстройствами и в 5 раз больше, чем в общей популяции [122]. Согласно исследованию А. В. Голенкова, проведенному среди стационарных пациентов с шизофренией, наибольший процент курящих (98%) наблюдался среди лиц, имеющих большую длительность заболевания и выраженные негативные расстройства, а также среди находящихся на принудительном лечении в связи с совершением правонарушения. Автор объясняет высокую распространенность табакокурения у данных пациентов особенностями действия никотина, связанными с уменьшением тревоги, депрессии, улучшением внимания, когнитивных функций, а так же ослаблением негативной симптоматики вследствие восполнения дефицита дофамина в префронтальной коре [36]. Коморбидность между вредным употреблением алкоголя и психическими расстройствами в настоящее время признана во всем мире как важнейшая проблема, влияющая на возникновение, течение и тяжесть заболеваний обоого спектра [220]. Анализ данных четырех научных исследований, проведенных в Европе и США, выявил увеличение распространенности депрессивного расстройства в три-четыре раза у лиц, злоупотребляющих алкоголем [32]. Люди с тревожными расстройствами сообщали, что употребляют алкоголь для снижения тревожности. В исследованиях S. Thomas описано, что большинство пациентов с социальной тревожностью употребляли алкоголь, чтобы чувствовать себя более комфортно при социальных контактах. Т. Norstrom и I. Rossow описывают частое возникновение суицидального поведения и увеличение риска самоубийств у лиц, страдающих алкогольной зависимостью [230]. Большинство психиатров указывают, что шизофрения в сочетании с алкоголизмом характеризуется более злокачественным течением. Алкогольная интоксикация провоцирует частые и длительные психотические эпизоды, усиливает аутоагрессивные и агрессивные тенденции, способствует совершению пациентами общественно-опасных деяний, что приводит к судимостям и активному диспансерному наблюдению. Согласно

данным нескольких научных исследований, степень выраженности негативной симптоматики достоверно выше у пациентов с шизофренией, злоупотребляющих алкоголем, чем у лиц, страдающих шизофренией без синдрома зависимости от алкоголя [115]. У пациентов с коморбидной патологией быстрее нарастает интеллектуально-мнестическое снижение, формируется деградация личности. Металкогольные психозы у пациентов, страдающих шизофренией, носят более затяжной характер и хуже поддаются терапии. Клиническая картина характеризуется преобладанием патологических форм опьянения, утяжелением психопатоподобной и продуктивной симптоматики [55, 130]. Алкоголизм у лиц, страдающих эпилепсией, обычно характеризуется тяжелым течением, быстрым формированием патологического влечения к алкоголю, длительными запоями, измененными формами алкогольного опьянения. В свою очередь происходит утяжеление эпилептической болезни, учащение эпилептических припадков, замещение неразвернутых приступов большими, серийными, вплоть до эпилептического статуса. В клинической картине отмечаются частые дисфорические состояния, характеризующиеся устойчивостью, преобладанием депрессивной окраски [91]. Так же в последнее время наблюдается тенденция к росту числа пациентов с расстройствами психики с сопутствующей наркотической зависимостью. Их доля по различным данным составляет до 65% [7]. Наиболее распространенными психическими расстройствами у лиц, употребляющих наркотические вещества, являются заболевания депрессивного, тревожного спектра, расстройства личности, шизофрения и другие психозы [144]. Многочисленными научными исследованиями доказано, что курение марихуаны повышает риск развития психозов, в частности, может спровоцировать дебют шизофрении при наличии у пациента генетической предрасположенности. В настоящее время актуальной проблемой среди молодежи стало употребление синтетических веществ — спайсов («солей») в связи с их относительной легкодоступностью и отсутствием правовых рисков. Однако, даже небольшие дозы «солей» способны вызывать развитие психозов шизофренического спектра,

а при систематическом употреблении — непосредственно шизофрении [8]. По данным ВОЗ, высокой является так же частота употребления пациентами с шизофренией амфетаминов. Доказано, что амфетамининдуцированные психозы являются одним из достоверных факторов риска развития данного заболевания. Употребление пациентами с расстройствами психики наркотических средств ученые объясняют смягчением продуктивной симптоматики, уменьшением на некоторое время тревоги и депрессии [167].

Особенно сильным является действие различных внешних факторов в больших городах, поскольку возрастают требования к нервной системе человека по переработке информационных и других стрессовых нагрузок. К перегрузке нервной системы приводит большой поток людей, запахи, шум и интенсивность других стимулов. Чрезмерная нагрузка в течение рабочего дня, особенно в сочетании с личностными чертами перфекционизма и мотивацией высоких достижений, приводит к ограничению социальных связей, нервному перенапряжению и высокому уровню стресса. Под влиянием средств массовой информации все большую распространенность в городах приобретают поведенческие нарушения, связанные со стремлением к модификации собственного тела с целью достижения его идеальных параметров. Существуют специфические варианты обсессивно-компульсивного расстройства, присущие жителям больших городов. Таким примером может быть «ипохондрия здоровья», когда здоровый образ жизни приобретает характер сверхценной идеи. Может формироваться нервная орторексия — вариант рестриктивного пищевого поведения с навязчивым стремлением к правильному питанию только из перечня «правильных разрешенных продуктов». Составление списка продуктов, как правило, носит иррациональный характер и определяется индивидуальными убеждениями, часто сформированными рекламой и модными тенденциями городов, не имеющими научного обоснования. Интерперсональные отношения так же находятся под влиянием сверхценных пищевых идей с нетерпимостью по отношению к пищевым пристрастиям близких. Индивид проводит много

времени, думая о составе употребляемой пищи и совершенствуя диету. Питание планируется на несколько дней вперед. Диета и посещение спортзала доминируют в системе отношений и могут быть причиной игнорирования значимых событий, таких как свадьба друзей, юбилей родственников и прочие. [28, 17].

В настоящее время приобретает все большую актуальность изучение влияния религиозности на психическое здоровье [42, 43, 65, 127, 129, 187, 189, 213, 222, 227, 235, 238]. Российский психиатр Д. Е. Мелехов писал, что религиозные переживания помогают приспособиться к психической болезни и компенсировать образовавшийся дефект. Одним из самых масштабных исследований связи религии и психического здоровья является работа американского психиатра Гарольда Кoenига. Проанализировав данные 3300 научных трудов, ученый пришел к выводу, что у 40-50% исследуемых отмечается положительное влияние религии на различные показатели психического здоровья и только у 1% респондентов были выявлены негативные влияния религиозности на психику [49]. Посещение религиозных храмов предоставляет личности ресурсы для борьбы со стрессами, снижает уровень тревожности, формирует оптимистическое мировоззрение, помогает смириться со смертью близких, различными трудностями и потерями [70, 188. 200]. В исследовании К. Cheng, проведенном в 2015 году, было выявлено, что религиозные люди демонстрируют меньший уровень заболеваемости депрессией, чем нерелигиозные [202]. Учеными Великобритании и Египта была выявлена прямая корреляционная связь религиозности и индекса благополучия SBW, включающего уровень счастья, удовлетворения и психического здоровья [191]. Так же было доказано, что религиозность положительно влияет на суицидальное поведение и различные виды зависимости [98]. В результате обследования 145 пациентов с диагнозами шизофрения, шизоаффективное расстройство и депрессия, Р. Huguelet было выявлено, что у 43% пациентов ранее присутствовали мысли о суициде, причем 25% пациентов признавали защитную роль религии при данных переживаниях. В

работе было показано, что религиозность может играть значимую роль в непринятии пациентами, даже находящимися в психотическом состоянии, решения о самоубийстве [77]. Механизмы психотерапевтического действия молитвы были описаны в нейрофизиологических исследованиях В. Б. Слезина. С помощью электроэнцефалографических данных было показано, что состояние сосредоточенной молитвы сопровождается подавлением амплитуды быстрых ритмов электроэнцефалограммы с перестройкой биоэлектрической активности коры головного мозга в сторону её временного понижения, сходной с состояниями глубокой медитации и гипноза. В состоянии молитвы деятельность коры головного мозга минимизируется, результатом чего является временная редукция депрессивных и тревожных расстройств [128, 208, 232].

Так же при оценке факторов, влияющих на психическое здоровье, необходимо учитывать и predisposиционные факторы. К ним относятся те психологические, социальные и поведенческие переменные, которые не связаны непосредственно с ухудшением здоровья, началом заболевания или его обострением, но позволяющие отнести людей с определенными характеристиками к группе риска [73]. Эти характеристики формируются в процессе всей жизни человека и к их числу относят: уровень нервно-психической устойчивости, самооценку личности, ощущение своей значимости для окружающих, уровень конфликтности, морально-нравственную ориентацию и прочие [5, 90, 112].

Отрицательное влияние на адаптацию к стрессам оказывает наличие дисфункциональных черт характера. Наиболее частые из них: замкнутость, эмоциональная нестабильность, личностная тревожность, сверхчувствительность, склонность к тревожному реагированию на различные ситуации, робость, ранимость, неуверенность в себе, высокая нормативность (склонность к морализированию, повышенная ответственность), консерватизм (неприязнь к новшествам, склонность к нравоучениям), конформизм (зависимость от мнения группы, низкая самостоятельность), перфекционизм (стремление к

совершенству), враждебность и нейротизм [81]. Нейротизм — это черта характера, предрасполагающая к переживанию негативных эмоций, включая гнев, тревогу, застенчивость, эмоциональную нестабильность. Лица с повышенным уровнем нейротизма плохо реагируют на стрессорные влияния окружающей среды, трактуют рядовые ситуации как угрожающие, могут переживать небольшие фрустрирующие состояния как безнадежно непреодолимые. Наличие нейротизма оказывает большое влияние на психическое и соматическое здоровье человека. Он обеспечивает уязвимость для широкого спектра различных форм психопатологии [168, 254]. Нейротизм учитывается в рамках дименсиональной модели черт характера, включенной в DSM-5 для перспективных мер и моделей. Эта модель состоит из пяти широких доменов, включающих негативную аффективность, безразличие, психотизм, враждебность и расторможенность. В DSM-5 отмечено, что пять данных доменов являются патологическими вариантами пяти сфер модели личности, известной как «Большая пятерка» или «Пятифакторная модель личности» [247]. Пятифакторная модель (five-factor model) — это диспозициональная модель личности, которая строится на чертах личности, то есть склонностях человека вести себя определенным образом в различных ситуациях. Она включает в себя пять главных факторов: экстраверсию, привязанность, способность к самоконтролю, нейротизм и открытость опыту. Каждый из пяти главных факторов включает в себя шесть факторов второго порядка — субфакторов. Экстраверсия («вовлеченность во внешний мир» или «Е-фактор») показывает, любит ли человек быть среди людей, насколько он полон энергией, положительными эмоциями. Очень высокие показатели по данному фактору могут свидетельствовать о навязчивостях, крайние низкие — о неспособности к социальным контактам. Фактор «привязанность» («сотрудничество», «А-фактор») показывает, насколько гармонично человек существует в социуме. Люди с высоким показателем по данной шкале добрые, открытые, умеющие сопереживать и оказывать помощь окружающим, обладают «удобным

характером». Крайне высокие показатели могут обернуться потерей собственной уникальности. Люди с низкими показателями А-фактора эгоцентричны, безразличны к страданиям других, но открыто мыслят критически и способны принимать абсолютно объективные решения. Шкала «самоконтроль» («саморегуляция», «С-фактор») показывает, насколько добросовестно человек выполняет свои обязанности, его целеустремленность, мотивированность. Высокие оценки по шкале являют пунктуальную, самодисциплинированную, педантичную личность. Низкие — ленивую, беспечную, нецелеустремленную. «Негативная эмоциональность» («нейротизм», «N-фактор») выражается в реактивности, склонности переживать более, чем другие люди. Противоположный полюс характеризует людей, относящихся к жизни и жизненным ситуациям спокойнее других. Шкала «открытость новому опыту» («О-фактор»), показывает, насколько человек заинтересован в познании нового, интеллектуальном росте, знакомстве с людьми, посещении новых мест. Люди с высокими показателями считаются творческими, незаурядными, интеллектуальными. Люди с низким показателем по этой шкале не склонны к экспериментам и фантазиям, а предпочитают удобное и привычное [30, 215, 242, 243, 244, 251].

Большую роль в адаптации к стрессам и личностном здоровье играет наличие акцентуаций — особенностей характера, при которых отдельные его черты чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенных психогенных воздействий. Наличие акцентуации накладывает отпечаток на всё поведение человека и практически не управляется сознанием. Акцентуированная диспозиция проявляется гипертрофированной социальной потребностью. У демонстративных личностей — это потребность быть в центре внимания, у тревожных и возбудимых — повышенная потребность в собственной безопасности, у шизоидных — потребность в одиночестве и т.д. Блокирование навязчивых потребностей

приводит к внутренним конфликтам и формированию психических расстройств [18].

Большое значение в развитии постстрессовых психических расстройств приобретает опыт преодоления подобных ситуаций в прошлом, особенности мышления, влияющие на восприятие стрессовой ситуации, готовность человека обратиться за социальной поддержкой. Само наличие стрессора еще не обуславливает развитие у человека психических расстройств, поэтому имеет значение не только сам факт стрессовых событий, но и нарушенная возможность совладания со стрессом (стрессоустойчивость). Эпидемиологические и клинические наблюдения свидетельствуют о том, что в человеческой популяции существует не менее 30% индивидов, сохраняющих нормальные физиологические показатели даже при длительных и остро выраженных напряжениях [161].

Существует система механизмов адаптации индивида к действию психотравмирующих факторов внешней среды, которая включает физиологические и психологические особенности личности. Психологические механизмы адаптации к стрессам состоят из двух типов адаптивного поведения: осознанного, в виде копинг-стратегий (совладания со стрессом) и неосознанного, в виде механизмов психологической защиты (компенсации стресса). Оба способа являются важнейшим условием психологической адаптации, в случае срыва которой возможно развитие психических расстройств [14, 169].

Понятие «копинг» («совладание») было впервые введено американским психологом Л. Мерфи. «Копинг» она определяла как попытку конструктивного преобразования ситуации, которая является для индивида актуально угрожающей, напрягающей его внутренние ресурсы.

Понятие «психологической защиты» было введено Зигмундом Фрейдом и развивалось его дочерью Анной Фрейд. З. Фрейд определял защиту как бессознательный механизм, который реализуется в форме специфических приемов переработки информации и направлен на ограждение сознания от

неприятных переживаний, чтобы обеспечить сохранение достаточного уровня самоуважения и свести к минимуму травмирующие личность моменты. Согласно данным литературы, актуализации механизмов психологической защиты способствуют ситуации, которые представляют собой серьезное испытание для человека, превышают его внутренние ресурсы. Е. С. Романова и Л. Р. Гребенников объединили всё многообразие психологических защит к восьми базовым: замещение, проекция, компенсация, регрессия, подавление, отрицание, реактивное образование и интеллектуализация. А. Фрейд утверждала, что большинство людей используют как минимум пять защитных механизмов каждый день, не осознавая этого.

А. Фрейд показала, что при определенных патологических состояниях используются соответствующие защитные техники. Например, при истерии характерно частое обращение к вытеснению, при навязчивых состояниях — использование изоляции и подавления, а у исходно здоровых личностей определенные наборы психозащитных техник ведут к развитию схожей симптоматики. В настоящее время многие зарубежные и отечественные ученые придерживаются точки зрения, что большинство механизмов защиты лишь краткосрочно уменьшают тревогу, чувство вины и поддерживают самоуважение человека, а постоянное их применение вызывает целый ряд негативных последствий: нарушение функционирования эмоционально-когнитивной сферы, осознания своего духовного «Я», своих потребностей и возможностей, личностного роста и развития [71, 171, 190].

Современные стрессоры (боевые действия, распространение новой коронавирусной инфекции, депрессивная социально-экономическая среда жизнедеятельности) характеризуются самым высоким уровнем интенсивности. Данная форма стрессовых реакций перегружает адаптационные возможности психики, вследствие полного разрушения привычного образа жизни, появления темы смерти, ощущения неотвратимости приближающейся катастрофы, что ведёт к формированию высокого уровня хронической тревоги и страха [46].

Многочисленными исследованиями установлена так же зависимость развития психологического стресса от возраста, общего состояния здоровья, типа нервного реагирования. Установлено, что наиболее уязвимы перед стрессовым воздействием дети и люди пожилого возраста. Как правило, их отличает высокий уровень тревоги и напряжения, недостаточно эффективная адаптация к изменяющимся условиям, длительная эмоциональная реакция на стресс, быстрая истощаемость внутренних ресурсов. Очевидно, что люди, имеющие крепкое здоровье, в целом лучше адаптируются к изменяющимся условиям окружающей действительности, легче переносят негативные физиологические изменения, возникающие в организме под воздействием стрессора, имеют большой запас внутренних ресурсов для поддержания фазы резистентности. У людей, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, гипертонической болезнью, бронхиальной астмой, неврологическими расстройствами и рядом других болезней, под воздействием стресса происходит резкое обострение данной патологии, снижение иммунитета, что может повлечь за собой развитие психических расстройств.

Необходимо учитывать и специфические культуральные и гендерные особенности личности. Культурные установки человека должны приниматься во внимание при вынесении клинического суждения о степени адекватности реакции человека на конкретный стрессор [21].

Согласно экспертной оценке ВОЗ, состояние здоровья каждого человека зависит от 4-х факторов: заложенной в организм генной программы — на 20%, экологии — на 20%, медицинского сервиса — на 10%, образа жизни — на 50%. То есть, решающее влияние на формирование здоровья человека оказывает его образ жизни [69]. Здоровый образ жизни ВОЗ определяет, как поведение, направленное на поддержание и укрепление здоровья в условиях взаимодействия с окружающей средой (социальные, социально-экономические, экологические факторы). То есть для поддержания здорового образа жизни человеку необходимо проявлять определенную активность, выполнять комплекс действий,

направленных на сохранение и укрепление здоровья. Комплекс таких действий многие отечественные и зарубежные ученые называют поведением, направленным на сохранение здоровья (health behavior). Данное поведение, согласно определению К. Cobb — это любая деятельность, совершаемая человеком, считающим себя здоровым, с целью предотвращения заболевания или обнаружения его на бессимптомной стадии. Оно включает широкий спектр мероприятий: физическую активность, здоровое питание, лечебно-охранительные и профилактические мероприятия (регулярные профилактические осмотры врачами, вакцинация, использование контрацептивов, гигиена сна), отсутствие вредных привычек (курение, употребление алкоголя) и прочие [47, 99, 125]. Некоторые авторы выделяют отдельные виды поведения, связанного со здоровьем. Например, И. Н. Гурвич выделяет превентивное и протективное поведение. Превентивное поведение предполагает соблюдение режима дня, рациональное питание, занятия спортом, отказ от табакокурения и чрезмерного употребления алкоголя, выполнение правил техники безопасности на работе и прочие. Составляющими протективного поведения, по мнению автора, является прием витаминов или других лекарственных препаратов, назначенных врачом с профилактической целью, иммунизация и прочие [123, 249]. Также среди видов поведения, оказывающих влияние на здоровье, можно назвать поведение, направленное на борьбу со стрессами. То есть, важное значение имеет уровень стрессоустойчивости человека и индивидуальные способы преодоления различных по силе психологических стрессоров [29, 104, 206].

К основным критериям здорового образа жизни так же можно отнести состояние здоровья человека, качество его жизни; медицинскую и психогигиеническую грамотность. Таким образом, здоровый образ жизни — это не просто деятельность, направленная на сохранение и улучшение здоровья, прежде всего это правильная организация всей жизнедеятельности человека, способствующая сохранению его здоровья. Режим каждого человека должен включать в себя конкретное время для работы, отдыха, приёма пищи, сна.

Основой психического и физического здоровья, как уже было указано, является эмоциональная сфера. Доказано, что у людей, имеющих позитивное восприятие мира, отмечается более высокий иммунитет, здоровый сон, наименьшее количество головных болей. Сильные негативные эмоции приводят к подавлению иммунологических реакций, в частности, повышенной продукции гидрокортизона, изменениям Т-системы иммунитета, что может привести к развитию любой соматической и психической патологии. В развитии различных патологических состояний имеют значение личностные характеристики пациентов, оказывающие влияние на образ жизни и способствующие снижению стрессоустойчивости [103, 204]. Больным хроническими заболеваниями часто характерны такие личностные черты как повышенная рационализация, эмоциональная закрытость и эмоциональный контроль, и даже выйдя из стационара, они выбирают неконструктивные жизненные стратегии, по-прежнему создают опору на внешние объекты или роли (на работе, дома, в семье), а не развивают собственную индивидуальность и жизненную компетентность [107, 135].

Таким образом, исходя из анализа данных отечественных и зарубежных исследований за последние 20 лет можно констатировать, что в настоящее время уделяется недостаточное внимание оценке влияния внешних факторов, включая образ жизни на психическое здоровье населения, отсутствует эффективная система реагирования на ухудшение показателей психического здоровья жителей под влиянием различных отрицательных факторов среды жизнедеятельности. Поэтому, представляется актуальным разработка комплекса эффективных мероприятий по защите и укреплению психического здоровья, что и определило цель и задачи исследования, предусматриваемые в настоящей работе.

ГЛАВА 2

ПРОГРАММА, ОБЪЕМ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В связи с тем, что показатели здоровья населения находятся в зависимости от качества экологической среды жизнедеятельности, за многолетний период (2004-2023 гг.) изучено состояние экологической среды. Данные о метеорологических условиях и характере загрязнения атмосферного воздуха получены в санитарно-гигиенической лаборатории ГС «Луганская городская санитарно-эпидемиологическая станция» МЗ ЛНР, республиканском центре по гидрометеорологии — ЦГМ (г. Луганск). Контроль и гигиеническая оценка загрязнения атмосферного воздуха проводились согласно ГОСТ Р 59059-2020 «Охрана окружающей среды. Контроль загрязнений атмосферного воздуха», РД 52.04.186-89 «Руководство по контролю загрязнения атмосферы», СанПиН 1.2.3685-21 «Гигиенические нормативы и требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания».

Для оценки качества употребляемой питьевой воды были использованы результаты исследований воды централизованного питьевого водоснабжения города Луганска по санитарно-химическим показателям безопасности и качества, выполненные лабораторией санитарно-гигиенического отдела Луганской городской санитарно-эпидемиологической станции за 2004-2023 гг. Результаты исследований сравнивали с действующими нормативами.

Данные измерений гамма-фона в городе Луганске были взяты из имеющихся электронных архивов ГУ «Луганская областная санитарно-эпидемиологическая станция» Министерства здравоохранения Украины, ГУ «Луганский областной лабораторный центр Госсанэпидслужбы Украины», ГС «Луганская республиканская санитарно-эпидемиологическая станция» Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики, ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Луганской Народной Республике». Измерения гамма-

фона проводились ежедневно на высоте около 1 м над поверхностью почвы на территории, прилегающей к зданию Луганской областной (а затем республиканской) санитарно-эпидемиологической станции по адресу: г. Луганск, ул. Луганской Правды, 159. Применяемые средства измерения: прибор сцинтилляционный геологоразведочный СРП-68-01, дозиметр ДРГ-01Т1, поисковый дозиметр гамма-излучения "Ритм-1М" ДБГ-02 и поисковый дозиметр-радиометр МКС/СРП-08А.

С целью оценки влияния различных факторов среды жизнедеятельности на психическое здоровье взрослых жителей, на добровольных условиях выполнено анкетирование 1038 жителей (510 пациентов с расстройствами психики и поведения и 528 психически здоровых лиц), постоянно проживающих в городе Луганске. Для этой цели была разработана анкета-вопросник, состоящая из двух частей. Первая часть анкеты состоит из VII разделов и включает всего 67 вопросов, ответы на которые характеризуют различные компоненты среды жизнедеятельности, формирующие здоровье. Вторая часть анкеты заполнялась на основании данных, полученных путем анализа 510 амбулаторных карт пациентов, принявших участие в исследовании, включая архивные данные за последние 20 лет (формы амбулаторных карт ф-25/у и ф-30/у). Анкетирование лиц, страдающих психическими заболеваниями, в целях проведения научных исследований или обучения соответствовало требованиям статьи 5 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.1992 N 3185-1 (последняя редакция). Каждый пациент, принявший участие в исследовании, давал добровольное информированное согласие на участие в нем и имел возможность выйти из исследования без объяснения причин. Проведение исследования соответствовало положениям Хельсинкской декларации 1964 г., пересмотренной в 1975–2013 гг.

По нозологическим единицам пациенты с расстройствами психики и поведения, принявшие участие в исследовании, разделились следующим образом: $89,41 \pm 1,23\%$ пациентов имели диагноз хронического психического расстройства

(шизофрения, шизоаффективное расстройство, рекуррентная депрессия, биполярное аффективное расстройство, эпилепсия, умственная отсталость, органическое поражение головного мозга, расстройства личности, шизотипическое расстройство; по МКБ-10: F 20, F 25, F 33, F 31, F 07.83, F 70, F 06, F 60, F 21), $10,59 \pm 1,36\%$ пациентов наблюдались по поводу невротических расстройств (тревожно-депрессивное, соматизированное расстройство; по МКБ-10: F 41, F 45).

Из экспериментально-психологических методик применялись: шкала Спилбергера-Ханина для оценки уровня личностной и ситуационной тревоги, шкала Айзенка для оценки личностных характеристик, метод цветовых аналогий, шкала эмоционального отклика Меграбяна и Эпштейна, шкала социального функционирования PSP, шкала оценки качества жизни Джина Эндикотта.

На основании данных, полученных с помощью второй части анкеты, были изучены особенности течения психических заболеваний у исследуемых пациентов за последние 20 лет.

Статистическая обработка результатов исследований проведена с использованием программы LibreOfficeCalc свободно распространяемого офисного пакета LibreOffice (version 7.1). Для определения вида распределения были использованы: критерий Колмогорова-Смирнова с поправкой Лиллиефорса и критерий Шапиро-Уилка. При нормальном распределении сравнение полученных результатов исследований для количественных признаков выполнено по критерию Стьюдента (t) (отличия считались статистически значимыми при $t > 1,96$, $p < 0,05$), Фишера (z) (область допустимых значений для уровня значимости 0,05 находилось в пределах от $-1,96$ до $+1,96$) и критерию Уилкса (отношения правдоподобия) — две вероятности не должны отличаться более чем на ошибку выборки. Для сравнения качественных признаков использовался критерий хи-квадрат Пирсона. В случаях отсутствия нормального распределения в процессе статистической обработки и интерпретации полученных данных использовался U-Test Mann-Whitney (Манна-Уитни): выявленные различия считались

статистически значимыми при $p < 0,05$. Для каждого показателя была рассчитана стандартная ошибка среднего $M \pm SE$.

Оценка влияния внешних факторов на психическое здоровье была осуществлена с помощью многомерного статистического анализа по программе Statistica 6.0. Степень влияния факторов оценивалась по коэффициенту отношения правдоподобия (КОП, критерий Уилкса). Факторы, действие которых было статистически значимо ($p < 0,05$), оказывали влияние на психическое здоровье при $КОП > 1$. В зависимости от удельного веса значимости влияния факторов на психическое здоровье, им были присвоены соответствующие ранги. Определение связи между отдельными факторами было осуществлено с помощью корреляционного анализа по коэффициенту корреляции Пирсона (r).

Для анализа показателей заболеваемости расстройствами психики и поведения за многолетний период (2004-2023 гг) в городе Луганске и Луганском регионе в целом были использованы официальные данные ежегодных отчетов статистического отдела Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Луганская республиканская клиническая психоневрологическая больница» ЛНР и данные Луганского координационного центра охраны здоровья «Показатели здоровья населения и деятельности медицинских организаций Луганской области», «Показатели здоровья населения и деятельности медицинских организаций Луганской Народной Республики» за 2004-2023 гг. С целью определения тенденции различных показателей психического здоровья составлено уравнение регрессии, характеризующее их изменение по годам с оценкой статистической значимости увеличения или снижения, прогнозом на перспективу показателей методом экстраполяции с построением диаграмм. Выполнен сравнительный анализ различных показателей психического здоровья (выявляемости, учтённости, инвалидности, сроков стационарного лечения) за период мирного (2004-2013 гг) и военного (2014-2023 гг) времени.

Выполнена оценка влияния на показатели психического здоровья экологической и социальной среды (вредных привычек, физической активности, режима жизнедеятельности, психологического климата, материально-жилищного уровня, питания, площади и условий проживания, психологических стрессоров, включая сверхсильные стрессы военного времени и распространения новой коронавирусной инфекции).

На основании полученных данных обоснованы и подготовлены основные положения системы управления психическим здоровьем населения, разработаны профилактические мероприятия по улучшению оказания психиатрической помощи населению.

ГЛАВА 3

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СРЕДЫ ОБИТАНИЯ И ОБРАЗА ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

3.1. Понятие депрессивной социальной и экологической среды

Здоровье населения рассматривается как состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только как отсутствие болезни и физических дефектов [209]. Здоровье каждого человека формируется под влиянием эндогенных (условия внутренней среды организма) и экзогенных (условия окружающей среды) факторов. Согласно обобщенному определению, фактор — это причина, движущая сила какого-либо процесса, определяющая его характер или отдельные черты. К внешним факторам можно отнести многие социальные и экологические воздействия. Из различных условий среды одни факторы оказывают положительное влияние на организм человека, а другие — отрицательное и являются факторами риска, увеличивающими вероятность развития определенных заболеваний [214, 192, 221].

Комплексом разных факторов риска для здоровья населения характеризуется депрессивная социальная и экологическая среда.

Депрессивная социальная среда обитания — это среда жизнедеятельности, сформированная в условиях резких спадов экономического развития общества, которая приобрела выраженные черты социальной депрессии в виде снижения уровня (экономические факторы), качества (социальные факторы), стиля (социально-психологические факторы) и уклада (социально-экономические факторы) жизни, что существенно ухудшает условия и образ жизни населения.

Депрессивная экологическая среда жизни — это среда обитания, характеризующаяся наличием в ее составе длительно присутствующих,

волнообразно изменяющихся во времени вредных для организма химических, физических и биологических факторов и процессов.

Наиболее распространенными депрессивными социальными факторами среды жизнедеятельности являются: неблагоприятный психологический климат в семье или рабочем коллективе, напряженный и высоконапряженный режим дня, быстрые социальные изменения, курение и злоупотребление алкоголем, низкая обеспеченность жилой площадью, нерациональное питание, низкая физическая активность и прочие. В современных условиях актуальным для жителей Республики так же является влияние на психику сверхсильных стрессов военного времени. Современные стрессоры характеризуются самым высоким уровнем интенсивности. Данная форма стрессовых реакций перегружает адаптационные возможности психики, вследствие полного разрушения привычного образа жизни, появления темы смерти, ощущения неотвратимости приближающейся катастрофы, что ведёт к формированию высокого уровня хронической тревоги и страха.

К экологическим факторам среды, влияющим на состояние здоровья, относят: загрязнение атмосферного воздуха, водных объектов, пищевых продуктов вредными веществами; избыток или недостаток естественных химических элементов; шумовое воздействие, воздействие элетромагнитными полями, ионизирующее излучение и прочие.

Несмотря на то, что большинство хронических психических заболеваний являются генетически детерминированными и определяются различными нейротрансмиттерными, гормональными или органическими нарушениями, за последние несколько десятилетий было получено множество доказательств того, что воздействие неблагоприятных внешних факторов, включая образ жизни, может отрицательно отражаться не только на соматическом, но и на психическом здоровье человека [93, 183, 207, 257]. Вместе с тем, современные исследования построены на изучении какого-либо одного фактора, либо их небольшой группы,

а значимость влияния совокупности внешних факторов в целом на формирование психических и поведенческих расстройств изучена крайне недостаточно.

Поэтому, актуальным является оценка влияния факторов среды жизнедеятельности на состояние психического здоровья населения с последующей разработкой комплекса профилактических мероприятий.

3.2. Образ жизни и социальная среда жизнедеятельности

В данном разделе выполнена оценка основных составляющих образа жизни психически здоровых людей и пациентов с расстройствами психики и поведения.

Организация питания. Режим и качество питания.

Одним из основных проявлений здорового образа жизни является рациональное питание, которое предусматривает соблюдение режима питания (употребление продуктов ежедневно в одно и то же время), кратности приема продуктов (3-4 раза в сутки) и употребление разнообразных продуктов питания с оптимальным содержанием белков, жиров, углеводов, микроэлементов и витаминов. В результате проведенных исследований установлено, что удельный вес жителей, соблюдающих режим питания, то есть питающихся ежедневно в одно и то же время, среди лиц с различным психическим здоровьем не отличается и составляет в группах пациентов психическими заболеваниями $50,39 \pm 2,21\%$ и психически здоровых жителей — $52,46 \pm 2,17\%$, в том числе, среди мужчин, соответственно — $51,52 \pm 3,08\%$ и — $57,41 \pm 2,78\%$, среди женщин — $49,19 \pm 3,19\%$ и — $45,02 \pm 3,43\%$ ($p > 0,05$). В результате проведения корреляционного анализа достоверной связи между уровнем доходов и соблюдением режима питания пациентами с психическими заболеваниями не обнаружено — $r = -0,014$ ($p > 0,05$); в то же время, указанная прямая достоверная связь выявлена среди здоровых лиц, при этом указанная связь слабая — $r = +0,109$ ($p < 0,05$). Процент пациентов, страдающих психическими расстройствами и здоровых лиц, принимающих пищу 1-2 раза, 3 раза, 4 раза, 5 и более раз в сутки, среди мужчин и

женщин существенно не различаются ($p > 0,05$). В результате проведения корреляционного анализа достоверной связи между уровнем доходов и кратностью питания пациентов с психическими заболеваниями, а также здоровых лиц не выявлено ($p > 0,05$).

Таким образом, согласно результатам проведенных исследований, значимое влияние режима и кратности питания на психическое здоровье не обнаружено. Также, отсутствуют достаточные основания для утверждения, что наличие психических заболеваний приводит к нарушению режима или недостаточной (менее 3 раз в сутки) кратности питания.

На следующем этапе была выполнена оценка употребления пациентами с психическими заболеваниями и психически здоровыми лицами различных продуктов питания. Было установлено, что удельный вес лиц, регулярно употреблявших свежие фрукты, овощи и ягоды, выше среди психически здоровых людей — $48,30 \pm 2,17\%$, по сравнению с пациентами с психическими заболеваниями — $30,98 \pm 2,05\%$, в том числе в группах мужчин — $46,69 \pm 2,80\%$ по сравнению с — $31,05 \pm 2,85\%$ и женщин — $50,71 \pm 3,44\%$ по сравнению с — $30,89 \pm 2,95\%$ (данные статистически значимы, $p < 0,001$). В то же время, лиц, редко употреблявших свежие фрукты, овощи и ягоды, наоборот, больше среди пациентов с психическими заболеваниями — $29,22 \pm 2,01\%$, по сравнению с психически здоровыми людьми — $10,98 \pm 1,36\%$, в том числе в группах мужчин — $35,61 \pm 2,95\%$ по сравнению с — $11,04 \pm 1,76\%$ и женщин — $22,36 \pm 2,66\%$ по сравнению с — $10,90 \pm 2,15\%$ ($p < 0,001$). Связь между психическим здоровьем и употреблением взрослыми людьми свежих фруктов, овощей и ягод доказана с использованием метода «хи-квадрат» в общей группе (мужчины + женщины) — $\chi^2=72,574$, среди мужчин — $\chi^2=55,514$ и женщин — $\chi^2=25,978$ ($p < 0,001$). Данные приведены в таблице 1.

Таблица 1 — Употребление свежих фруктов, овощей и ягод пациентами с психическими заболеваниями и психически здоровыми людьми (n=1038)

Частота употребления фруктов, овощей и ягод	Удельный вес жителей с различным психическим здоровьем, %		p
	психически здоровые	пациенты с расстройствами психики	
Общая группа (мужчины + женщины), $\chi^2=72,574$, $p < 0,001$, $n=3$			
Не употребляют	0	1,76±0,58	< 0,001
Редко	10,98±1,36	29,22±2,01	< 0,001
Часто	40,72±2,14	38,04±2,15	> 0,05
Регулярно	48,30±2,17	30,98±2,05	< 0,001
Мужчины, $\chi^2=55,514$, $p < 0,001$, $n=3$			
Не употребляют	0	1,14±0,65	> 0,05
Редко	11,04±1,76	35,61±2,95	< 0,001
Часто	42,27±2,77	32,20±2,88	0,02
Регулярно	46,69±2,80	31,05±2,85	< 0,001
Женщины, $\chi^2=25,978$, $p < 0,001$, $n=3$			
Не употребляют	0	2,44±0,98	0,02
Редко	10,90±2,15	22,36±2,66	< 0,001
Часто	38,39±3,35	44,31±3,17	> 0,05
Регулярно	50,71±3,44	30,89±2,95	< 0,001

Лиц, которые регулярно употребляли молоко и молочные продукты, больше среди психически здоровых людей — $36,55 \pm 2,10\%$, по сравнению с пациентами с психическими заболеваниями — $21,77 \pm 1,83\%$, в том числе в группах мужчин — $34,07 \pm 2,66\%$ по сравнению с — $18,94 \pm 2,41\%$ и женщин — $40,28 \pm 3,38\%$ по сравнению с — $24,80 \pm 2,75\%$ (данные статистически значимы, $p < 0,001$). В то же время, жителей, редко употреблявших молоко и молочные продукты, больше среди пациентов с психическими заболеваниями — $46,86 \pm 2,21\%$, по сравнению с психически здоровыми людьми — $28,79 \pm 1,97\%$, в том числе в группах мужчин — $48,86 \pm 3,08\%$ по сравнению с — $31,86 \pm 2,62\%$ и женщин — $44,71 \pm 3,17\%$ по сравнению с — $24,17 \pm 2,95\%$ ($p < 0,001$). Связь между психическим здоровьем и употреблением молока и молочных продуктов доказана с использованием метода «хи-квадрат» в общей группе (мужчины + женщины) — $\chi^2=43,634$, среди мужчин — $\chi^2=23,423$ и женщин — $\chi^2=23,385$ ($p < 0,001$). Данные в таблице 2.

Таблица 2 — Употребление молока и молочных продуктов пациентами с психическими заболеваниями и психически здоровыми людьми (n=1038)

Частота употребления молока и молочных продуктов	Удельный вес жителей с различным психическим здоровьем, %		р
	психически здоровые	пациенты с расстройствами психики	
Общая группа (мужчины + женщины), $\chi^2=43,634$, $p < 0,001$, $n=3$			
Не употребляют	2,65±0,70	3,33±0,79	> 0,05
Редко	28,79±1,97	46,86±2,21	< 0,001
Часто	32,01±2,03	28,04±1,99	> 0,05
Регулярно	36,55±2,10	21,77±1,83	< 0,001
Мужчины, $\chi^2=23,423$, $p < 0,001$, $n=3$			
Не употребляют	2,84±0,93	3,79±1,17	> 0,05
Редко	31,86±2,62	48,86±3,08	< 0,001
Часто	31,23±2,60	28,41±2,78	> 0,05
Регулярно	34,07±2,66	18,94±2,41	< 0,001
Женщины, $\chi^2=23,385$, $p < 0,001$, $n=3$			
Не употребляют	2,37±1,05	2,85±1,06	> 0,05
Редко	24,17±2,95	44,71±3,17	< 0,001
Часто	33,18±3,24	27,64±2,85	> 0,05
Регулярно	40,28±3,38	24,80±2,75	< 0,001

Жителей, регулярно употреблявших творог и сыр, больше среди психически здоровых людей — $31,44 \pm 2,02\%$, по сравнению с пациентами с психическими заболеваниями — $12,55 \pm 1,47\%$, в том числе в группах мужчин — $28,71 \pm 2,54\%$ по сравнению с — $10,98 \pm 1,92\%$ и женщин — $35,55 \pm 3,30\%$ по сравнению с — $14,23 \pm 2,23\%$ (данные статистически значимы, $p < 0,001$). Аналогичная закономерность также характерна для лиц, часто употреблявших эти продукты (p от $< 0,05$ до $< 0,001$). Лиц, которые редко употребляли творог и сыр, или не употребляли эти продукты, наоборот, больше среди пациентов с психическими заболеваниями по сравнению с психически здоровыми людьми, включая мужчин и женщин (p от $< 0,01$ до $< 0,001$). Связь между психическим здоровьем и употреблением творога и сыра доказана с использованием метода «хи-квадрат» в общей группе (мужчины + женщины) — $\chi^2=101,799$, среди мужчин — $\chi^2=48,906$ и женщин — $\chi^2=57,953$ ($p < 0,001$). Данные в таблице 3.

Таблица 3 — Употребление творога и сыра пациентами с психическими заболеваниями и психически здоровыми людьми (n=1038)

Частота употребления творога и сыра	Удельный вес жителей с различным психическим здоровьем, %		p
	психически здоровые	пациенты с расстройствами психики	
Общая группа (мужчины + женщины), $\chi^2=101,799$, $p < 0,001$, $n=3$			
Не употребляют	1,52±0,53	6,47±1,09	< 0,001
Редко	30,11±2,00	54,12±2,21	< 0,001
Часто	36,93±2,10	26,86±1,96	< 0,001
Регулярно	31,44±2,02	12,55±1,47	< 0,001
Мужчины, $\chi^2=48,906$, $p < 0,001$, $n=3$			
Не употребляют	1,89±0,77	7,20±1,59	< 0,01
Редко	33,75±2,66	54,55±3,06	< 0,001
Часто	35,65±2,69	27,27±2,74	0,03
Регулярно	28,71±2,54	10,98±1,92	< 0,001
Женщины, $\chi^2=57,953$, $p < 0,001$, $n=3$			
Не употребляют	0,95±0,67	5,69±1,48	< 0,01
Редко	24,64±2,97	53,66±3,18	< 0,001
Часто	38,86±3,36	26,42±2,81	< 0,01
Регулярно	35,55±3,30	14,23±2,23	< 0,001

Лиц, которые регулярно употребляли мясо и мясные продукты, больше среди психически здоровых людей — $57,58 \pm 2,15\%$, по сравнению с пациентами с психическими заболеваниями — $33,53 \pm 2,09\%$, в том числе в группах мужчин — $55,52 \pm 2,79\%$ по сравнению с — $35,61 \pm 2,95\%$ и женщин — $60,66 \pm 3,36\%$ по сравнению с — $31,30 \pm 2,96\%$ ($p < 0,001$). В то же время, жителей, редко употреблявших мясо и мясные продукты, больше среди пациентов с психическими заболеваниями — $27,84 \pm 1,98\%$, по сравнению с психически здоровыми людьми — $7,20 \pm 1,12\%$, в том числе в группах мужчин — $21,97 \pm 2,55\%$ по сравнению с — $7,89 \pm 1,51\%$ и женщин — $34,15 \pm 3,02\%$ по сравнению с — $6,16 \pm 1,66\%$ ($p < 0,001$). Связь между психическим здоровьем и употреблением мяса и мясных продуктов доказана с использованием метода «хи-квадрат» в общей группе (мужчины + женщины) — $\chi^2=97,517$, среди мужчин — $\chi^2=33,695$ и женщин — $\chi^2=63,818$ ($p < 0,001$). Данные в таблице 4.

Таблица 4 — Употребление мяса и мясных продуктов пациентами с психическими заболеваниями и психически здоровыми людьми (n=1038)

Частота употребления мяса и мясных продуктов	Удельный вес жителей с различным психическим здоровьем, %		p
	психически здоровые	пациенты с расстройствами психики	
Общая группа (мужчины + женщины), $\chi^2=97,517$, $p < 0,001$, $n=3$			
Не употребляют	1,32±0,50	1,77±0,58	> 0,05
Редко	7,20±1,12	27,84±1,98	< 0,001
Часто	33,90±2,06	36,86±2,14	> 0,05
Регулярно	57,58±2,15	33,53±2,09	< 0,001
Мужчины, $\chi^2=33,695$, $p < 0,001$, $n=3$			
Не употребляют	1,26±0,63	1,89±0,84	> 0,05
Редко	7,89±1,51	21,97±2,55	< 0,001
Часто	35,33±2,68	40,53±3,02	> 0,05
Регулярно	55,52±2,79	35,61±2,95	< 0,001
Женщины, $\chi^2=63,818$, $p < 0,001$, $n=3$			
Не употребляют	1,42±0,82	1,62±0,81	> 0,05
Редко	6,16±1,66	34,15±3,02	< 0,001
Часто	31,76±3,20	32,93±3,00	> 0,05
Регулярно	60,66±3,36	31,30±2,96	< 0,001

Жителей, регулярно употреблявших рыбу и рыбные продукты, больше среди психически здоровых людей — 33,52±2,05%, по сравнению с пациентами с психическими заболеваниями — 15,88±1,62%, в том числе в группах мужчин — 31,54±2,61% по сравнению с — 15,91±2,25% и женщин — 36,49±3,31% по сравнению с — 15,85±2,33% (данные статистически значимы, $p < 0,001$). Аналогичная закономерность также характерна для лиц, часто употреблявших эти продукты ($p < 0,05$). Лиц, которые редко употребляли рыбу и рыбные продукты, или не употребляли эти продукты, наоборот, больше среди пациентов с психическими заболеваниями по сравнению с психически здоровыми людьми (p от $< 0,05$ до $< 0,001$). Связь между психическим здоровьем и употреблением рыбы и рыбных продуктов доказана с использованием метода «хи-квадрат» в общей группе (мужчины + женщины) $\chi^2=89,283$, среди мужчин — $\chi^2=44,671$ и женщин — $\chi^2=45,073$ ($p < 0,001$). Данные в таблице 5.

Таблица 5 — Употребление рыбы и рыбных продуктов пациентами с психическими заболеваниями и психически здоровыми людьми (n=1038)

Частота употребления рыбы и рыбных продуктов	Удельный вес жителей с различным психическим здоровьем, %		р
	психически здоровые	пациенты с расстройствами психики	
Общая группа (мужчины + женщины), $\chi^2=89,283$, $p < 0,001$, $n=3$			
Не употребляют	1,33±0,50	3,33±0,79	0,03
Редко	23,29±1,84	48,43±2,21	< 0,001
Часто	41,86±2,15	32,35±2,07	< 0,01
Регулярно	33,52±2,05	15,88±1,62	< 0,001
Мужчины, $\chi^2=44,671$, $p < 0,001$, $n=3$			
Не употребляют	1,58±0,70	2,65±0,99	> 0,05
Редко	23,03±2,36	47,73±3,07	< 0,001
Часто	43,85±2,79	33,71±2,91	0,02
Регулярно	31,54±2,61	15,91±2,25	< 0,001
Женщины, $\chi^2=45,073$, $p < 0,001$, $n=3$			
Не употребляют	0,95±0,67	4,07±1,26	0,02
Редко	23,70±2,93	49,19±3,19	< 0,001
Часто	38,86±3,36	30,89±2,95	> 0,05
Регулярно	36,49±3,31	15,85±2,33	< 0,001

Лиц, которые регулярно употребляли морепродукты, больше среди психически здоровых людей — $11,93 \pm 1,41\%$, по сравнению с пациентами с психическими заболеваниями — $3,92 \pm 0,86\%$, в том числе в группах мужчин — $10,73 \pm 1,74\%$ по сравнению с — $3,03 \pm 1,06\%$ и женщин — $13,74 \pm 2,37\%$ по сравнению с — $4,88 \pm 1,37\%$; аналогичная закономерность также характерна для лиц, часто употреблявших эти продукты ($p < 0,001$). В то же время, жителей, не употреблявших морепродукты, больше среди пациентов с психическими заболеваниями — $38,23 \pm 2,15\%$, по сравнению с психически здоровыми людьми — $13,64 \pm 1,49\%$, в том числе в группах мужчин — $35,98 \pm 2,95\%$ по сравнению с — $13,88 \pm 1,94\%$ и женщин — $40,65 \pm 3,13\%$ по сравнению с — $13,27 \pm 2,34\%$ ($p < 0,001$). Связь между психическим здоровьем и употреблением морепродуктов доказана с использованием метода «хи-квадрат» в общей группе (мужчины + женщины) — $\chi^2=111,728$, среди мужчин — $\chi^2=52,121$ и женщин — $\chi^2=60,616$ ($p < 0,001$). Данные в таблице 6.

Таблица 6 — Употребление морепродуктов пациентами с психическими заболеваниями и психически здоровыми людьми (n=1038)

Частота употребления морепродуктов	Удельный вес жителей с различным психическим здоровьем, %		p
	психически здоровые	пациенты с расстройствами психики	
Общая группа (мужчины + женщины), $\chi^2=111,728$, $p < 0,001$, $n=3$			
Не употребляют	13,64±1,49	38,23±2,15	< 0,001
Редко	48,67±2,18	46,67±2,21	> 0,05
Часто	25,76±1,90	11,18±1,40	< 0,001
Регулярно	11,93±1,41	3,92±0,86	< 0,001
Мужчины, $\chi^2=52,121$, $p < 0,001$, $n=3$			
Не употребляют	13,88±1,94	35,98±2,95	< 0,001
Редко	50,47±2,81	48,11±3,08	> 0,05
Часто	24,92±2,43	12,88±2,06	< 0,001
Регулярно	10,73±1,74	3,03±1,06	< 0,001
Женщины, $\chi^2=60,616$, $p < 0,001$, $n=3$			
Не употребляют	13,27±2,34	40,65±3,13	< 0,001
Редко	45,97±3,43	45,12±3,17	> 0,05
Часто	27,02±3,06	9,35±1,86	< 0,001
Регулярно	13,74±2,37	4,88±1,37	< 0,001

В отличие от всех ранее перечисленных продуктов питания, сладкие продукты (конфеты, пирожные и прочие) чаще употребляют пациенты, особенно мужчины, с психическими заболеваниями, чем психически здоровые люди. Так лиц, которые часто употребляли сладкие продукты, больше среди пациентов с психическими заболеваниями — 43,92±2,20%, по сравнению с психически здоровыми людьми — 32,57±2,04%, в том числе в группе мужчин — 46,59±3,07% по сравнению с — 29,02±2,55% ($p < 0,001$). Мужчин, регулярно употреблявших сладкие продукты, также больше среди пациентов с психическими заболеваниями — 13,64±2,11%, по сравнению с психически здоровыми — 7,89±1,51% ($p < 0,05$). В то же время, лиц, редко употреблявших сладкие продукты, наоборот, больше среди психически здоровых людей — 50,95±2,18%, по сравнению с пациентами с психическими заболеваниями — 36,67±2,13%, в том числе в группе мужчин — 56,15±2,79% по сравнению с 33,71±2,91% ($p < 0,001$). В группе женщин подобные закономерности недостоверны ($p > 0,05$).

Связь между психическим здоровьем и употреблением сладких продуктов доказана с использованием метода «хи-квадрат» в общей группе (мужчины + женщины) — $\chi^2=23,016$ и среди мужчин — $\chi^2=31,717$ ($p < 0,001$). Данные в таблице 7.

Таблица 7 — Употребление сладких продуктов пациентами с психическими заболеваниями и психически здоровыми людьми (n=1038)

Частота употребления сладких продуктов	Удельный вес жителей с различным психическим здоровьем, %		p
	пациенты с расстройствами психики	психически здоровые	
Общая группа (мужчины + женщины), $\chi^2=23,016$, $p < 0,001$, $n=3$			
Не употребляют	6,67±1,10	6,82±1,10	> 0,05
Редко	36,67±2,13	50,95±2,18	< 0,001
Часто	43,92±2,20	32,57±2,04	< 0,001
Регулярно	12,74±1,48	9,66±1,29	> 0,05
Мужчины, $\chi^2=31,717$, $p < 0,001$, $n=3$			
Не употребляют	6,06±1,47	6,94±1,43	> 0,05
Редко	33,71±2,91	56,15±2,79	< 0,001
Часто	46,59±3,07	29,02±2,55	< 0,001
Регулярно	13,64±2,11	7,89±1,51	0,02
Женщины, $\chi^2=0,683$, $p > 0,05$, $n=3$			
Не употребляют	7,32±1,66	6,64±1,71	> 0,05
Редко	39,84±3,12	43,13±3,41	> 0,05
Часто	41,05±3,14	37,91±3,34	> 0,05
Регулярно	11,79±2,06	12,32±2,26	> 0,05

Несмотря на то, что сладкие продукты чаще употребляют пациенты с психическими заболеваниями, указанная закономерность не относится к мёду. Лиц, которые часто употребляли мёд, больше среди психически здоровых людей — 21,78±1,80%, по сравнению с пациентами с психическими заболеваниями — 13,73±1,52%, в том числе в группах мужчин — 20,51±2,27% по сравнению с — 12,12±2,01% и женщин — 23,70±2,93% по сравнению с — 15,45±2,30% ($p < 0,001$); аналогичная закономерность также характерна для общей группы лиц (мужчины + женщины), регулярно употреблявших мёд — 7,39±1,14% по сравнению с — 4,51±0,92% ($p < 0,05$ до $< 0,001$). В то же время, жителей, не

употреблявших мёд, больше среди пациентов с психическими заболеваниями — $25,29 \pm 1,92\%$, по сравнению с психически здоровыми людьми — $11,17 \pm 1,37\%$, в том числе в группах мужчин — $21,97 \pm 2,55\%$ по сравнению с — $8,83 \pm 1,59\%$ и женщин — $28,86 \pm 2,89\%$ по сравнению с — $14,69 \pm 2,44\%$ ($p < 0,001$). Связь между психическим здоровьем и употреблением мёда доказана с использованием метода «хи-квадрат» в общей группе (мужчины + женщины) — $\chi^2=42,048$, среди мужчин — $\chi^2=24,397$ и женщин — $\chi^2=16,733$ ($p < 0,001$).

Лиц, которые не употребляли острые продукты и блюда, больше среди пациентов с психическими заболеваниями — $19,80 \pm 1,76\%$, чем среди психически здоровых людей — $12,12 \pm 1,42\%$, в том числе в группах мужчин — $16,67 \pm 2,29\%$ по сравнению с — $10,41 \pm 1,72\%$ и женщин — $23,17 \pm 2,69\%$ по сравнению с — $14,69 \pm 2,44\%$ (p от $< 0,05$ до $< 0,001$). Связь между психическим здоровьем и употреблением острых продуктов и блюд доказана с использованием метода «хи-квадрат» в общей группе (мужчины + женщины) — $\chi^2=13,225$ ($p < 0,01$) и среди мужчин — $\chi^2=9,062$ ($p < 0,05$). Данные в таблице 8.

Таблица 8 — Употребление острых продуктов и блюд пациентами с психическими заболеваниями и психически здоровыми людьми ($n=1038$)

Частота употребления острых продуктов и блюд	Удельный вес жителей с различным психическим здоровьем, %		p
	психически здоровые	пациенты с расстройствами психики	
Общая группа (мужчины + женщины), $\chi^2=13,225$, $p < 0,01$, $n=3$			
Не употребляют	12,12±1,42	19,80±1,76	< 0,001
Редко	47,54±2,17	40,39±2,17	0,02
Часто	29,92±1,99	30,79±2,04	> 0,05
Регулярно	10,42±1,33	9,02±1,27	> 0,05
Мужчины, $\chi^2=9,062$, $p < 0,05$, $n=3$			
Не употребляют	10,41±1,72	16,67±2,29	< 0,05
Редко	47,32±2,80	36,36±2,96	< 0,01
Часто	32,18±2,62	35,99±2,95	> 0,05
Регулярно	10,09±1,69	10,98±1,92	> 0,05
Женщины, $\chi^2=6,629$, $p > 0,05$, $n=3$			
Не употребляют	14,69±2,44	23,17±2,69	< 0,02
Редко	47,87±3,44	44,72±3,17	> 0,05

Продолжение таблицы 8

Частота употребления острых продуктов и блюд	Удельный вес жителей с различным психическим здоровьем, %		p
	психически здоровые	пациенты с расстройствами психики	
Женщины, $\chi^2=6,629$, $p > 0,05$, $n=3$			
Часто	26,54±3,04	25,20±2,77	> 0,05
Регулярно	10,90±1,15	6,91±1,62	> 0,05

Таким образом, пациенты с психическими заболеваниями по сравнению с психически здоровыми людьми значительно реже употребляют основные продукты питания: свежие фрукты, овощи и ягоды, молоко и молочные продукты, творог и сыр, мясо и мясные продукты, рыбу и рыбные продукты, морепродукты, а также мёд, содержащие важные для организма вещества — белки, жиры, углеводы, микроэлементы и витамины.

С целью установления причин более редкого употребления указанных продуктов пациентами с психическими заболеваниями, была выполнена сравнительная оценка уровней доходов семей, в которых проживают данные пациенты и психически здоровые люди. Установлено, что семей с очень низкими доходами (менее 7,5 тыс. рубл. на 1 члена семьи) в 2,7 раза больше в тех случаях, когда членами семей являются пациенты с психическими заболеваниями, по сравнению с семьями, где проживают психически здоровые люди ($p < 0,001$). В то же время, для семей с психически здоровыми людьми, по сравнению с семьями, в которых проживали пациенты с психическими заболеваниями, в значительной степени более характерен высокий уровень дохода (более 22,5 тыс. рубл. на 1 члена семьи), выявленные различия в 5,5 раза статистически значимы ($p < 0,001$). Связь между психическим здоровьем и уровнем доходов на 1 члена семьи доказана с использованием метода «хи-квадрат» в общей группе (мужчины + женщины) — $\chi^2=149,006$, среди мужчин — $\chi^2=70,055$ и женщин — $\chi^2=76,072$ ($p < 0,001$).

Таким образом, для семей пациентов с расстройствами психики по сравнению с психически здоровыми, характерны более низкие доходы, более

низкий уровень жизни, а, следовательно, не высокая покупательная способность в приобретении продуктов питания. Так же с использованием корреляционного анализа выполнена оценка связи между уровнем доходов жителей и частотой употребления различных продуктов питания. В результате установлена слабая прямая статистически значимая корреляционная связь между доходами на 1 члена семьи, в которых проживают пациенты с психическими заболеваниями и кратностью употребления следующих продуктов питания: свежие фрукты, овощи и ягоды — $r=+0,148$, молоко и молочные продукты — $r=+0,097$, творог и сыр — $r=+0,141$, мясо и мясные продукты — $r=+0,229$, рыба и рыбные продукты — $r=+0,132$, морепродукты — $r=+0,193$, мёд — $r=+0,119$, а также острые продукты и блюда — $r=+0,171$ ($p < 0,05$). В то же время, в семьях с психически здоровыми людьми, статистически значимая связь между доходами на 1 члена семьи и кратностью употребления продуктов питания выявлена только в отношении мяса и мясных продуктов — $r=+0,130$ ($p < 0,05$). А в отношении остальных продуктов статистически значимая связь не обнаружена ($p > 0,05$). Полученные результаты исследований свидетельствуют о недостаточном употреблении основных продуктов питания пациентами с психическими заболеваниями в связи с низкими доходами. В то же время, уровень доходов существенно не отражается на решении вопроса приобретения и употребления пациентами с психическими заболеваниями сладких продуктов (пирожные, торты, печенье, конфеты и прочие), за исключением мёда, то есть указанные лица отдают первоочередное предпочтение этим продуктам. По нашему мнению, сладкие продукты оказывают положительное влияние на психологическое состояние, настроение пациентов с расстройствами психики, поэтому употребление сладостей может рассматриваться как одно из проявлений компенсации отклонений в душевном равновесии людей. Мёд реже употребляют пациенты с психическими заболеваниями, чем психически здоровые люди, по-видимому, в связи со значительной стоимостью этого продукта при низких доходах пациентов.

Физическая активность. Занятия утренней гимнастикой и/или спортом, связанным с физической нагрузкой, закаливание, пешие прогулки

Важной составной частью здорового образа жизни является физическая активность. В результате проведенных исследований установлено, что удельный вес жителей общей группы (мужчины + женщины), которые не занимались утренней гимнастикой и/или спортом, связанным с физической нагрузкой, выше в группе пациентов с расстройствами психики и поведения — $59,61 \pm 2,17\%$ по сравнению с психически здоровыми людьми — $23,11 \pm 1,83\%$ (данные статистически значимы, $p < 0,001$). Аналогичные различия выявлены также среди мужчин — $55,68 \pm 3,06\%$ по сравнению с — $17,03 \pm 2,11\%$ и среди женщин — $63,82 \pm 3,06\%$ по сравнению с — $32,23 \pm 3,22\%$ ($p < 0,001$).

В то же время, жителей, регулярно занимавшихся утренней гимнастикой и/или спортом, связанным с физической нагрузкой, наоборот больше среди психически здоровых лиц — $28,41 \pm 1,96\%$ по сравнению с пациентами с психическими заболеваниями — $13,33 \pm 1,51\%$ ($p < 0,001$). Соответствующие различия выявлены также среди мужчин — $32,81 \pm 2,64\%$ по сравнению с — $14,77 \pm 2,18\%$ ($p < 0,001$) и среди женщин — $21,80 \pm 2,84\%$ по сравнению с — $11,79 \pm 2,06\%$ ($p = 0,005$).

Связь между психическим здоровьем и занятием утренней гимнастикой и/или спортом, связанным с физической нагрузкой, доказана с использованием метода «хи-квадрат» в общей группе (мужчины + женщины) — $\chi^2 = 143,631$, среди мужчин — $\chi^2 = 96,225$ и женщин — $\chi^2 = 45,363$ ($p < 0,001$). Полученные данные приведены в таблице 9.

Таблица 9 — Занятия утренней гимнастикой и/или спортом, связанным с физической нагрузкой, психически здоровыми людьми и пациентами с расстройствами психики (n=1038)

Занятия утренней гимнастикой и/или спортом, связанным с физической нагрузкой	Удельный вес жителей с различным психическим здоровьем, %		Различия между группами, t / p
	психически здоровые	пациенты с расстройствами психики	
Общая группа (мужчины + женщины), $\chi^2=143,621$, $p < 0,001$, $n=2$			
Не занимались	23,11±1,83	59,61±2,17	< 0,001
Занимались не регулярно	48,48±2,18	27,06±1,97	< 0,001
Занимались регулярно	28,41±1,96	13,33±1,51	< 0,001
Мужчины, $\chi^2=96,225$, $p < 0,001$, $n=2$			
Не занимались	17,03±2,11	55,68±3,06	< 0,001
Занимались не регулярно	50,16±2,81	29,55±2,81	< 0,001
Занимались регулярно	32,81±2,64	14,77±2,18	< 0,001
Женщины, $\chi^2=45,363$, $p < 0,001$, $n=2$			
Не занимались	32,23±3,22	63,82±3,06	< 0,001
Занимались не регулярно	45,97±3,43	24,39±2,74	< 0,001
Занимались регулярно	21,80±2,84	11,79±2,06	0,005

Жителей, не проводивших процедуры по закаливанию организма, больше среди пациентов с расстройствами психики — 69,41±2,04% по сравнению с психически здоровыми лицами — 49,81±2,18% ($p < 0,001$). Аналогичные различия выявлены в группах мужчин — 67,43±2,88% по сравнению с — 42,27±2,77% ($p < 0,001$) и среди женщин — 71,54±2,88% по сравнению с — 61,14±3,36% ($p = 0,019$).

Людей, которые регулярно проводили закаливание организма, больше среди психически здоровых лиц — 10,04±1,31% по сравнению с пациентами с расстройствами психики и поведения — 4,12±0,88% ($p < 0,001$). Соответствующие различия статистически значимы также в группе мужчин — 32,81±2,64% по сравнению с — 5,30±1,38% ($p = 0,002$).

Связь между психическим здоровьем и закаливанием организма доказана с использованием метода «хи-квадрат» в общей группе (мужчины + женщины) — $\chi^2=44,047$ ($p < 0,001$), среди мужчин — $\chi^2=37,649$ ($p < 0,001$) и женщин — $\chi^2=6,674$ ($p = 0,035$). Данные приведены в таблице 10.

Таблица 10 — Закаливание организма психически здоровыми лицами и пациентами с расстройствами психики (n=1038)

Закаливание организма	Удельный вес жителей с различным психическим здоровьем, %		Различия между группами, t / p
	психически здоровые	пациенты с расстройствами психики	
Общая группа (мужчины + женщины), $\chi^2=44,047$, $p < 0,001$, $n=2$			
Не занимались	49,81±2,18	69,41±2,04	< 0,001
Занимались не регулярно	40,15±2,13	25,47±1,95	< 0,001
Занимались регулярно	10,04±1,31	4,12±0,88	< 0,001
Мужчины, $\chi^2=37,649$, $p < 0,001$, $n=2$			
Не занимались	42,27±2,77	67,43±2,88	< 0,001
Занимались не регулярно	45,11±2,79	27,27±2,74	< 0,001
Занимались регулярно	12,62±1,87	5,30±1,38	0,002
Женщины, $\chi^2=6,674$, $p = 0,035$, $n=2$			
Не занимались	61,14±3,36	71,54±2,88	0,019
Занимались не регулярно	32,70±3,23	25,61±2,78	> 0,05
Занимались регулярно	5,16±1,66	2,85±1,06	> 0,05

Жителей, которые редко совершали пешие прогулки и/или работу на открытом воздухе, больше в группе пациентов с расстройствами психики и поведения — 32,75±2,08% по сравнению с психически здоровыми лицами — 10,04±1,31% ($p < 0,001$). Соответствующие различия выявлены в группах мужчин — 31,44±2,86% по сравнению с — 10,09±1,69% и среди женщин — 34,15±3,02% по сравнению с — 9,96±2,06% ($p < 0,001$).

Лиц, регулярно и длительно совершавших пешие прогулки и/или работу на открытом воздухе, больше среди психически здоровых жителей — 52,27±2,17% по сравнению с пациентами с расстройствами психики — 25,88±1,94% ($p < 0,001$). Аналогичные различия статистически значимы также в группах мужчин — 57,10±2,78% по сравнению с — 29,17±2,80% и женщин — 45,02±3,43% по сравнению с — 22,36±2,66% ($p < 0,001$).

Связь между психическим здоровьем и пешими прогулками, а также работой на открытом воздухе доказана с использованием метода «хи-квадрат» в общей группе (мужчины + женщины) — $\chi^2=109,938$, среди мужчин — $\chi^2=60,206$ и женщин — $\chi^2=46,773$ ($p < 0,001$). Данные в таблице 11.

Таблица 11 — Выполнение пеших прогулок и/или работы на открытом воздухе психически здоровыми лицами и пациентами с расстройствами психики (n=1038)

Пешие прогулки и работа на открытом воздухе	Удельный вес жителей с различным психическим здоровьем, %		Различия между группами, t / p
	психически здоровые	пациенты с расстройствами психики	
Общая группа (мужчины + женщины), $\chi^2=109,938$, p < 0,001, n=2			
Редко	10,04±1,31	32,75±2,08	< 0,001
Периодически	37,69±2,11	41,37±2,18	> 0,05
Регулярно и длительно	52,27±2,17	25,88±1,94	< 0,001
Мужчины, $\chi^2=60,206$, p < 0,001, n=2			
Редко	10,09±1,69	31,44±2,86	< 0,001
Периодически	32,81±2,64	39,39±3,01	> 0,05
Регулярно и длительно	57,10±2,78	29,17±2,80	< 0,001
Женщины, $\chi^2=46,773$, p < 0,001, n=2			
Редко	9,96±2,06	34,15±3,02	< 0,001
Периодически	45,02±3,43	43,49±3,16	> 0,05
Регулярно и длительно	45,02±3,43	22,36±2,66	< 0,001

Таким образом, среди пациентов с расстройствами психики и поведения по сравнению с психически здоровыми людьми, меньше лиц, которые регулярно занимались утренней гимнастикой и/или спортом, связанным с физической нагрузкой, закаливанием организма и выполняли пешие прогулки и/или работу на открытом воздухе. Следовательно, для пациентов с психическими расстройствами по сравнению с психически здоровыми лицами характерен более низкий уровень физической активности. Это обусловлено в основном определенными особенностями клинического проявления психических заболеваний, для которых характерны замкнутость, отсутствие инициативы и побуждений к деятельности. Определенное, хотя и не решающее значение в формировании низкой физической активности пациентов, страдающих психическими расстройствами, могут оказывать факторы сравнительно невысокого, по сравнению с психически здоровыми людьми, материально-жилищного уровня жизни. Низкая физическая активность, безусловно, оказывает негативное влияние на организм пациентов с расстройствами психики и

поведения и рассматривается как фактор, отягощающий течение патологического процесса.

Вредные привычки. Активное и пассивное курение

В результате проведенных исследований установлено, что удельный вес жителей общей группы (мужчины + женщины), которые активно не курили, выше в группе психически здоровых лиц — $62,69 \pm 2,10\%$, по сравнению с пациентами с расстройствами психики и поведения — $56,28 \pm 2,20\%$ ($p = 0,035$). Аналогичные различия выявлены также среди мужчин — $56,15 \pm 2,79\%$ по сравнению с — $40,91 \pm 3,03\%$ ($p < 0,001$).

В то же время, часто куривших жителей, наоборот, больше среди лиц с расстройствами психики — $31,76 \pm 2,06\%$ по сравнению с психически здоровыми людьми — $16,29 \pm 1,61\%$ ($p < 0,001$). Соответствующие различия статистически значимы среди мужчин — $45,45 \pm 3,06\%$ по сравнению с — $19,87 \pm 2,24\%$ ($p < 0,001$).

Редко куривших жителей, также больше среди психически здоровых лиц — $21,02 \pm 1,77\%$ по сравнению с пациентами с расстройствами психики и поведения — $11,96 \pm 1,44\%$ ($p < 0,001$). Аналогичные различия статистически значимы среди мужчин — $23,98 \pm 2,40\%$ по сравнению с — $13,64 \pm 2,11\%$ ($p < 0,001$) и среди женщин — $16,59 \pm 2,56\%$ по сравнению с — $10,16 \pm 1,93\%$ ($p = 0,046$).

Связь между активным курением и психическим здоровьем населения доказана с использованием метода «хи-квадрат» в общей группе (мужчины + женщины) — $\chi^2=40,658$, среди мужчин — $\chi^2=44,710$ и женщин — $\chi^2=21,341$ ($p < 0,001$). Полученные данные приведены в таблице 12.

Таблица 12 — Активное курение психически здоровыми лицами и пациентами с расстройствами психики (n=1038)

Активное курение	Удельный вес жителей с различным психическим здоровьем, %		p
	психически здоровые	пациенты с расстройствами психики	
Общая группа (мужчины + женщины), $\chi^2=40,658$, $p < 0,001$, $n=2$			
Не курили	62,69±2,10	56,28±2,20	0,035
Курили редко	21,02±1,77	11,96±1,44	< 0,001
Курили часто	16,29±1,61	31,76±2,06	< 0,001
Мужчины, $\chi^2=44,710$, $p < 0,001$, $n=2$			
Не курили	56,15±2,79	40,91±3,03	< 0,001
Курили редко	23,98±2,40	13,64±2,11	< 0,001
Курили часто	19,87±2,24	45,45±3,06	< 0,001
Женщины, $\chi^2=21,341$, $p < 0,001$, $n=2$			
Не курили	72,51±3,07	72,77±2,84	> 0,05
Курили редко	16,59±2,56	10,16±1,93	0,046
Курили часто	10,90±2,15	17,07±2,40	> 0,05

В отличие от активного курения, пассивным курением называется процесс вдыхания побочного или вторичного табачного дыма вместе с воздухом людьми, которые находятся вблизи курящего человека. Это обусловлено тем, что в процессе курения сигарет или папирос около половины дыма уходит в окружающую среду и становится угрозой для здоровья окружающих.

В результате исследования было выявлено, что удельный вес жителей, не подвергавшихся пассивному курению, выше среди психически здоровых лиц — 71,97±1,95% по сравнению с пациентами с расстройствами психики и поведения — 65,88±2,10% ($p = 0,034$). Аналогичные различия наиболее выражены в группе мужчин — 79,50±2,27% по сравнению с — 66,29±2,91% ($p < 0,001$). При этом людей, которые подвергались пассивному курению, больше среди лиц с расстройствами психики — 34,12±2,10% по сравнению с психически здоровыми — 28,03±1,95%. Соответствующие различия выражены в группе мужчин — 33,71±2,91% по сравнению с — 20,50±2,27% ($p < 0,001$).

Связь между пассивным курением и психическим здоровьем также доказана с использованием метода «хи-квадрат» в общей группе (мужчины +

женщины) — $\chi^2=4,493$ ($p = 0,034$) и среди мужчин — $\chi^2=12,898$ ($p < 0,001$). Данные приведены в таблице 13.

Таблица 13 — Пассивное курение психически здоровыми лицами и пациентами с расстройствами психики ($n=1038$)

Пассивное курение	Удельный вес жителей с различным психическим здоровьем, %		p
	психически здоровые	пациенты с расстройствами психики	
Общая группа (мужчины + женщины), $\chi^2=4,493$, p = 0,034, n=1			
Курению не подвергались	71,97±1,95	65,88±2,10	0,034
Курению подвергались	28,03±1,95	34,12±2,10	0,034
Мужчины, $\chi^2=12,898$, p < 0,001, n=1			
Курению не подвергались	79,50±2,27	66,29±2,91	< 0,001
Курению подвергались	20,50±2,27	33,71±2,91	< 0,001
Женщины, $\chi^2=1,118$, p > 0,05, n=1			
Курению не подвергались	60,66±3,36	65,45±3,03	> 0,05
Курению подвергались	39,34±3,36	34,55±3,03	> 0,05

Употребление алкоголя

В процессе распределения граждан в зависимости от фактора употребления спиртного в группу I отнесены те лица, которые обычно употребляли крепкие спиртные напитки (содержащие более 20% алкоголя) в количестве 100 мл и более 1 раз или чаще в течение 1 месяца и /или легкие спиртные напитки в количестве 300 мл и более за указанный период; в группу II включены лица, которые обычно употребляли легкие напитки в количестве менее 300 мл реже 1 раза в месяц и при этом не употребляли крепкие спиртные напитки; представители группы III не употребляли спиртного.

В результате исследования установлено, что удельный вес лиц, которые не употребляли спиртные напитки, выше в группе пациентов с расстройствами психики и поведения — 62,74±2,14% по сравнению с психически здоровыми людьми — 36,36±2,09% ($p < 0,001$). Соответствующие различия выявлены также в группах мужчин — 50,00±3,08% по сравнению с — 39,12±2,74% ($p = 0,009$) и среди женщин — 76,42±2,71% по сравнению с — 32,23±3,22% ($p < 0,001$).

Жителей, редко употреблявших легкие спиртные напитки, больше среди психически здоровых лиц — $56,25 \pm 2,16\%$ по сравнению с лицами, страдающими расстройствами психики — $27,65 \pm 1,98\%$ ($p < 0,001$). Аналогичные различия статистически значимы среди мужчин — $53,63 \pm 2,80\%$ по сравнению с — $33,33 \pm 2,90\%$ и среди женщин — $60,19 \pm 3,37\%$ по сравнению с — $21,55 \pm 2,62\%$ ($p < 0,001$).

Удельный вес мужчин, которые часто употребляли спиртное, выше в группе пациентов с расстройствами психики и поведения — $16,67 \pm 2,29\%$ по сравнению с психически здоровыми людьми — $7,25 \pm 1,46\%$ ($p < 0,001$). В то же время, женщин, часто употреблявших спиртное, наоборот, больше в группе психически здоровых лиц — $7,58 \pm 1,82\%$ по сравнению с пациентками, страдающими расстройствами психики — $2,03 \pm 0,90\%$ ($p = 0,007$).

Связь между психическим здоровьем и употреблением спиртного также доказана с использованием метода «хи-квадрат» в общей группе (мужчины + женщины) — $\chi^2=245,941$, среди мужчин — $\chi^2=28,295$ и женщин — $\chi^2=90,283$ ($p < 0,001$). Данные в таблице 14.

Таблица 14 — Употребление алкогольных напитков психически здоровыми лицами и пациентами с психическими расстройствами (n=1038)

Употребление алкогольных напитков	Удельный вес жителей с различным психическим здоровьем, %		p
	психически здоровые	пациенты с расстройствами психики	
Общая группа (мужчины + женщины), $\chi^2=245,941$, p < 0,001, n=2			
Спиртное не употребляли	36,36±2,09	62,74±2,14	< 0,001
Употребляли редко	56,25±2,16	27,65±1,98	< 0,001
Употребляли часто	7,39±1,14	9,61±1,31	> 0,05
Мужчины, $\chi^2=28,295$, p < 0,001, n=2			
Спиртное не употребляли	39,12±2,74	50,00±3,08	0,009
Употребляли редко	53,63±2,80	33,33±2,90	< 0,001
Употребляли часто	7,25±1,46	16,67±2,29	< 0,001
Женщины, $\chi^2=90,283$, p < 0,001, n=2			
Спиртное не употребляли	32,23±3,22	76,42±2,71	< 0,001
Употребляли редко	60,19±3,37	21,55±2,62	< 0,001
Употребляли часто	7,58±1,82	2,03±0,90	0,007

Употребление наркотических или без назначения врача психотропных веществ

Были получены данные о том, что жителей, которые не употребляли наркотических или без назначения врача психотропных веществ, больше в группе психически здоровых лиц — $99,24 \pm 0,38\%$ по сравнению с пациентами с расстройствами психики и поведения — $93,33 \pm 1,10\%$ ($p < 0,001$). Аналогичные различия статистически значимы в группе мужчин — $99,36 \pm 0,44\%$ по сравнению с — $88,64 \pm 1,95\%$ ($p < 0,001$).

При этом удельный вес лиц, которые ранее употребляли наркотические или без назначения врача психотропные вещества, наоборот, выше в группе пациентов с расстройствами психики и поведения — $5,49 \pm 1,01\%$ по сравнению с психически здоровыми людьми — $0,38 \pm 0,27\%$, то есть в 14,4 раза ($p < 0,001$). Аналогичные различия статистически значимы также в группах мужчин — $9,85 \pm 1,83\%$ по сравнению с — $0,32 \pm 0,31\%$, то есть в 30,8 раза ($p < 0,001$).

Связь между употреблением наркотических или без назначения врача психотропных веществ и психическим здоровьем доказана с использованием метода «хи-квадрат» в общей группе (мужчины + женщины) — $\chi^2=26,533$ и среди мужчин — $\chi^2=32,333$. Данные в таблице 15.

Таблица 15 — Употребление наркотических или без назначения врача психотропных веществ психически здоровыми лицами и пациентами с психическими расстройствами (n=1038)

Употребление наркотических или без назначения врача психотропных веществ	Удельный вес жителей с различным психическим здоровьем, %		p
	психически здоровые	пациенты с расстройствами психики	
Общая группа (мужчины + женщины), $\chi^2=26,533$, p < 0,001, n=2			
Вещества не употребляли	99,24±0,38	93,33±1,10	< 0,001
Употребляли ранее	0,38±0,27	5,49±1,01	< 0,001
Употребляют	0,38±0,27	1,18±0,48	> 0,05
Мужчины, $\chi^2=32,333$, p < 0,001, n=2			
Вещества не употребляли	99,36±0,44	88,64±1,95	< 0,001
Употребляли ранее	0,32±0,31	9,85±1,83	< 0,001

Продолжение таблицы 15

Употребление наркотических или без назначения врача психотропных веществ	Удельный вес жителей с различным психическим здоровьем, %		p
	психически здоровые	пациенты с расстройствами психики	
Мужчины, $\chi^2=32,333$, p < 0,001, n=2			
Употребляют	0,32±0,31	1,51±0,75	> 0,05
Женщины, $\chi^2=0,403$, p > 0,05, n=2			
Вещества не употребляли	99,06±0,67	98,38±0,81	> 0,05
Употребляли ранее	0,47±0,47	0,81±0,57	> 0,05
Употребляют	0,47±0,47	0,81±0,57	> 0,05

Таким образом, установлено, что среди психически здоровых людей по сравнению с пациентами с расстройствами психики и поведения выше удельный вес лиц, которые активно не курили, не подвергались пассивному курению и не употребляли наркотические или без назначения врача психотропные вещества. Среди пациентов с расстройствами психики и поведения по сравнению с психически здоровыми людьми, наоборот, больше лиц, которые активно и часто курили, подвергались пассивному курению и употребляли наркотические или без назначения врача психотропные вещества. В наибольшей степени указанная закономерность характерна для мужчин. Это обусловлено в основном определенными особенностями клинического проявления психических заболеваний. Пациенты с расстройствами психики и поведения используют курение, а также прием наркотических и психотропных веществ для улучшения настроения, общего самочувствия, снижения тревожности и улучшения сна. В случае заболеваний психотического уровня употребление психоактивных веществ может на некоторое время ослаблять актуальность галлюцинаторно-бредовых переживаний. Особое внимание обращено на то обстоятельство, что в группе пациентов с расстройствами психики и поведения, по сравнению с психически здоровыми людьми в 14,4 раза больше лиц, которые ранее употребляли наркотические или без назначения врача психотропные вещества. При этом среди мужчин указанное различие составляет 30,8 раза. Полученные результаты указывают на то, что употребление жителями, особенно мужчинами,

наркотических и без назначения врача психотропных веществ является значимым фактором, провоцирующим формирование расстройств психики и поведения.

Что касается употребления спиртных напитков, то отказ от их приема в 1,7 раза выше в общей группе пациентов с расстройствами психики и поведения (в том числе, в 1,3 раза выше среди мужчин и в 2,4 раза среди женщин), по сравнению с психически здоровыми людьми. Это можно объяснить фактом соблюдения запрета по медицинским показаниям врача психиатра употреблять напитки, содержащие алкоголь, пациентами с расстройствами психики, особенно в стадии обострения у них болезни и в случае приема определенной группы лекарственных средств. В наибольшей мере это требование соблюдают женщины, в группе которых пациентов с расстройствами психики и поведения, часто употреблявших спиртное, в 3,7 раза меньше по сравнению с психически здоровыми женщинами. В то же время, мужчин, часто употреблявших спиртное, наоборот, в 2,3 раза больше в группе пациентов с расстройствами психики и поведения по сравнению с психически здоровыми людьми. Активное и пассивное курение, а также употребление спиртных напитков, следует рассматривать как фактор, отягощающий течение патологического процесса у пациентов с расстройствами психики и поведения.

Режим жизнедеятельности. Режим дня

Установлено, что удельный вес жителей, которые не соблюдали режим дня, выше в группе пациентов с расстройствами психики и поведения — $66,40 \pm 2,09\%$ по сравнению с психически здоровыми людьми — $51,23 \pm 2,17\%$. Данные статистически значимы ($p < 0,001$, $\chi^2 = 24,64$). Аналогичные различия выявлены также среди мужчин — $67,04 \pm 2,89\%$ по сравнению с — $50,47 \pm 2,80\%$ и среди женщин — $63,45 \pm 3,07\%$ по сравнению с — $52,60 \pm 3,43\%$ ($p < 0,001$).

Режим сна. Время отхода ко сну

Отходили ко сну: с 18.00 до 21.00 — $12,29 \pm 1,43\%$ психически здоровых лиц и $27,11 \pm 1,97\%$ пациентов с расстройствами психики; с 21.30 до 23.00 — $79,21 \pm 1,77\%$ психически здоровых лиц и $61,69 \pm 2,15\%$ пациентов с

расстройствами психики; с 23.05 и позже — $8,51 \pm 1,21\%$ психически здоровых лиц и $11,20 \pm 1,40\%$ пациентов с расстройствами психики ($p < 0,001$, $\chi^2=42,33$). Таким образом, лиц, которые несвоевременно (после 23.00 часов) отходили ко сну, больше среди пациентов с расстройствами психики и поведения, по сравнению с психически здоровыми лицами. Аналогичные различия выявлены среди мужчин — $13,63 \pm 2,11\%$, по сравнению с — $9,15 \pm 1,61\%$ и среди женщин — $8,54 \pm 1,78\%$ по сравнению с — $7,58 \pm 1,82\%$ ($p < 0,001$).

Продолжительность сна составляла 3-6,5 часов — у $14,15 \pm 1,51\%$ психически здоровых лиц и у $18,90 \pm 1,73\%$ пациентов с расстройствами психики; 7-9,5 часов — у $85,85 \pm 1,52\%$ психически здоровых лиц и у $65,78 \pm 2,10\%$ пациентов с расстройствами психики; 10-14 часов — у 0% психически здоровых лиц и у $15,32 \pm 2,54\%$ пациентов с расстройствами психики. Данные статистически значимы ($p < 0,001$, $\chi^2=88,42$). Таким образом, лиц, которые имели низкую продолжительность сна (менее 7 часов), больше среди пациентов с расстройствами психики и поведения, по сравнению с психически здоровыми лицами. Аналогичные различия выявлены среди мужчин — $18,56 \pm 2,39\%$, по сравнению с — $12,62 \pm 1,86\%$ и женщин — $20,73 \pm 2,58\%$ по сравнению с — $15,16 \pm 2,47\%$ ($p < 0,001$).

Лиц, которые допускали полифазный (дробный сон), то есть сон более 1 раза в сутки, было больше среди пациентов с расстройствами психики и поведения — $54,42 \pm 2,21\%$, по сравнению с психически здоровыми людьми — $37,24 \pm 2,10\%$. Данные статистически значимы ($p < 0,001$, $\chi^2=30,86$). Аналогичные различия выявлены среди мужчин — $56,06 \pm 3,05\%$, по сравнению с — $35,01 \pm 2,68\%$ и женщин — $52,44 \pm 3,18\%$ по сравнению с — $40,76 \pm 3,38\%$ ($p < 0,001$).

Следовательно, пациенты с расстройствами психики (как мужчины, так и женщины), по сравнению с психически здоровыми людьми чаще не соблюдали режим дня, несвоевременно ложились спать и имели низкую продолжительность сна, что может быть связано с особенностями течения психических заболеваний,

для которых характерны инсомнические нарушения в виде бессонницы, частых пробуждений, нарушений длительности и качества сна. Несоблюдение режима дня так же можно рассматривать как фактор, отягощающий течение патологического процесса у лиц, страдающих расстройствами психики и поведения.

Условия и площадь проживания

В настоящее время особо актуальна проблема влияния места и условий проживания на психическое состояние человека. Такие характеристики жилья как замкнутость или открытость, усложненность или геометрическая простота, направленность или центричность пространственных элементов среды, оказывают устойчивое эмоциональное воздействие на жителей. Пространство проживания в зависимости от интерьера, может восприниматься враждебным или уютным, неприятным или комфортным, разнообразным или монотонным, обладающим множеством других значений и вызывающим разнообразный спектр эмоций. Например, низкий потолок может «давить» нависшей тяжестью и создавать ощущение тесноты, внутреннего напряжения, беспокойства. Вертикальные линии воспринимаются с напряжением, горизонтальные — дают чувство покоя и безопасности, кривые и ломаные линии могут вызывать агрессию и резкость [242-244]. Цвета оранжево-красного спектра оказывают возбуждающее действие на центральную нервную систему, увеличивают частоту сердечных сокращений и повышают давление; синий цвет успокаивает, серый цвет нейтрален, тем не менее, способствует меланхолии; желтый — поднимает настроение и активизирует работу мозга; зеленый снимает нервную и зрительную усталость [245].

Некоторые исследования посвящены гигиенической оценке загрязнения воздуха жилых помещений вредными веществами и их влиянию на состояние здоровья населения. Отмечено, что одним из источников загрязнения воздуха жилых помещений являются автотранспортные средства. Отработавшие газы автомашин (оксид углерода, диоксид и оксид азота, диоксид серы, сажа,

полициклические ароматические углеводороды) проникают в квартиры через открытые окна и форточки, неплотности оконных проемов. Доказано, что ориентация окон квартир по отношению к источникам загрязнения атмосферного воздуха (в данном случае к автомагистралям или во внутренний двор) имеет важное гигиеническое значение [246, 247]. В квартиры с окнами, обращенными на автомагистраль, кроме отработавших газов автомашин проникает шум, что является дополнительным фактором беспокойства жильцов.

В результате проведенных исследований установлено, что в группе психически здоровых женщин больше лиц, проживающих в квартирах, окна которых обращены во внутренний двор — $73,93 \pm 3,02\%$, по сравнению с пациентами с диагнозами психических заболеваний — $65,04 \pm 3,04\%$ ($p < 0,05$). Полученные данные можно объяснить тем, что жители, особенно женщины, проживающие в квартирах с окнами во внутренний двор, находятся в более благоприятных гигиенических, экологических и психологических условиях, по сравнению с жильцами квартир с окнами в сторону автомагистралей. Магистрали с движущимися автотранспортными средствами являются практически постоянными источниками загрязнения атмосферного воздуха компонентами отработавших газов и шумового воздействия. Указанные факторы оказывают прямое и опосредованное влияние на организм, включая центральную нервную систему (ЦНС) и психическое состояние. В то же время, для мужчин указанная закономерность не характерна. Следовательно, женщины более чувствительны к вредному влиянию автотранспорта на психическое здоровье.

Согласно полученным данным, среди психически здоровых жителей больше лиц, проживающих в индивидуальных жилых домах — $44,32 \pm 2,16\%$, по сравнению с пациентами с диагнозами психических заболеваний — $33,33 \pm 2,09\%$ ($p < 0,001$). Указанные различия статистически значимы также среди мужчин — $47,00 \pm 2,80\%$, по сравнению с — $33,33 \pm 2,90\%$ ($p < 0,001$). В то же время, в группе пациентов с диагнозами психических заболеваний, наоборот, выше удельный вес лиц, которые проживали в многоэтажных коллективных жилых домах —

58,43±2,18%, по сравнению с психически здоровыми людьми — 47,16±1,17% ($p < 0,001$). Указанные различия статистически значимы также среди мужчин — 57,58±3,04%, по сравнению с — 46,06±2,80% ($p < 0,01$) и женщин — 59,35±3,13%, по сравнению с — 48,82±3,44% ($p < 0,001$). Полученные данные в таблице 16.

Таблица 16 — Психическое здоровье населения, проживающего в различных жилых помещениях (n=1038)

Жилые помещения	Удельный вес жителей с различным психическим здоровьем, %		p
	психически здоровые	пациенты с расстройствами психики	
Общая группа (мужчины + женщины)			
Индивидуальный жилой дом	44,32±2,16	33,33±2,09	< 0,001
Многоэтажный коллективный жилой дом	47,16±1,17	58,43±2,18	< 0,001
Съемная квартира	6,44±1,07	5,69±1,03	> 0,05
Общежитие	2,08±0,62	2,55±0,70	> 0,05
Мужчины			
Индивидуальный жилой дом	47,00±2,80	33,33±2,90	< 0,001
Многоэтажный коллективный жилой дом	46,06±2,80	57,58±3,04	< 0,01
Съемная квартира	5,05±1,23	6,44±1,51	> 0,05
Общежитие	1,89±0,77	2,65±0,99	> 0,05
Женщины			
Индивидуальный жилой дом	40,28±3,38	33,33±3,01	> 0,05
Многоэтажный коллективный жилой дом	48,82±3,44	59,35±3,13	< 0,05
Съемная квартира	8,53±1,92	4,88±1,37	> 0,05
Общежитие	2,37±1,05	2,44±0,98	> 0,05

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что проживание в индивидуальных жилых домах оказывает более благоприятное влияние на психическое здоровье населения, по сравнению с многоэтажными коллективными жилыми домами. Это можно объяснить большей изоляцией (уединением) жителей индивидуальных домов от жильцов из других

семей. Для лиц, проживающих в многоквартирных домах, более характерно воздействие следующих негативных факторов: посторонних шумов со всех сторон от соседних квартир (разговоры и крики, шум от звуковоспроизводящей аппаратуры и коммуникаций, стук дверей и прочие), а также уличный шум, риск затопления жилья водой или стоками, неприятные запахи различной природы, более частые нежелательные контакты с другими жильцами дома, риск возникновения пожаров, взрывов газа по вине соседей и другие.

Установлено, что в группе психически здоровых жителей больше лиц, проживающих на первом этаже — $54,73 \pm 2,17\%$, по сравнению с пациентами с диагнозами психических заболеваний — $41,18 \pm 2,18\%$ ($p < 0,001$). Это во многом обусловлено проживанием психически здоровых лиц в индивидуальных (а, следовательно, обычно одноэтажных) жилых домах. В то же время, среди пациентов с расстройствами психики и поведения, наоборот больше лиц, которые проживали на четвертом и пятом этажах многоэтажных коллективных жилых домов — $21,76 \pm 1,83\%$, чем в группе психически здоровых жителей — $14,02 \pm 1,51\%$ ($p < 0,01$). Указанные различия статистически значимы также среди мужчин — $23,11 \pm 2,59\%$, по сравнению с — $12,30 \pm 1,84\%$ ($p < 0,001$). Влияние этажа расположения квартир в многоэтажных жилых домах на психическое здоровье населения подтверждается также с использованием метода «хи-квадрат» в общей группе (мужчины + женщины) — $\chi^2=21,316$ ($p < 0,01$) и среди мужчин — $\chi^2=18,868$ ($p < 0,01$). Данные в таблице 17.

Таблица 17 — Психическое здоровье населения, проживающего на различных этажах жилых домов (n=1038)

Этаж проживания	Удельный вес жителей с различным психическим здоровьем, %		p
	психически здоровые	пациенты с расстройствами психики	
Общая группа (мужчины + женщины), $\chi^2=21,316$, $p < 0,01$, $n=3$			
Первый этаж	54,73±2,17	41,18±2,18	< 0,001
Второй и третий этажи	19,70±1,73	23,92±1,89	> 0,05

Продолжение таблицы 17

Этаж проживания	Удельный вес жителей с различным психическим здоровьем, %		p
	психически здоровые	пациенты с расстройствами психики	
Общая группа (мужчины + женщины), $\chi^2=21,316$, $p < 0,01$, $n=3$			
Четвертый и пятый этажи	14,02±1,51	21,76±1,83	< 0,01
Шестой и более этажи	11,55±1,39	13,14±1,50	> 0,05
Мужчины, $\chi^2=18,868$, $p < 0,01$, $n=3$			
Первый этаж	56,15±2,79	40,53±3,02	< 0,001
Второй и третий этажи	18,93±2,20	24,24±2,64	> 0,05
Четвертый и пятый этажи	12,30±1,84	23,11±2,59	< 0,001
Шестой и более этажи	12,62±1,87	12,12±2,01	> 0,05
Женщины			
Первый этаж	52,61±3,44	41,87±3,15	< 0,05
Второй и третий этажи	20,85±2,80	23,58±3,71	> 0,05
Четвертый и пятый этажи	16,59±2,56	20,32±2,57	> 0,05
Шестой и более этажи	9,95±2,06	14,23±2,23	> 0,05

Изучена организация отопления квартир у жителей с различным психическим здоровьем. Установлено, что удельный вес людей, имеющих автономное (газовое) отопление, выше в группе психически здоровых лиц — 64,02±2,09%, по сравнению с пациентами с расстройствами психики — 48,04±2,21% ($p < 0,001$). Указанные различия статистически значимы также отдельно в группах мужчин — 65,30±2,67%, по сравнению с — 51,14±3,08% и женщин — 62,09±3,17%, по сравнению с — 44,72±3,17% ($p < 0,001$). Это обусловлено в основном тем, что, как ранее было установлено, в группе жителей, проживающих в индивидуальных жилых домах, в 1,3 раза больше психически здоровых лиц, по сравнению с пациентами с диагнозами психических заболеваний. А в современных индивидуальных жилых домах используется преимущественно автономное газовое, а не централизованное отопление, которое характерно для многоэтажных коллективных жилых домов. Данные приведены в таблице 18.

Таблица 18 — Организация отопления квартир лиц с различным психическим здоровьем (n=1038)

Вид отопления	Удельный вес жителей с различным психическим здоровьем, %		p
	психически здоровые	пациенты с расстройствами психики	
Общая группа (мужчины + женщины).			
Централизованное	35,98±2,09	51,96±2,21	< 0,001
Автономное	64,02±2,09	48,04±2,21	< 0,001
Мужчины.			
Централизованное	34,70±2,67	48,86±3,08	< 0,001
Автономное	65,30±2,67	51,14±3,08	< 0,001
Женщины.			
Централизованное	37,91±3,34	55,28±3,17	< 0,001
Автономное	62,09±3,17	44,72±3,17	< 0,001

Большинство жителей (более 90%) пользуется в основном централизованным холодным хозяйственно-питьевым водоснабжением. Статистически значимых различий в организации холодного водоснабжения лиц с различным психическим здоровьем не обнаружено ($p > 0,05$). В то же время, среди психически здоровых жителей больше лиц, обеспечивающих горячее водоснабжение за счет газовой колонки и электроводонагревателя — $88,45 \pm 1,39\%$, по сравнению с пациентами с расстройствами психики и поведения — $83,92 \pm 1,63\%$ ($p < 0,05$). Полученные результаты также можно объяснить преимущественным проживанием психически здоровых людей в индивидуальных жилых домах, для которых более характерно использование указанных технических устройств для подогрева воды.

В современных реалиях актуальной становится оценка влияния на психику людей площади проживания. Квартиры небольшой площади могут стать первопричиной постоянного стресса, излишней раздражительности и агрессии [248]. В результате ранее проведенных исследований установлено, что низкая обеспеченность жителей жилой площадью (особенно при удельной величине площади 4-6 м² на человека) является фактором риска возникновения

психических заболеваний у населения; с увеличением величины жилища значительно падает частота возникновения психических расстройств [225].

В результате исследования установлено, что в группе психически здоровых людей меньше жителей с низкой обеспеченностью жильем на 1 члена семьи (менее 10 м²) — 8,52±1,22%, по сравнению с пациентами с диагнозами психических заболеваний — 19,21±1,74% ($p < 0,001$). Указанные различия статистически значимы также отдельно среди мужчин — 7,57±1,49%, по сравнению с — 17,05±2,31% и среди женщин — 9,95±2,06%, по сравнению с — 21,54±2,62% ($p < 0,001$).

В то же время, удельный вес лиц с более высокой обеспеченностью жильем на 1 члена семьи (21-30 м²) выше в группе психически здоровых жителей — 29,55±1,99%, по сравнению с пациентами, страдающими расстройствами психики — 19,61±1,76% (данные статистически значимы, $p < 0,001$). Указанные различия выявлены отдельно среди мужчин — 31,86±2,62%, по сравнению с — 19,32±2,43% ($p < 0,001$). Женщин с высокой обеспеченностью жильем на 1 члена семьи (40-50 м²) также больше среди психически здоровых лиц — 8,06±1,87% по сравнению с пациентами с психическими расстройствами — 3,66±1,20% ($p = 0,049$).

Влияние обеспеченности жильем на психическое здоровье населения было подтверждено с использованием метода «хи-квадрат» в общей группе (мужчины + женщины) — $\chi^2=36,620$ ($p < 0,001$), среди мужчин — $\chi^2=20,068$ ($p = 0,001$) и женщин — $\chi^2=18,898$ ($p = 0,002$). Данные представлены в таблице 19.

Таблица 19 — Влияние средней обеспеченности жильем на одного члена семьи на психическое здоровье населения ($n=1038$)

Средняя обеспеченность жильем на одного члена семьи	Удельный вес жителей с различным психическим здоровьем, %		p
	психически здоровые	пациенты с расстройствами психики	
Общая группа (мужчины + женщины), $\chi^2=36,620$, (p< 0,001)			
Менее 10 м ²	8,52±1,22	19,21±1,74	< 0,001

Продолжение таблицы 19

Средняя обеспеченность жильем на одного члена семьи	Удельный вес жителей с различным психическим здоровьем, %		p
	психически здоровые	пациенты с расстройствами психики	
Общая группа (мужчины + женщины), $\chi^2=36,620$, (p< 0,001)			
11-20 м ²	36,36±2,09	40,39±2,17	> 0,05
21-30 м ²	29,55±1,99	19,61±1,76	< 0,001
30-40 м ²	13,26±1,48	12,16±1,45	> 0,05
40-50 м ²	6,63±1,08	4,71±0,94	> 0,05
Более 50 м ²	5,68±1,01	3,92±0,86	> 0,05
Мужчины, $\chi^2=20,068$, (p=0,001)			
Менее 10 м ²	7,57±1,49	17,05±2,31	< 0,001
11-20 м ²	35,65±2,69	29,01±3,00	> 0,05
21-30 м ²	31,86±2,62	19,32±2,43	< 0,001
30-40 м ²	14,19±1,96	14,39±2,16	> 0,05
40-50 м ²	5,68±1,30	5,68±1,42	> 0,05
Более 50 м ²	5,05±1,23	4,55±1,28	> 0,05
Женщины, $\chi^2=18,898$, (p=0,002)			
Менее 10 м ²	9,95±2,06	21,54±2,62	< 0,001
11-20 м ²	37,44±3,33	41,87±3,15	> 0,05
21-30 м ²	26,07±3,02	19,92±2,55	> 0,05
30-40 м ²	11,85±2,22	9,76±1,89	> 0,05
40-50 м ²	8,06±1,87	3,66±1,20	0,049
Более 50 м ²	6,63±1,71	3,25±1,30	> 0,05

По итогам проведенных исследований установлено влияние низкой обеспеченности жилой площадью на 1 члена семьи на психическое здоровье населения. При этом был принят во внимание факт, что интервал времени с момента начала проживания в квартирах до постановки диагноза психического заболевания составлял от 5 до 46 лет (в среднем $28,83\pm0,72$ лет). Факты переезда в квартиры с меньшей жилой площадью после постановки диагноза психического заболевания в процессе проведения исследований не зарегистрированы.

Полученные результаты, по нашему мнению, могут быть объяснены тем, что совместное проживание людей на небольшой площади является сильным стрессовым фактором, что может привести к эмоциональному перенапряжению и как следствие, к обострению психических заболеваний или увеличению риска их формирования. В условиях проживания на недостаточной жилой площади (и не

предоставлении каждому человеку отдельной жилой комнаты) у людей отсутствует возможность уединения для реализации индивидуальных жизненных потребностей (включая занятия любимым делом и отдых).

Психологический климат. Влияние стрессовых факторов.

Учитывая тот факт, что в настоящее время жители Донбасса проживают в депрессивной социально-экономической среде жизнедеятельности и подвергаются сверхсильным психологическим стрессорам, актуальным является изучение влияния стрессовых факторов на развитие и течение психических расстройств.

В результате исследования влияния факторов среды жизнедеятельности на организм психически здоровых людей и пациентов с психическими расстройствами было выявлено, что наиболее значимыми факторами, влияющими на здоровье, в обеих группах лиц были отмечены нервно-психические факторы. Однако, удельный вес лиц, которые отмечали влияние нервно-психических факторов на здоровье был значительно выше в группе пациентов с психическими расстройствами — $48,13 \pm 2,21\%$, по сравнению с психически здоровыми людьми — $9,83 \pm 1,29\%$ ($p < 0,001$). Указанные различия статистически значимы также среди мужчин — $48,11 \pm 3,08\%$ по сравнению с — $8,84 \pm 1,59\%$ ($p < 0,01$) и женщин — $47,97 \pm 3,19\%$, по сравнению с — $11,38 \pm 2,19\%$ ($p < 0,001$). Полученные данные в таблице 20.

Таблица 20 — Данные самооценки психически здоровыми людьми и пациентами с психическими расстройствами результатов влияния факторов среды жизнедеятельности на организм ($n=1038$)

Факторы среды	Удельный вес жителей с различным психическим здоровьем, %		p
	психически здоровые	пациенты с расстройствами психики	
Общая группа (мужчины + женщины)			
Физические	6,25±1,05	3,33±0,79	< 0,05
Химические	3,41±0,79	2,55±0,70	> 0,05
Нервно-психические	9,85±1,30	48.04±2,21	< 0,001

Продолжение таблицы 20

Факторы среды	Удельный вес жителей с различным психическим здоровьем, %		p
	психически здоровые	пациенты с расстройствами психики	
Общая группа (мужчины + женщины)			
Сочетание вредных факторов	2,65±0,70	6,28±1,07	< 0,01
Отсутствие вредных факторов	77,84±1,81	39,80±2,17	< 0,001
Мужчины			
Физические	5,68±1,30	4,92±1,33	> 0,05
Химические	2,52±0,88	4,17±1,23	> 0,05
Нервно-психические	8,84±1,59	48,11±3,08	< 0,001
Сочетание вредных факторов	2,52±0,88	8,71±1,74	< 0,01
Отсутствие вредных факторов	80,44±2,23	34,09±2,92	< 0,001
Женщины			
Физические	7,11±1,77	1,63±0,81	< 0,01
Химические	4,74±1,46	0,81±0,57	< 0,02
Нервно-психические	11,38±2,19	47,97±3,19	< 0,001
Сочетание вредных факторов	2,84±1,14	3,66±1,20	> 0,05
Отсутствие вредных факторов	73,93±3,02	45,93±3,18	< 0,001

С целью оценки влияния нервно-психических факторов, были исследованы: психологическая ситуация в семье и рабочем коллективе, стрессоустойчивость исследуемых лиц, настрой на активную жизнедеятельность и наличие суицидальных тенденций.

Было выявлено, что психически здоровые лица реже подвергаются воздействию стрессовых факторов или реагируют на стрессы — 44,99±2,16% исследуемых, по сравнению с пациентами с расстройствами психики — 68,75±2,05%. Лица с расстройствами психики и поведения наиболее часто подвергались стрессам в семье — 26,52±1,95% или другом месте — 34,23±2,10% (поездки в транспорте — 7,01±1,13%, очереди в поликлинике — 20,60±1,79%, общение с соседями по лестничной площадке — 5,03±0,97%, поход в магазин с родственниками — 1,59±0,55%). Психически здоровые люди чаще подвергались стрессам на работе 25,00±1,88%. Различия между данными показателями статистически значимы ($p < 0,001$, $\chi^2=99,021$).

Большинство психически здоровых людей — 90,55±1,27% описывали психологическую обстановку в своих семьях как благоприятную, в отличие от

пациентов с расстройствами психики и поведения, из которых $67,19 \pm 2,08\%$ оценивали психологическую ситуацию в семьях как благоприятную, $32,81 \pm 2,08\%$ — как неблагоприятную. Различия между данными показателями статистически значимы ($p < 0,001$, $\chi^2=85,59$).

Также большинство психически здоровых людей — $53,88 \pm 2,17\%$ описывали психологическую обстановку в коллективе по месту работы как благоприятную, $17,39 \pm 1,65\%$ — как неблагоприятную, $28,73 \pm 1,97\%$ лиц не работали. В группе пациентов с расстройствами психики и поведения $81,53 \pm 1,72\%$ лиц не работали, $11,79 \pm 1,43\%$ лиц описывали психологическую обстановку в коллективе как благоприятную, $6,68 \pm 1,10\%$ — как неблагоприятную. Различия между данными показателями статистически значимы ($p < 0,001$, $\chi^2=295,15$).

Было установлено, что удельный вес лиц, которые обладают настроением на долгую и активную жизнедеятельность, значительно выше среди психически здоровых людей — $89,60 \pm 1,33\%$, по сравнению с пациентами, страдающими расстройствами психики и поведения — $41,65 \pm 2,18\%$ ($p < 0,001$, $\chi^2=266,15$).

Среди психически здоровых людей было выявлено большее количество лиц, считающих себя оптимистами — $48,58 \pm 2,17\%$, по сравнению с людьми с психическими заболеваниями — $29,67 \pm 2,02\%$. В то же время, среди пациентов, страдающих расстройствами психики и поведения, было значительно больше лиц, считающих себя пессимистами — $23,18 \pm 1,87\%$, по сравнению с психически здоровыми людьми — $2,08 \pm 0,62\%$. Различия между данными показателями статистически значимы ($p < 0,001$, $\chi^2=116,82$).

Также среди психически здоровых людей было выявлено большее количество лиц, имеющих глубоко продуманную цель в жизни — $76,94 \pm 1,83\%$, по сравнению с пациентами, страдающими расстройствами психики и поведения — $33,40 \pm 2,09\%$ ($p < 0,001$, $\chi^2=199,18$).

В случае отрицательной стрессовой ситуации, большинство психически здоровых людей — $61,25 \pm 2,12\%$ быстро принимают решение, в отличие от

пациентов с расстройствами психики и поведения, которые в большинстве случаев проявляют медлительность — $33,01 \pm 2,08\%$, либо находятся в состоянии заторможенности — $33,40 \pm 2,08\%$. Данные статистически значимы ($p < 0,001$, $\chi^2 = 262,33$).

В результате исследования был выявлен значительно больший удельный вес лиц, которых посещали мысли о нежелании жить среди пациентов с расстройствами психики — $42,63 \pm 2,19\%$, по сравнению с психически здоровыми людьми — $6,05 \pm 1,04\%$. Данные статистически значимы ($p < 0,001$, $\chi^2 = 190,39$).

При исследовании индивидуально-психологических черт личности по шкале Айзенка у большинства психически здоровых людей были выявлены легкие степени или отсутствие тревожности ($86,01 \pm 1,51\%$), фрустрации ($90,93 \pm 1,25\%$) и ригидности ($76,37 \pm 1,85\%$), в отличие от пациентов с расстройствами психики и поведения, большинство из которых имели показатели средней степени тревожности ($52,06 \pm 2,21\%$), фрустрации ($44,99 \pm 2,20\%$) и ригидности ($55,01 \pm 2,20\%$). Уровень агрессивности легкой степени так же был больше у психически здоровых людей — $80,15 \pm 1,73\%$, по сравнению с пациентами, страдающими расстройствами психики — $56,39 \pm 2,20\%$. Данные статистически значимы ($p < 0,001$), представлены в таблице 21.

Таблица 21 — Оценка индивидуально-психологических черт личности психически здоровых лиц и пациентов с расстройствами психики

Степени	Тревожность $\chi^2 = 263,23$, $p < 0,001$		Фрустрация $\chi^2 = 271,05$, $p < 0,001$		Агрессивность $\chi^2 = 74,84$, $p < 0,001$		Ригидность $\chi^2 = 256,72$, $p < 0,001$	
	П	ЗЛ	П	ЗЛ	П	ЗЛ	П	ЗЛ
Легкая	$37,52 \pm 2,1$	$86,01 \pm 1,5$	$43,42 \pm 2,1$	$90,93 \pm 1,2$	$56,39 \pm 2,2$	$80,15 \pm 1,7$	$27,90 \pm 1,9$	$76,37 \pm 1,8$
Средняя	$52,06 \pm 2,2$	$13,23 \pm 1,4$	$44,99 \pm 2,2$	$8,70 \pm 1,2$	$36,15 \pm 2,1$	$18,71 \pm 1,7$	$55,01 \pm 2,2$	$21,93 \pm 1,8$
Высокая	$10,41 \pm 1,3$	$0,76 \pm 0,38$	$11,59 \pm 1,4$	$0,38 \pm 0,2$	$7,47 \pm 1,1$	$1,13 \pm 0,45$	$17,09 \pm 1,6$	$1,70 \pm 0,5$

Примечание: П — пациенты, страдающие расстройствами психики, ЗЛ — психически здоровые лица.

Отличия индивидуально-психологических черт личности психически здоровых людей и пациентов с расстройствами психики и поведения представлены на диаграммах размаха (Рисунки 1, 2, 3, 4).

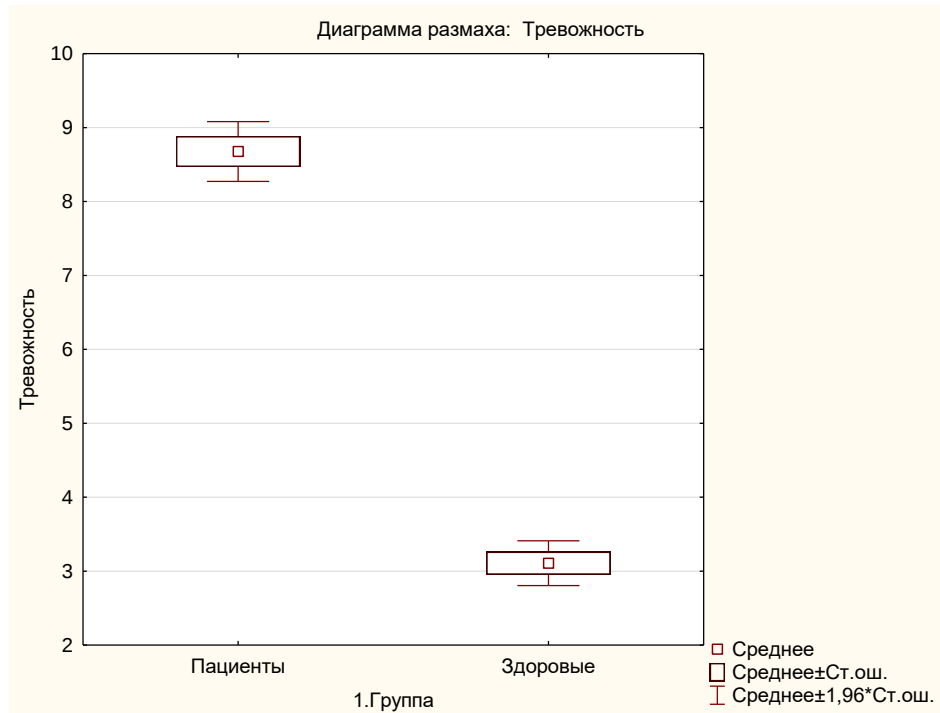


Рисунок 1 — Показатели тревожности у лиц с различным психическим здоровьем

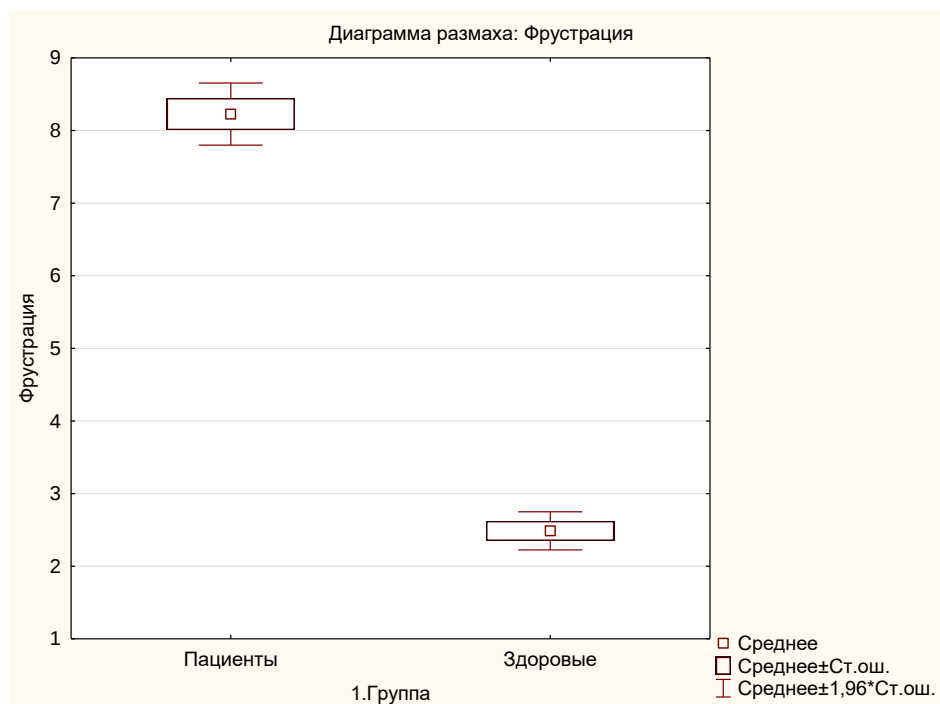


Рисунок 2 — Показатели фрустрации у лиц с различным психическим здоровьем

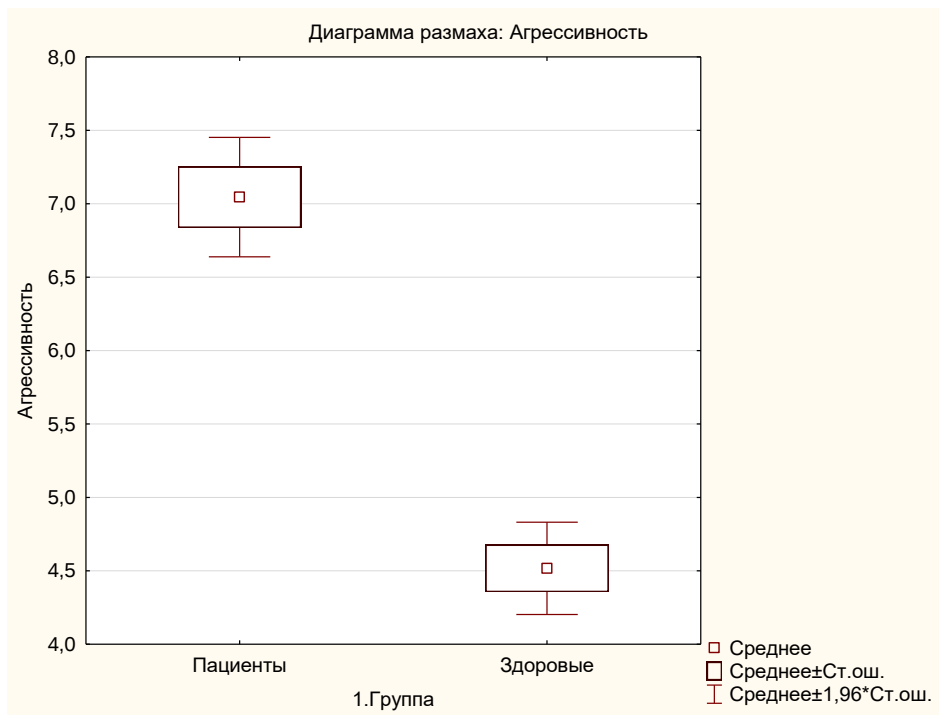


Рисунок 3 — Показатели агрессивности у лиц с различным психическим здоровьем

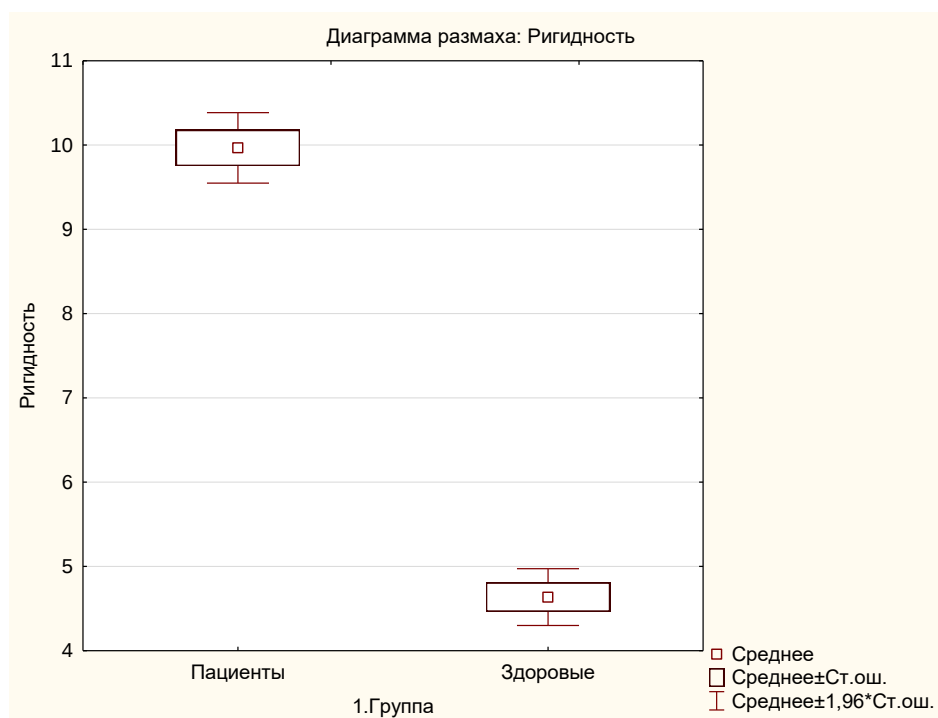


Рисунок 4 — Показатели ригидности у лиц с различным психическим здоровьем

Таким образом, в результате проведенных исследований было установлено значительное влияние психологических стрессоров на состояние пациентов, страдающих расстройствами психики и поведения. В частности, было доказано, что большинство исследуемых пациентов более восприимчивы к стрессам, чем психически здоровые люди. Лица с расстройствами психики и поведения наиболее часто подвергались стрессам в семье или другом месте, связанном с коммуникацией с людьми (поездки в транспорте, очереди в поликлинике, общение с соседями по лестничной площадке, поход в магазин с родственниками). У $42,63 \pm 2,19\%$ исследуемых пациентов отмечались суицидальные мысли в разные периоды жизни. При исследовании личностных особенностей пациентов, страдающих расстройствами психики и поведения, было выявлено, что большинство из них являются пессимистами, не имеют четко продуманной цели в жизни, настроены на долгую жизнедеятельность, не могут быстро принять решение в случае отрицательной стрессовой ситуации, в отличие от психически здоровых лиц, большинство из которых имели противоположные характеристики. По шкале Айзенка большинство психически здоровых людей спокойны, имеют высокую самооценку, устойчивы к неудачам, выдержаны, легко адаптируются к меняющимся условиям, в отличие от пациентов с расстройствами психики и поведения, которые склонны к тревожности, имеют низкую самооценку, избегают трудностей, раздражительны, плохо адаптируются к меняющимся условиям среды.

Оценка эмоционального состояния исследуемых с помощью метода цветowych аналогий.

Многочисленными исследователями описана способность цвета особым образом воздействовать на эмоциональные состояния людей, а эмоциональных состояний — отражать в себе богатую палитру существующих в природе красок [249-255]. Для изучения динамических особенностей личностных и групповых эмоциональных состояний, психологического климата коллектива и самочувствия личности применяется метод цветowych аналогий (цветописи). Суть

метода цветописи — в оценке отдельными лицами или группами людей своих эмоциональных состояний, а также в оценке общей эмоциональной атмосферы за определенный отрезок времени, выражаемой при помощи цвета [256, 257]. С помощью данного метода выполнена сравнительная оценка эмоционального состояния психически здоровых лиц и пациентов с расстройствами психики и поведения.

В результате проведенных исследований установлено, что удельный вес лиц общей группы (мужчины + женщины), которые выбрали в качестве любимого красный цвет, выше среди психически здоровых людей — $20,83 \pm 1,77\%$, по сравнению с пациентами с расстройствами психики и поведения — $15,49 \pm 1,60\%$ ($p = 0,026$). Красный цвет — крайний и наиболее выраженный из палитры цветов «радостного» спектра, характеризует настроение выбравших его лиц, как восторженное. Полученные данные свидетельствуют о том, что среди психически здоровых людей, по сравнению с пациентами с психическими расстройствами, в 1,34 раза больше эмоционально радостных, счастливых людей. Полученные данные в таблице 22.

Таблица 22 — Сведения о выборе пациентами с диагнозом психического заболевания и психически здоровыми людьми их любимого цвета

Любимый цвет	Удельный вес жителей с различным психическим здоровьем, %		Различия между группами, р
	психически здоровые	пациенты с расстройствами психики	
Общая группа (мужчины + женщины)			
Красный	20,83±1,77	15,49±1,60	0,026
Оранжевый	4,17±0,87	3,92±1,98	> 0,05
Желтый	5,11±0,96	6,67±1,10	> 0,05
Несколько цветов радостного спектра	0,38±0,27	0,20±0,20	> 0,05
Радостный спектр цветов (к + о + ж)	30,49±2,00	26,28±1,95	> 0,05
Зеленый	29,36±1,98	30,20±2,03	> 0,05
Голубой	18,37±1,69	17,84±1,70	> 0,05
Фиолетовый	8,33±1,20	11,57±1,41	> 0,05
Черный	6,44±1,07	10,98±1,38	0,009

Продолжение таблицы 22

Любимый цвет	Удельный вес жителей с различным психическим здоровьем, %		Различия между группами, р
	психически здоровые	пациенты с расстройствами психики	
Общая группа (мужчины + женщины)			
Несколько цветов грустного спектра	0,57±0,33	0,39±0,28	> 0,05
Грустный спектр цветов (г + ф + ч)	33,71±2,06	40,78±2,18	0,019
Цвета одновременно разного спектра	5,49±0,99	2,74±0,72	0,025
Не определились с выбором цвета	0,95±0,42	0	0,024
Мужчины			
Красный	20,00±2,25	14,39±2,16	> 0,05
Оранжевый	4,76±1,20	3,41±1,12	> 0,05
Желтый	4,13±1,12	6,44±1,51	> 0,05
Несколько цветов радостного спектра	0,32±0,32	0	> 0,05
Радостный спектр цветов (к + о + ж)	29,21±2,56	24,24±2,64	> 0,05
Зеленый	35,24±2,69	35,23±2,94	> 0,05
Голубой	17,14±2,12	16,67±2,29	> 0,05
Фиолетовый	5,40±1,27	6,82±1,55	> 0,05
Черный	7,30±1,47	14,77±2,18	0,005
Несколько цветов грустного спектра	0,32±0,32	0	> 0,05
Грустный спектр цветов (г + ф + ч)	30,16±2,59	38,26±2,99	0,041
Цвета одновременно разного спектра	3,81±1,08	2,27±0,92	> 0,05
Не определились с выбором цвета	1,58±0,70	0	0,025

Примечание: в группе женщин различия недостоверны ($p > 0,05$).

Лиц общей группы, выбравших в качестве любимого красный цвет, также больше среди психически здоровых людей — $20,83 \pm 1,77\%$, по сравнению с пациентами с диагнозом шизофрения — $13,77 \pm 2,07\%$ ($p = 0,01$). Кроме того, удельный вес жителей, которые выбрали один или несколько цветов палитры «радостного» спектра (красный, оранжевый, желтый) выше в группе психически здоровых лиц — $30,49 \pm 2,00\%$, чем среди пациентов с органическим поражением головного мозга — $21,57 \pm 4,07\%$ ($p = 0,05$).

В то же время жителей, выбравших в качестве любимого черный цвет, наоборот, больше среди пациентов с расстройствами психики и поведения — $10,98 \pm 1,38\%$, по сравнению с психически здоровыми людьми — $6,44 \pm 1,07\%$ ($p = 0,009$). Аналогичные различия статистически значимы также в группе мужчин — $14,77 \pm 2,18\%$, по сравнению с — $7,30 \pm 1,47\%$ ($p = 0,005$). Пациентов с диагнозом шизофрения, которые выбрали черный цвет — $12,32 \pm 1,98\%$, что также больше по сравнению с психически здоровыми лицами — $6,44 \pm 1,07\%$ ($p = 0,009$).

Черный цвет — крайний и наиболее выраженный из палитры цветов «грустного» спектра, характеризует настроение выбравших его лиц, как состояние крайней неудовлетворенности. Следовательно, по критерию выбора черного цвета, в общей группе лиц с расстройствами психики и поведения, по сравнению с психически здоровыми лицами, больше эмоционально угнетенных лиц в 1,7 раза в общей группе (мужчины + женщины), в 2 раза среди мужчин.

Также установлено, что удельный вес лиц, которые выбрали один или несколько цветов палитры «грустного» спектра (голубой, фиолетовый, черный) выше в группе пациентов с расстройствами психики — $40,78 \pm 2,18\%$, по сравнению с психически здоровыми людьми — $33,71 \pm 2,06\%$ ($p = 0,019$). Соответствующие различия статистически значимы также в группе мужчин — $38,26 \pm 2,99\%$, по сравнению с — $30,16 \pm 2,59\%$ ($p = 0,041$). Кроме того, пациентов с диагнозом шизофрения, которые выбрали цвета палитры «грустного» спектра — $45,29 \pm 3,00\%$, что также больше по сравнению с психически здоровыми лицами — $30,16 \pm 2,59\%$ ($p = 0,002$).

Таким образом, в результате исследования с использованием метода цветовых аналогий (метод цветописи) установлено, что удельный вес лиц, которые выбрали красный цвет и в целом палитру цветов «радостного» спектра, выше в группе психически здоровых людей, по сравнению с пациентами с расстройствами психики и поведения. В то же время, жителей, выбравших черный цвет и в целом палитру цветов «грустного» спектра, наоборот, больше среди пациентов с расстройствами психики и поведения, особенно в группе лиц с

диагнозом шизофрении. Проведенные исследования с использованием метода цветописи подтверждают, что психические заболевания сопровождаются изменениями эмоционального состояния, замкнутостью, отсутствием инициативы и жизнерадостности.

В современных условиях актуальным для жителей Донбасса также является влияние на психику сверхсильных стрессов военного времени и психологических стрессоров, связанных с распространением новой коронавирусной инфекции.

Влияние стрессов военного времени на психическое здоровье.

В результате проведенных исследований было установлено, что удельный вес лиц, которые отмечали влияние на психику стрессов военного времени (угроза жизни и здоровью, беспокойство за близких, возможная потеря жилья, трудности выезда из опасной территории, нарушение работы коммунальных служб, комендантский час, информационная перегрузка) был значительно выше в группе пациентов с расстройствами психики и поведения — $70,98 \pm 2,01\%$, по сравнению с психически здоровыми людьми — $33,52 \pm 2,05\%$ (данные статистически значимы, $p < 0,0001$). Аналогичные различия выявлены среди мужчин — $68,68 \pm 2,85\%$ по сравнению с — $27,13 \pm 2,50\%$ и среди женщин — $73,47 \pm 2,82\%$ по сравнению с — $40,28 \pm 3,38\%$ ($p < 0,0001$).

В то же время, удельный вес психически здоровых лиц, которые не отмечали влияния стрессов военного времени, был значительно выше — $49,42 \pm 2,17\%$ по сравнению с людьми, страдающими расстройствами психики и поведения — $14,90 \pm 1,58\%$ (данные статистически значимы $p < 0,0001$). Указанные различия выявлены среди мужчин — $55,20 \pm 2,79\%$ по сравнению с — $17,36 \pm 3,06\%$ и среди женщин — $40,28 \pm 3,38\%$ по сравнению с — $12,65 \pm 2,12\%$ ($p < 0,0001$).

Влияние стрессов военного времени на психическое здоровье также было доказано с использованием метода «хи-квадрат» в общей группе (мужчины + женщины) — $\chi^2 = 167,2$, среди мужчин — $\chi^2 = 174,3$ и женщин — $\chi^2 = 171,5$. Данные представлены в таблице 23.

Таблица 23 — Влияние стрессов военного времени на психическое здоровье

Влияние стрессов военного времени на психическое состояние	Удельный вес жителей с различным психическим здоровьем, %		p
	Психически здоровые	Пациенты с расстройствами психики и поведения	
Общая группа (мужчины + женщины) $\chi^2= 167,20$			
Отмечалось	33,52±2,05	70,98±2,01	< 0,0001
Затруднялись ответить	17,23±1,64	13,92±1,53	< 0,0001
Не отмечалось	49,42±2,17	14,90±1,58	< 0,0001
Мужчины $\chi^2= 174,29$			
Отмечалось	27,13±2,50	68,68±2,85	< 0,0001
Затруднялись ответить	17,66±2,14	13,96±2,13	< 0,0001
Не отмечалось	55,20±2,79	17,36±3,06	< 0,0001
Женщины $\chi^2= 171,52$			
Отмечалось	43,13±3,41	73,47±2,82	< 0,0001
Затруднялись ответить	16,59±2,56	13,88±2,21	< 0,0001
Не отмечалось	40,28±3,38	12,65±2,12	< 0,0001

С помощью шкалы Спилбергера-Ханина и опроса лиц, страдающих психическими расстройствами, были зарегистрированы степени испытываемой пациентами тревоги и беспокойства в связи с военной ситуацией (угроза жизни и здоровью, беспокойство за близких, возможная потеря жилья). Пациенты были распределены на две группы: находившиеся в зоне непосредственного осуществления боевых действий (первая группа) и не находившиеся непосредственно на опасных территориях (вторая группа).

Было установлено, что удельный вес пациентов 1 группы, испытывающих сильную тревогу и беспокойство в связи с военной ситуацией составил 50,00±2,51%, что выше, чем у пациентов 2 группы — 17,54±3,56% (данные статистически значимы, $p < 0,001$). Аналогичные различия выявлены среди мужчин — 45,37±3,39% по сравнению с — 18,36±5,03 % и среди женщин — 55,55±3,07% по сравнению с — 16,92±4,16% ($p < 0,001$). В то же время, удельный вес мужчин, не испытывающих тревоги и беспокойства в связи с военной ситуацией был выше у исследуемых 2 группы — 51,02±7,14% по сравнению с пациентами 1 группы — 8,33±1,88% ($p < 0,001$). Аналогичные результаты выявлены среди женщин — 26,15±5,15 % по сравнению — 8,88±2,02% ($p < 0,05$). Влияние стрессов при непосредственном нахождении в зоне боевых действий на

состояние пациентов с расстройствами психики и поведения также было доказано с использованием метода «хи-квадрат» в общей группе (мужчины + женщины) — $\chi^2 = 57,201$, среди мужчин — $\chi^2 = 12,101$ и женщин — $\chi^2 = 28,764$. Данные приведены в таблице 24.

Таблица 24 — Влияние стрессов при непосредственном нахождении в зоне боевых действий на состояние пациентов с психическими расстройствами

Уровни тревоги и беспокойства в связи с военной обстановкой	Нахождение в зоне непосредственного осуществления боевых действий			
	1 группа	2 группа	χ^2	p
Общая группа (мужчины + женщины)				
Сильная тревога и беспокойство	50,00±2,51	17,54±3,56	57,201	< 0,001
Умеренная тревога и беспокойство	27,52±2,24	31,58±4,35	0,712	> 0,05
Не вызывает тревоги и беспокойства	8,58±1,41	36,84±4,51	55,731	> 0,05
Затруднялись ответить	13,89±1,74	14,03±3,25	0,001	> 0,05
Мужчины				
Сильная тревога и беспокойство	45,37±3,39	18,36±5,03	12,101	< 0,001
Умеренная тревога и беспокойство	31,94±3,17	20,40±5,05	2,543	> 0,05
Не вызывает тревоги и беспокойства	8,33±1,88	51,02±7,14	53,542	< 0,001
Затруднялись ответить	14,35±2,08	10,20±3,03	0,591	> 0,05
Женщины				
Сильная тревога и беспокойство	55,55±3,07	16,92±4,16	28,764	< 0,001
Умеренная тревога и беспокойство	22,22±3,09	40,00±5,07	7,667	0,004
Не вызывает тревоги и беспокойства	8,88±2,02	26,15±5,15	12,212	0,002
Затруднялись ответить	13,33±2,53	16,92±4,65	0,501	> 0,05

На следующем этапе были оценены такие стрессовые факторы военного времени как расставание с близкими в связи с их выездом для проживания в другой город или страну и смерть близких в связи с боевыми действиями.

Было установлено, что удельный вес лиц, которые расставались с близкими, в связи с их выездом был практически одинаков в группе лиц с расстройствами

психики и поведения и психически здоровыми людьми — $48,82 \pm 2,21\%$ и $42,99 \pm 2,15\%$ ($p = 0,052$). Данные в таблице 25.

Таблица 25 — Расставание с близкими в связи с их выездом

Расставание с близкими в связи с их выездом	Удельный вес жителей с различным психическим здоровьем, %		р
	Психически здоровые	Пациенты с расстройствами психики и поведения	
Общая группа (мужчины + женщины), $\chi^2= 3,77$			
Расставались	42,99±2,15	48,82±2,21	0,05
Не расставались	57,20±2,15	50,98±2,21	0,05
Мужчины, $\chi^2= 3,75$			
Расставались	40,06±2,75	48,30±3,07	> 0,05
Не расставались	59,94±2,75	51,70±3,07	> 0,05
Женщины, $\chi^2= 3,12$			
Расставались	46,92±3,43	49,79±3,19	> 0,05
Не расставались	53,08±3,43	50,20±3,19	> 0,05

Установлено, что удельный вес лиц, которые потеряли близких в связи с боевыми действиями выше в группе пациентов с расстройствами психики и поведения — $20,59 \pm 1,79\%$ по сравнению с психически здоровыми людьми — $13,45 \pm 1,48\%$ (данные статистически значимы, $p < 0,05$). Аналогичные различия выявлены среди мужчин — $18,87 \pm 2,40\%$ по сравнению с — $13,88 \pm 1,94\%$ и среди женщин — $22,45 \pm 2,66\%$ по сравнению с — $12,80 \pm 2,29\%$ ($p < 0,05$). Статистическая значимость различий также была доказана с использованием метода «хи-квадрат» в общей группе (мужчины + женщины) — $\chi^2 = 9,56$, среди мужчин — $\chi^2 = 9,45$ и женщин — $\chi^2 = 8,65$. Данные в таблице 26.

Таблица 26 — Смерть близких в связи с боевыми действиями

Смерть близких в результате боевых действий	Удельный вес жителей с различным психическим здоровьем, %		р
	Психически здоровые	Пациенты с расстройствами психики и поведения	
Общая группа (мужчины + женщины) $\chi^2= 9,56$			
Близкие умирали	13,45±1,48	20,59±1,79	0,001
Близкие не умирали	86,74±1,48	79,21±1,79	0,001
Мужчины $\chi^2= 9,45$			
Близкие умирали	13,88±1,94	18,87±2,40	0,002
Близкие не умирали	86,12±1,94	81,13±2,40	0,001
Женщины $\chi^2= 8,65$			
Близкие умирали	12,80±2,29	22,45±2,66	0,002
Близкие не умирали	87,20±2,29	77,55±2,66	0,002

Согласно полученным результатам исследования было выявлено, что удельный вес лиц, отмечающих ухудшение психического состояния в связи со стрессами военного времени был выше в группе лиц с расстройствами психики и поведения, по сравнению с психически здоровыми людьми. Стрессы войны были связаны с угрозой жизни и здоровью, беспокойством за близких или расставанием с ними в связи с их выездом, смертью родных. Причем удельный вес пациентов, испытывающих сильную тревогу и беспокойство в связи с военной ситуацией, был значительно выше в группе пациентов, находящихся непосредственно в зоне осуществления боевых действий, по сравнению с пациентами, проживающими на более безопасных территориях. Аналогичные различия были выявлены как среди мужчин, так и среди женщин обеих групп.

Таким образом, были сделаны выводы, что пациенты с уже имеющимися расстройствами психики и поведения наиболее уязвимы к стрессам военного времени.

Влияние психологических стрессоров, связанных с распространением COVID-19 на психическое здоровье

Кроме тяжелых последствий для соматического здоровья пандемия COVID-19 повлекла за собой «вторую эпидемию» негативных психологических эффектов и психических заболеваний. Повышенный уровень стресса во время пандемии был связан с соблюдением самоизоляции, страхом смерти от инфекции и

социальным дистанцированием. Значимыми стрессовыми факторами также стали страх за жизнь и здоровье близких, изменение образа жизни, информационная перегрузка, отсутствие возможности для предпочитаемого ранее вида деятельности или отдыха.

В результате проведенных исследований было установлено, что удельный вес лиц, которые отмечали влияние на психику стрессов, связанных с распространением COVID-19 (тревога, подавленность, беспокойство, инсомнические нарушения) был выше в группе пациентов с расстройствами психики и поведения — $41,96 \pm 2,18\%$, по сравнению с психически здоровыми людьми — $14,58 \pm 1,53\%$ (данные статистически значимы, $p < 0,001$). Аналогичные различия выявлены среди мужчин — $36,60 \pm 2,96\%$ по сравнению с — $12,61 \pm 1,86\%$ и среди женщин — $47,75 \pm 3,19\%$ по сравнению с — $17,53 \pm 2,62\%$. ($p < 0,001$).

В то же время, удельный вес психически здоровых лиц, которые не отмечали влияния стрессов, связанных с распространением COVID-19 на психику был значительно выше — $75,94 \pm 1,86\%$, по сравнению с людьми, страдающими расстройствами психики и поведения — $41,96 \pm 2,18\%$ (данные статистически значимы $p < 0,001$). Указанные различия выявлены среди мужчин — $77,92 \pm 2,33\%$ по сравнению с — $49,43 \pm 3,07\%$ и среди женщин — $72,98 \pm 3,06\%$ по сравнению с — $33,88 \pm 3,02\%$ ($p < 0,001$).

Влияние стрессов при пандемии COVID-19 на состояние пациентов с расстройствами психики и поведения также было доказано с использованием метода «хи-квадрат» в общей группе (мужчины + женщины) — $\chi^2 = 96,382$, среди мужчин — $\chi^2 = 46,143$ и женщин — $\chi^2 = 46,291$. Данные в таблице 27.

Таблица 27 — Влияние COVID-19 на психику здоровых лиц и пациентов с расстройствами психики

Влияние на психику	Удельный вес жителей с различным психическим здоровьем, %		χ^2	p
	психически здоровые	пациенты с расстройствами психики и поведения		
Общая группа (мужчины + женщины)				
Отмечалось	14,58±1,53	41,96±2,18	96,382	0,0001
Затруднялись ответить	9,46±1,27	16,08±1,62	10,211	0,001
Не отмечалось	75,94±1,86	41,96±2,18	124,112	0,0001
Мужчины				
Отмечалось	12,61±1,86	36,60±2,96	46,143	0,0001
Затруднялись ответить	9,46±1,64	13,96±2,13	2,872	0,091
Не отмечалось	77,92±2,33	49,43±3,07	51,444	0,0001
Женщины				
Отмечалось	17,53±2,62	47,75±3,19	46,291	0,0001
Затруднялись ответить	9,48±2,02	18,37±2,47	7,333	0,007
Не отмечалось	72,98±3,06	33,88±3,02	69,462	0,0001

При опросе пациентов с расстройствами психики и поведения, ухудшение психического состояния они связывали с причинами: «боялся, что заболею» — 16,08±1,62%, «болели близкие» — 4,90±0,95%, «часто смотрел новости» — 13,72±1,52%, «боялся, что закроется психиатрическая поликлиника» — 16,27±1,63%, сочетание причин — 49,02±2,21%.

Таким образом, согласно полученным результатам исследования было выявлено, что удельный вес лиц, отмечающих ухудшение психического состояния в связи с психологическими стрессорами в период распространения коронавирусной инфекции, был выше в группе пациентов с расстройствами психики и поведения по сравнению с психически здоровыми людьми. То есть пациенты с уже имеющимися расстройствами психики и поведения были наиболее уязвимы к психологическим стрессорам во время пандемии COVID-19. Аналогичные различия статистически значимы как для мужчин, так и для женщин обеих групп.

Влияние религиозности на психическое здоровье

В настоящее время приобретает всё большую актуальность изучение влияния религиозности на психическое здоровье, поскольку во многих научных

трудах показано, что религиозные переживания помогают приспособиться к психической болезни и компенсировать образовавшийся дефект.

В результате исследования было установлено, что в группе пациентов с расстройствами психики и поведения больше лиц, которые убежденно верят в Бога и часто (ежедневно или раз в несколько дней) используют молитву — $49,02 \pm 2,21\%$, по сравнению с психически здоровыми людьми — $35,98 \pm 1,53\%$ ($p < 0,001$). Статистическая значимость различий подтверждена также с использованием метода «хи-квадрат» Пирсона. Аналогичные различия выявлены среди мужчин — $43,40 \pm 3,04\%$ по сравнению с — $28,71 \pm 2,54\%$ ($p < 0,001$) и среди женщин — $55,10 \pm 3,18\%$ по сравнению с — $46,91 \pm 3,43\%$ ($p < 0,05$). Данные приведены в таблице 28.

Таблица 28 — Оценка веры в Бога пациентами с расстройствами психики и поведения и психически здоровыми людьми

Вера в Бога и использование молитвы	Удельный вес жителей с различным психическим здоровьем, %		χ^2	p
	пациенты с расстройствами психики и поведения	психически здоровые люди		
Общая группа (мужчины + женщины)				
убежденно верят, часто молятся	49,02±2,21%	35,98±2,09 %	18,051	< 0,001
допускают существование Бога	38,82±2,16%	50,57±2,17 %	14,471	< 0,001
не верят	12,16±1,44%	13,45±1,48 %	0,394	0,534
Мужчины				
убежденно верят, часто молятся	43,40 ±3,04%	28,71±2,54%	13,622	< 0,001
допускают существование Бога	40,37±3,01%	52,68±2,80%	8,773	0,003
не верят	16,23±2,26%	18,61±2,18%	0,571	0,451
Женщины				
убежденно верят, часто молятся	55,10±3,18%	46,91±3,43%	4,034	0,041
допускают существование Бога	37,14±3,09%	47,39±3,44%	4,892	0,027
не верят	7,75±1,71%	5,69±1,59%	0,773	0,381

Также было проанализировано посещение религиозных храмов и соблюдение религиозных праздников пациентами с расстройствами психики и поведения и психически здоровыми людьми. В результате исследования был выявлен в обеих группах респондентов низкий удельный вес регулярного соблюдения религиозных праздников (пациенты с расстройствами психики — $7,06 \pm 1,03\%$, психически здоровые — $6,82 \pm 1,01\%$) и посещения религиозных храмов (пациенты с расстройствами психики — $9,80 \pm 1,03\%$, психически здоровые — $6,06 \pm 1,04\%$). В то же время, в обеих группах выявлен высокий удельный вес лиц, которые стараются в основном соблюдать религиозные праздники (лица с расстройствами психики и поведения — $53,92 \pm 2,21\%$, психически здоровые — $66,10 \pm 2,06\%$) и периодически посещают религиозные храмы (лица с расстройствами психики и поведения — $49,41 \pm 2,21\%$, психически здоровые — $56,06 \pm 2,16\%$). Данные приведены в таблицах 29 и 30.

Таблица 29 — Оценка соблюдения религиозных праздников пациентами с расстройствами психики и поведения и психически здоровыми людьми

Соблюдение религиозных праздников	удельный вес жителей с различным психическим здоровьем, %	
	пациенты с расстройствами психики и поведения	психически здоровые люди
строго соблюдают	$7,06 \pm 1,03\%$	$6,82 \pm 1,01\%$
стараются соблюдать	$53,92 \pm 2,21\%$	$66,10 \pm 2,06\%$
не соблюдают	$39,02 \pm 2,15\%$	$27,08 \pm 1,93\%$

Таблица 30 — Оценка посещения религиозных храмов пациентами с расстройствами психики и поведения и психически здоровыми людьми

Посещение религиозных храмов	Удельный вес жителей с различным психическим здоровьем, %	
	пациенты с расстройствами психики и поведения	психически здоровые люди
регулярно	$9,80 \pm 1,03\%$	$6,06 \pm 1,04\%$
периодически	$49,41 \pm 2,21\%$	$56,06 \pm 2,16\%$
не посещают	$40,78 \pm 2,17\%$	$37,88 \pm 2,11\%$

В результате опроса пациентов, верующих в Бога $91,96 \pm 1,20\%$ лиц отмечали улучшение психического состояния после молитвы («успокоение, уменьшение тревоги, улучшение настроения, уменьшение актуальности продуктивной симптоматики, позитивный настрой на будущее, улучшение отношений с близкими»), $8,04 \pm 1,20\%$ пациентов отмечали, что их религиозность незначительно влияет на психическое здоровье. Основными причинами, в результате которых пациенты не могут регулярно соблюдать религиозные праздники и посещать религиозные храмы были: причины, связанные с хроническим психическим расстройством (частые обострения заболеваний, негативная симптоматика, непрерывный тип течения болезни) — $61,96 \pm 2,15\%$; сопутствующие соматические заболевания — $7,06 \pm 1,01\%$; невозможность родственников регулярно сопровождать пациентов в храм — $23,92 \pm 1,88\%$; длительное лечение в психиатрическом стационаре — $4,90 \pm 0,95\%$; не считали нужным — $2,16 \pm 0,41\%$.

В результате исследования было выявлено, что в группе пациентов с расстройствами психики и поведения больше лиц, которые убежденно верят в Бога и часто (ежедневно или раз в несколько дней) используют молитву по сравнению с психически здоровыми людьми. Аналогичные различия были статистически значимы также отдельно среди мужчин и женщин. При опросе пациентов, страдающих расстройствами психики и поведения, верующих в Бога, был выявлен высокий процент лиц ($91,96 \pm 1,20\%$), которые отмечали улучшение психического состояния после молитвы. Низкая регулярная посещаемость религиозных храмов и соблюдение религиозных праздников пациентами с расстройствами психики, очевидно, связаны с особенностями течения психических заболеваний (частыми обострениями болезни, зависимостью от родственников, нарушениями в эмоционально-волевой сфере). Таким образом, среди пациентов с расстройствами психики и поведения отмечается высокий процент религиозных людей. Причем, религиозность положительно влияет на психическое состояние пациентов в виде уменьшения тревоги, улучшения настроения, уменьшения

актуальности продуктивной симптоматики и улучшения отношений с близкими. Однако, особенности течения психических заболеваний не всегда позволяют пациентам регулярно посещать религиозные храмы или соблюдать религиозные праздники.

3.3. Экологическая среда жизнедеятельности

Качество питьевой воды централизованного водоснабжения

Для оценки качества употребляемой питьевой воды в работе использовали результаты исследований воды централизованного питьевого водоснабжения г. Луганска по санитарно-химическим показателям безопасности и качества, выполненные лабораторией санитарно-гигиенического отдела Луганской городской санитарно-эпидемиологической станции за 2004-2023 гг. По каждому показателю за многолетний период проведен расчет средней арифметической величины (M), ошибки средней величины (m) и среднего квадратического отклонения (δ). Результаты исследований сравнивали с действующими в Украине (ГСанПиН 2.2.4-171-10) и Российской Федерации (СанПиН 1.2.3685-21) нормативами.

В результате проведенных исследований установлено, что за период 2004-2023 гг. водопроводная вода централизованного питьевого водоснабжения характеризовалась повышенной общей жесткостью — 16,1-18,2 мг-экв/дм³ ($17,150 \pm 0,145$ мг-экв/дм³) при норме не более 7,0 мг-экв/дм³ и содержанием сухого остатка — 1565-1780 мг/дм³ ($1626,000 \pm 12,047$ мг/дм³) при норме не более 1000 мг/дм³. Допустимые нормы на указанные показатели одинаковы согласно ГСанПиН 2.2.4-171-10 и СанПиН 1.2.3685-21. Также при оценке качества воды по сравнению с ГСанПиН 2.2.4-171-10 установлено повышенное содержание в воде сульфатов — 360-420 мг/дм³ ($398,500 \pm 3,406$ мг/дм³) при норме не более 250 мг/дм³ и хлоридов — 300-380 мг/дм³ ($349,600 \pm 4,785$ мг/дм³) при норме не более 250 мг/дм³. По сравнению с нормами СанПиН 1.2.3685-21 вода характеризовалась

повышенным содержанием магния — 54,7-82,6 мг/дм³ (71,100±3,122мг/дм³) при норме не более 50 мг/дм³. Кроме того, исследуемая вода не соответствует показателям физиологической полноценности минерального состава согласно ГСанПиН 2.2.4-171-10 по общей жесткости, содержанию кальция, магния и сухого остатка. При этом содержание фторидов в воде составило 0,14-0,22 мг/дм³ (0,180±0,005мг/дм³), что значительно меньше по сравнению с нормами ГСанПиН 2.2.4-171-10 и СанПиН 1.2.3685-21 — 0,7-1,5 мг/дм³. Полученные данные приведены в таблице 31.

Таблица 31 — Санитарно-химические показатели безопасности и качества питьевой водопроводной воды г. Луганска

Показатели и единицы измерения	Норма*	Содержание в единицах измерения:		
		min	max	M±m
Запах, баллы	≤ 2	0	0	0
Цветность, градусы	≤ 20	8,2	18,4	13,135±0,483
Мутность, мг/дм ³	≤ 0,58	0,2	0,8	0,580±0,036
Вкус и привкус, баллы	≤ 2	0	0	0
Водородный показатель, ед. рН	6,5-8,5 / 6,0-9,0	6,7	7,1	6,910±0,032
Железо общее, мг/дм ³	≤ 0,2 / 0,3	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Общая жесткость, ммоль/дм ³ / мг-экв/дм ³	≤ 7,0	16,1	18,2	17,150±0,145
Сульфаты, мг/дм ³	≤ 250 / 500	360	420	398,500±3,406
Сухой остаток, мг/дм ³	≤ 1000	1565	1780	1626,000±12,047
Хлор остаточный, мг/дм ³	≤ 0,5 / –	< 0,1	< 0,1	< 0,1
Хлориды, мг/дм ³	≤ 250 / 350	300	380	349,600±4,785
Аммоний, мг/дм ³	≤ 0,5 / 2,0	<0,05	<0,05	<0,05
Нитраты, мг/дм ³	≤ 50 / 45	13,3	15,8	14,290±0,171
Нитриты, мг/дм ³	≤ 0,5 / 3,0	< 0,003	< 0,003	< 0,003
Фториды, мг/дм ³	0,7-1,5	0,14	0,22	0,180±0,005
Перманганатная окисляемость, мг/дм ³	≤ 5,0	1,6	2,1	1,825±0,035
Марганец, мг/дм ³	≤0,05 / 0,1	0,001	0,007	0,0039±0,0004
Медь, мг/дм ³	≤1,0	0,001	0,007	0,0033±0,0005
Общая щелочность, ммоль/дм ³	0,5-6,5 / –	3,6	5,1	4,390±0,098
Алюминий, мг/дм ³	≤ 0,20	0,009	0,018	0,0143±0,0007
Мышьяк, мг/дм ³	≤ 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01
Кальций, мг/дм ³	25-75** / –	201	240	223,350±3,224
Магний, мг/дм ³	10-50** / 50	54,7	82,6	71,100±3,122

Примечания:

* – нормы для питьевой водопроводной воды приведены в числителе — в соответствии с ГСанПиН 2.2.4-171-10, а в знаменателе — согласно СанПиН 1.2.3685-21; в случае, когда нормы согласно обоим документам совпадают в таблице приведено одно значение; ** – указаны

показатели физиологической полноценности минерального состава питьевой воды согласно ГСанПиН 2.2.4-171-10.

Таким образом, в городе Луганске вода централизованного питьевого водоснабжения за период 2004-2023 гг. характеризовалась повышенными общей жесткостью и минерализацией (солесодержанием), что является потенциальным фактором риска для здоровья населения.

Установлено, что среди всех анкетированных граждан не употребляли сырой водопроводной воды — $36,61 \pm 1,50\%$, употребляли сырую воду иногда — $35,16 \pm 1,48\%$ и употребляли ее постоянно — $28,23 \pm 1,40\%$. Удельный вес лиц, не употреблявших сырой воды, больше среди женщин — $42,45 \pm 2,31\%$, по сравнению с мужчинами — $32,01 \pm 1,94\%$ ($p < 0,001$).

Установлено, что удельных вес лиц, которые не употребляли сырой водопроводной воды, выше среди психически здоровых людей — $43,75 \pm 2,16\%$, по сравнению с пациентами с расстройствами психики и поведения — $29,22 \pm 2,01\%$, в том числе в группах мужчин — $40,06 \pm 2,75\%$ по сравнению с — $22,35 \pm 2,56\%$ ($p < 0,001$) и женщин — $49,29 \pm 3,44\%$ по сравнению с — $36,59 \pm 3,07\%$ ($p = 0,006$). Связь между психическим здоровьем и употреблением сырой питьевой воды с повышенными общей жесткостью и минерализацией доказана с использованием метода «хи-квадрат» в общей группе (мужчины + женщины) — $\chi^2 = 50,833$, среди мужчин — $\chi^2 = 46,038$ ($p < 0,001$) и женщин — $\chi^2 = 11,875$ ($p = 0,003$). Данные в таблице 32.

Таблица 32 — Влияние употребления для питья сырой водопроводной воды на психическое здоровье населения ($n=1038$)

Употребление сырой воды	Удельный вес жителей с различным психическим здоровьем, %		p
	психически здоровые	пациенты с расстройствами психики	
Общая группа (мужчины + женщины), $\chi^2=50,833$, p< 0,001, n=3			
Не употребляли сырой воды	43,75±2,16	29,22±2,01	< 0,001
Употребляли сырую воду иногда	37,50±2,11	32,74±2,08	>0,05

Продолжение таблицы 32

Употребление сырой воды	Удельный вес жителей с различным психическим здоровьем, %		p
	психически здоровые	пациенты с расстройствами психики	
Общая группа (мужчины + женщины), $\chi^2=50,833$, $p< 0,001$, $n=3$			
Употребляли сырую воду постоянно	18,75±1,70	38,04±2,15	< 0,001
Мужчины, $\chi^2=46,038$, $p< 0,001$, $n=3$			
Не употребляли сырой воды	40,0±2,75	22,35±2,56	< 0,001
Употребляли сырую воду иногда	41,33±2,77	34,09±2,92	>0,05
Употребляли сырую воду постоянно	18,61±2,19	43,5±3,05	< 0,001
Женщины, $\chi^2=11,875$, $p= 0,003$, $n=3$			
Не употребляли сырой воды	49,29±3,44	36,59±3,07	0,006
Употребляли сырую воду иногда	31,75±3,21	31,30±2,96	>0,05
Употребляли сырую воду постоянно	18,96±2,70	32,11±2,98	0,001

Полученные данные, по нашему мнению, обусловлены характером течения хронических психических заболеваний, при которых страдает эмоционально-волевая сфера со снижением мотиваций, стремлений, побуждений, искажением поведения, что приводит к нарушению пациентами правил здорового образа жизни. То есть, употребление лицами с расстройствами психики и поведения сырой водопроводной воды рассматривается как фрагмент несоблюдения здорового образа жизни, что приводит к ухудшению соматического и психического здоровья пациентов. Общеизвестно, что длительное употребление для питья сырой воды с повышенными общей жесткостью и минерализацией является фактором риска формирования у населения болезней системы кровообращения (включая ишемическую болезнь сердца, гипертоническую болезнь), органов пищеварения и другой хронической патологии. При этом возникновение у жителей указанных заболеваний, безусловно, вызывает интенсивное дополнительное беспокойство, что неизбежно негативно отражается и на психическом здоровье населения. Также важно учитывать, что все органы и системы организма взаимосвязаны между собой, что вызывает цепную ответную реакцию на негативное воздействие факторов риска для здоровья.

Кроме того, с использованием корреляционного анализа выполнена оценка связи между уровнем материального обеспечения жителей (психически здоровых граждан и пациентов с расстройствами психики и поведения) и частотой употребления сырой водопроводной воды. Для этого были использованы результаты ответов пациентов с психическими заболеваниями и психически здоровых людей на вопрос о среднем доходе на 1 члена семьи (в месяц): менее 7,5 тыс. рубл., 7,5-15 тыс. рубл., 15-22,5 тыс. рубл., более 22,5 тыс. рубл. В результате получены данные о том, что связь между сравниваемыми показателями составила в группе психически здоровых людей — $r = +0,061$, а среди психически больных лиц — $r = -0,063$. В обоих случаях корреляционная связь слабая и недостоверная ($p > 0,05$). Полученные данные свидетельствуют о том, что уровни доходов жителей не являются значимым фактором в выборе гражданами для употребления той или иной воды. По-видимому, это обусловлено сравнительно невысокой стоимостью тех объемов очищенной воды, которая необходима непосредственно для употребления человеком в питьевых целях.

Качество воздушной среды

Связь психических расстройств с загрязнением воздуха описана в зарубежных научных трудах. В исследовании британских ученых, опубликованном в *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* доказано, что повышение значения оксида азота в воздухе увеличивает шансы появления психических расстройств на 39%. Эксперты Бристольского университета доказали влияние проживания жителей в районах с наиболее загрязненным воздухом на более тяжелое течение шизофрении, биполярного расстройства и клинической депрессии. Научные сотрудники Британского комитета по вопросам медицинского воздействия загрязнителей воздуха выяснили, что загрязнение воздуха может влиять на пластичность нейронов, что отрицательно сказывается на мыслительных, когнитивных способностях и поведенческих характеристиках людей [258].

Источниками загрязнения окружающей среды, в том числе атмосферного воздуха, в городе Луганске являются промышленные предприятия и автомобильный транспорт. К главным индустриальным объектам Луганска относятся: Луганский тепловозостроительный завод, станкостроительный завод, машиностроительный завод им. Пархоменко, литейно-механический завод, трубный завод, Луганские аккумуляторы, завод Нестандартного Оборудования, завод Коленчатых валов, лакокрасочный завод, завод строительных материалов, завод Стальной Дробы, завод Прогресс и другие.

Основными веществами, загрязняющими атмосферный воздух Луганска, являются: углерода оксид, азота диоксид, серы диоксид, дигидросульфид (сероводород), гидроксibenзол (фенол), аммиак, гидрохлорид (хлористый водород), взвешенные вещества (пыль).

В течение 2004-2023 гг. лабораторией санитарно-эпидемиологической станции г. Луганска исследовано всего 43142 пробы атмосферного воздуха, из которых выявлено 1836 проб, то есть $4,26 \pm 0,10\%$ с превышением ПДК. За указанный период удельный вес проб атмосферы с превышением ПДК составил: углерода оксида — $9,96 \pm 0,45\%$, азота диоксида — $0,57 \pm 0,09\%$, серы диоксида — $1,43 \pm 0,15\%$, дигидросульфида (сероводорода) — $4,66 \pm 0,97\%$, гидроксibenзола (фенола) — $0,94 \pm 0,27\%$, аммиака — $5,39 \pm 0,46\%$, гидрохлорида — $1,74 \pm 0,39\%$, взвешенных веществ — $0,75 \pm 0,14\%$. За исследуемый период в 20 лет в атмосферном воздухе Луганска были зарегистрированы максимальные концентрации: углерода оксида — 3,08 ПДКм.р., азота диоксида — 2,55 ПДКм.р., серы диоксида — 4,48 ПДКм.р., дигидросульфида — 2,88 ПДКм.р., гидроксibenзола — 2,00 ПДКм.р., аммиака — 2,55 ПДКм.р., гидрохлорида — 6,25 ПДКм.р., взвешенных веществ — 2,60 ПДКм.р. Данные приведены в таблице 33.

Таблица 33 — Удельный вес проб атмосферного воздуха в г. Луганске за период 2004-2023 гг, превышающих ПДКм.р., в %

Загрязняющие вещества	Исследовано проб воздуха		Максимальная концентрация, ПДКм.р.
	Всего, абс. число	с превышением ПДК, %	
Оксид углерода	4409	9,96±0,45%	3,08
Диоксид азота	7586	0,57±0,09%	2,55
Диоксид серы	6352	1,43±0,15%	4,48
Дигидросульфид	472	4,66±0,97%	2,88
Гидроксibenзол	1280	0,94±0,27%	2,00
Аммиак	2429	5,39±0,46%	2,55
Гидрохлорид (хлористый водород)	1143	1,74±0,39%	6,25
Взвешенные вещества	3747	0,75±0,14%	2,60

Из группы тяжелых металлов обнаружены концентрации ртути, марганца и железа, превышающие ПДКм.р. на локальных участках территорий, расположенных в зоне влияния выбросов отдельных промышленных объектов.

Результаты проведенных лабораторных исследований свидетельствуют о том, что в городе Луганске за период 2004-2023 гг. загрязнители атмосферного воздуха, превышающие установленные нормативы, являются одним из факторов риска для здоровья населения.

Выполнено сравнение результатов лабораторных исследований атмосферного воздуха в городе Луганске за два периода: довоенный (2004-2013 гг.) и военный (2014-2023 гг.). Установлено, что удельный вес проб атмосферного воздуха с превышением ПДК достоверно выше в довоенный период — $4,51 \pm 0,11\%$, по сравнению с военным периодом — $2,87 \pm 0,20\%$ ($p < 0,001$). Это обусловлено резким снижением количества выбросов вредных веществ в атмосферу в связи с уменьшением объемов промышленного производства в военный период.

Уровни гамма-излучения

Был изучен гамма-фон в городе Луганске за период 2004-2023 гг. Данные были взяты из имеющихся электронных архивов ГУ «Луганская областная санитарно-эпидемиологическая станция» Министерства здравоохранения

Украины, ГУ «Луганский областной лабораторный центр Госсанэпидслужбы Украины», ГС «Луганская республиканская санитарно-эпидемиологическая станция» Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики, ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Луганской Народной Республике».

Согласно результатам проведенных исследований, за период 2004-2023 гг. на контрольном участке территории, прилегающем к зданию Луганской областной (республиканской) санитарно-эпидемиологической станции мощность амбиентного эквивалента дозы (МАЭД) гамма-излучения составила — 0,108-0,144 мкЗв/ч (в среднем $0,123 \pm 0,003$ мкЗв/ч), а мощность экспозиционной дозы (МЭД) гамма-излучения — 12,41-16,55 мкР/ч (в среднем $14,088 \pm 0,315$ мкЗв/ч), что не превысило допустимого уровня.

3.4. Интегральная оценка влияния внешних факторов жизнедеятельности на психическое здоровье

В диссертационном исследовании была осуществлена интегральная оценка влияния внешних факторов, включая образ жизни, на психическое здоровье. Также при оценке факторов, влияющих на психическое здоровье, были учтены и predisposиционные факторы. К ним относятся те психологические, социальные и поведенческие переменные, которые не связаны непосредственно с ухудшением здоровья, началом заболевания или его обострением, но позволяющие отнести людей с определенными характеристиками к группе риска. Эти характеристики формируются в процессе всей жизни человека и к их числу относят: уровень нервно-психической устойчивости, самооценку личности, уровень конфликтности, морально-нравственную ориентацию и прочие.

Определение степени влияния каждого из факторов среды жизнедеятельности на психическое здоровье с оценкой статистической значимости этого влияния было выполнено с использованием многомерного статистического анализа по программе Statistica 6.0. Степень влияния факторов

оценивалась по коэффициенту отношения правдоподобия (КОП, критерий Уилкса). Факторы, действие которых было статистически значимо ($p < 0,05$), оказывали влияние на психическое здоровье при КОП > 1 . В зависимости от удельного веса значимости влияния факторов на психическое здоровье, им были присвоены соответствующие ранги. Результаты приведены в таблице 34.

Таблица 34 — Степень и достоверность влияния факторов среды жизнедеятельности на психическое здоровье

Факторы среды жизнедеятельности	Рп, %	Рз, %	p	КОП	Ранги
1. Занятия спортом	0,60	0,23	$< 0,0001$	2,6	11
2. Закаливание	0,70	0,50	$< 0,0001$	1,4	16
3. Ходьба пешком	0,33	0,10	$< 0,0001$	3,4	8
4. Длительность сна	0,62	0,79	$< 0,0001$	0,8	-
5. Режим дня	0,67	0,51	$< 0,0001$	1,3	17
6. Курение	0,44	0,37	0,03	1,2	18
7. Курение в семье	0,34	0,28	0,04	1,2	18
8. Употребление спиртных напитков	0,63	0,36	$< 0,0001$	-	-
9. Употребление наркотических веществ	0,07	0,01	$< 0,0001$	8,8	2
10. Употребление сырой водопроводной воды	0,38	0,19	$< 0,0001$	2,0	14
11. Режим питания	0,50	0,52	0,6	1,0	-
12. Количество приемов пищи	0,58	0,61	0,5	0,9	-
13. Употребление фруктов	0,31	0,11	$< 0,0001$	2,8	10
14. Употребление молока	0,50	0,31	$< 0,0001$	1,6	15
15. Употребление творога	0,61	0,32	$< 0,0001$	1,9	14
16. Употребление мяса	0,30	0,09	$< 0,0001$	3,5	7
17. Употребление рыбы	0,52	0,25	$< 0,0001$	2,1	13
18. Употребление морепродуктов	0,85	0,62	$< 0,0001$	1,4	16
19. Употребление сладкого	0,43	0,58	$< 0,0001$	0,8	-
20. Употребление мёда	0,82	0,71	0,00004	1,2	18
21. Употребление острых блюд	0,60	0,60	0,9	1,0	-
22. Доход	0,54	0,20	$< 0,0001$	2,8	10
23. Площадь проживания	0,19	0,08	$< 0,0001$	2,5	12
24. Нервно-психическая обстановка	0,48	0,10	$< 0,0001$	4,9	5
25. Стрессы в семье	0,33	0,09	$< 0,0001$	3,5	7
26. Стрессы в коллективе	0,07	0,17	$< 0,0001$	0,4	-

Продолжение таблицы 34

Факторы среды жизнедеятельности	Рп, %	Рз, %	p	КОП	Ранги
27. Настрой на долгую жизнедеятельность	0,58	0,10	< 0,0001	5,6	3
28. Наличие цели в жизни	0,67	0,23	< 0,0001	2,9	9
29. Взгляд на жизнь	0,23	0,02	< 0,0001	11,1	1
30. Тревожность	0,52	0,13	< 0,0001	3,9	6
31. Фрустрация	0,45	0,09	< 0,0001	5,2	4
32. Агрессивность	0,36	0,19	< 0,0001	1,9	14
33. Ригидность	0,55	0,22	< 0,0001	2,5	12
34. Религиозность	0,49	0,36	0,00012	1,4	16
35. Влияние войны на психику	0,71	0,33	< 0,0001	2,1	13
36. Влияние распространения COVID-19 на психику	0,42	0,15	< 0,0001	2,9	9

Примечание: Рп — частота встречаемости признака у пациентов; Рз — частота встречаемости признака у психически здоровых лиц, КОП — коэффициент отношения правдоподобия.

Согласно полученным данным, из факторов, влияние которых на психическое здоровье было статистически значимо 1, 3, 4, 5, 6 и 7 ранговые места заняли стрессовые и predispositional факторы. При исследовании личностных особенностей пациентов, страдающих расстройствами психики и поведения, было выявлено, что большинство из них являются пессимистами ($23,18 \pm 1,87\%$, по сравнению с психически здоровыми людьми — $2,08 \pm 0,62\%$; $\chi^2 = 116,829$; $p < 0,001$), не имеют четко продуманной цели в жизни ($66,60 \pm 2,09\%$, по сравнению с психически здоровыми людьми — $23,06 \pm 1,83\%$; $\chi^2 = 199,180$; $p < 0,001$), настроены на долгую жизнедеятельность ($58,35 \pm 2,18\%$, по сравнению с психически здоровыми людьми — $10,40 \pm 1,33\%$; $\chi^2 = 266,152$; $p < 0,001$), не могут быстро принять решение в случае отрицательной стрессовой ситуации ($83,30 \pm 1,65\%$, по сравнению с психически здоровыми людьми — $38,75 \pm 2,12\%$; $\chi^2 = 262,331$; $p < 0,001$). Было выявлено, что психически здоровые лица реже подвергаются воздействию или реагируют на стрессовые факторы, то есть являются более стрессоустойчивыми — $44,99 \pm 2,16\%$ исследуемых, по сравнению с пациентами, страдающими психическими расстройствами — $68,75 \pm 2,05\%$

респондентов. Различия между данными показателями статистически значимы ($\chi^2 = 99,0211$; $p < 0,001$).

Из стрессовых факторов также было доказано влияние на психическое здоровье боевых действий (Критерий Уилкса=2,1) и психологических стрессоров, связанных с распространением новой коронавирусной инфекции (Критерий Уилкса=2,9). Так, удельный вес исследуемых, которые отмечали влияние стрессов военного времени на психическое здоровье, был значительно выше в группе лиц, страдающих расстройствами психики и поведения — $71,12 \pm 2,01\%$, по сравнению с психически здоровыми людьми — $33,46 \pm 2,05\%$ ($\chi^2 = 167,21$; $p < 0,001$). Удельный вес исследуемых, которые отмечали влияние психологических стрессоров, связанных с распространением COVID-19 на психическое здоровье, был выше в группе лиц, страдающих расстройствами психики и поведения — $41,96 \pm 2,18\%$ по сравнению с психически здоровыми людьми — $14,58 \pm 1,53\%$ ($\chi^2 = 127,838$; $p < 0,001$).

2 ранговое место по влиянию на психическое здоровье принадлежит употреблению наркотических веществ. В результате исследования было установлено, что удельный вес лиц, которые ранее употребляли наркотические или без назначения врача психотропные вещества, выше в группе пациентов с расстройствами психики и поведения — $5,49 \pm 1,01\%$ по сравнению с психически здоровыми людьми — $0,38 \pm 0,27\%$, то есть в 14,4 раза ($\chi^2 = 26,533$; $p < 0,001$).

Также было выявлено влияние на психическое здоровье таких факторов как питание, площадь проживания, физическая активность и соблюдение режима дня.

Согласно результатам исследований, пациенты с психическими заболеваниями по сравнению с психически здоровыми людьми значительно реже употребляют основные продукты питания: свежие фрукты, молоко и молочные продукты, творог и сыр, мясо и мясные продукты, рыбу и рыбные продукты, морепродукты, а также мёд, содержащие важные для организма вещества — белки, жиры, углеводы, микроэлементы и витамины. Данные статистически значимы, приведены в таблице 35.

Таблица 35 — Оценка употребления продуктов питания психически здоровыми людьми и пациентами с расстройствами психики и поведения

	Основные продукты питания (употребляют регулярно)			
	Фрукты $p < 0,001$, $\chi^2=72,574$	Молоко $p < 0,001$, $\chi^2=43,634$	Творог $p < 0,001$, $\chi^2=101,799$	Мясо $p < 0,001$, $\chi^2=97,517$
Психически здоровые	48,30±2,17%	36,55±2,10%	31,44±2,02%	57,58±2,15%
Пациенты	30,98±2,05%	21,77±1,83%	12,55±1,47%	33,53±2,09%
	Основные продукты питания (употребляют регулярно)			
	Рыба $p < 0,001$, $\chi^2=89,283$	Морепродукты $p < 0,001$, $\chi^2=111,728$	Сладкое $p < 0,001$, $\chi^2=23,016$	Мёд $p < 0,001$, $\chi^2=22,048$
Психически здоровые	33,52±2,05%	11,93±1,41%	32,57±2,04%	21,78±1,80%
Пациенты	15,88±1,62%	3,92±0,86%	43,92±2,20%	13,73±1,52%

При исследовании площади проживания установлено, что в группе психически здоровых людей меньше жителей с низкой обеспеченностью жильем на 1 члена семьи (менее 10 м²) — 8,52±1,22%, по сравнению с пациентами с диагнозами психических заболеваний — 19,21±1,74% (данные статистически значимы: $\chi^2 = 36,620$; $p < 0,001$).

При изучении физической активности установлено, что удельный вес лиц, которые не занимались утренней гимнастикой и/или спортом, связанным с физической нагрузкой, выше в группе пациентов, страдающих расстройствами психики и поведения — 59,61±2,17% по сравнению с психически здоровыми людьми — 23,11±1,83% ($\chi^2 = 143,621$, $p < 0,001$). Жителей, не проводивших процедуры по закаливанию организма, так же больше среди лиц, страдающих расстройствами психики и поведения — 69,41±2,04% по сравнению с психически здоровыми лицами — 49,81±2,18% ($\chi^2 = 44,047$; $p < 0,001$). Жителей, которые редко совершали пешие прогулки и/или работы на открытом воздухе больше в группе лиц, страдающих психическими заболеваниями — 32,75±2,08%, по сравнению с психически здоровыми лицами — 10,04±1,31% ($\chi^2 = 109,938$; $p < 0,001$). Согласно полученным данным, среди видов физической активности

наибольшее влияние на психическое здоровье оказывают пешие прогулки (8 ранговое место в общей таблице).

Установлено влияние режима дня на психическое здоровье (коэффициент Уилкса = 1,3). В результате исследования выявлено, что удельный вес лиц, которые не соблюдают режим дня выше в группе пациентов, страдающих расстройствами психики и поведения — $66,40 \pm 2,09\%$ по сравнению с психически здоровыми людьми — $51,23 \pm 4,73\%$ ($\chi^2 = 24,64$; $p < 0,0001$).

18 ранговое место по влиянию на психическое здоровье оказывает курение. В результате проведенной работы было установлено, что удельный вес психически здоровых лиц, которые активно не курили, выше в группе психически здоровых лиц — $62,69 \pm 2,10\%$, по сравнению с пациентами с расстройствами психики и поведения — $56,28 \pm 2,20\%$ ($\chi^2 = 40,658$; $p = 0,035$).

При изучении употребления алкоголя оказалось, что удельный вес лиц, которые не употребляли спиртные напитки, выше в группе пациентов с расстройствами психики и поведения — $62,74 \pm 2,14\%$ по сравнению с психически здоровыми людьми — $36,36 \pm 2,09\%$ ($\chi^2 = 245,941$; $p < 0,001$). При исследовании отдельно мужчин и женщин, было выявлено, что удельный вес мужчин, которые часто употребляли спиртное, выше в группе пациентов с расстройствами психики и поведения — $16,67 \pm 2,29\%$ по сравнению с психически здоровыми людьми — $7,25 \pm 1,46\%$ ($\chi^2 = 28,295$; $p < 0,001$). В то же время, женщин, часто употреблявших спиртное, наоборот, больше в группе психически здоровых лиц — $7,58 \pm 1,82\%$ по сравнению с пациентами с психическими расстройствами — $2,03 \pm 0,90\%$ ($\chi^2 = 90,283$; $p = 0,007$). Полученные данные можно объяснить фактом соблюдения запрета по медицинским показаниям врача психиатра употреблять напитки, содержащие алкоголь, женщинами, страдающими расстройствами психики и поведения, особенно в стадии обострения у них болезни и в случае приема определенной группы лекарственных средств. В то же время, мужчин, часто употреблявших спиртное, наоборот, в 2,3 раза больше в группе пациентов с

расстройствами психики и поведения по сравнению с психически здоровыми людьми.

Также было изучено влияние употребления сырой водопроводной воды на психическое здоровье, поскольку рассчитанный КОП для данного фактора оказался более 1. Установлено, что удельный вес лиц, которые не употребляли сырой водопроводной воды с повышенными общей жесткостью и минерализацией выше среди психически здоровых людей — $43,75 \pm 2,16\%$, по сравнению с пациентами с расстройствами психики и поведения — $29,22 \pm 2,01\%$ ($\chi^2 = 50,833$; $p < 0,001$).

ГЛАВА 4

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАССТРОЙСТВАМИ ПСИХИКИ И ПОВЕДЕНИЯ В ЛУГАНСКОМ РЕГИОНЕ

Исследования показателей заболеваемости расстройствами психики и поведения выполнены в Луганском регионе за период 2004-2023 гг., который включает три исторических этапа: первый (2004-2013 гг.) во время нахождения в Украине — Луганская область; второй (2014-2021 гг.) во время создания и функционирования Луганской Народной Республики (ЛНР) как отдельного государства и третий (2022-2023 гг.) во время функционирования Луганской Народной Республики в составе Российской Федерации.

Общий интервал времени в 20 лет разделен на два равных по продолжительности десятилетних периода:

мирного времени (2004-2013 гг.),

военного времени (2014-2023 гг.).

Учтены следующие показатели психического здоровья:

выявляемость и учтенность (на 100000 населения) расстройств психики и поведения всего населения, взрослого населения, подростков и детей;

выявляемость и учтенность (на 100000 населения) расстройств психики и поведения всего населения по следующим нозологиям — F00-09 (органические, включая симптоматические, психические расстройства), F20-29 (шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства), F30-39 (расстройства настроения — аффективные расстройства), F 40-69 (невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства; расстройства личности и поведения в зрелом возрасте), F 80-99 (расстройства психологического (психического) развития) и F 70-79 (умственная отсталость);

инвалидность и первичный выход на инвалидность пациентов с диагнозом расстройств психики и поведения (на 100000 населения);

длительность стационарного лечения пациентов с расстройствами психики и поведения по нозологиям F00-09, F20-29, F30-39, F 40-69, F 80-99 и F 70-79.

Под выявляемостью понимается заболеваемость, то есть все новые случаи расстройств психики и поведения (V F класс болезней по МКБ-10), выявленные в текущем году (в пересчете на 100000 населения).

Под учтенностью следует понимать распространенность, то есть все новые случаи расстройств психики и поведения (V F класс болезней по МКБ-10), выявленные в текущем году, плюс количество пациентов с ранее установленным данным диагнозом, находящихся на учете в настоящее время (в пересчете на 100000 населения).

Выполнено сравнение вышеуказанных показателей психического здоровья в мирный и военный периоды времени.

В процессе статистической обработки и интерпретации полученных данных в сравниваемые периоды использовался U-Test Mann-Whitney (Манна-Уитни): выявленные различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. Использованный тест является непараметрической альтернативой t-критерию для независимых выборок в случае отсутствия нормального распределения.

С целью определения тенденции различных показателей психического здоровья составлено уравнение регрессии, характеризующее их изменение по годам с оценкой статистической значимости увеличения или снижения, прогнозом на перспективу показателей методом экстраполяции с построением диаграмм.

На первом этапе выполнено сравнение показателей, характеризующих психическое здоровье населения в г. Луганск.

Установлено, что в данном городе в 2014-2023 гг. по сравнению с 2004-2013 гг. возросли следующие показатели психического здоровья:

выявляемость расстройств психики и поведения всего населения и взрослого населения;

учтенность расстройств психики и поведения всего населения, взрослого населения, подростков и детей;

инвалидность и первичный выход на инвалидность пациентов с диагнозом расстройств психики и поведения.

Полученные данные приведены в таблице 36.

Таблица 36 — Показатели, характеризующие психическое здоровье населения в г. Луганск за сравниваемые периоды 2004-2013 гг. и 2014-2023 гг. (на 100 тыс. населения)

Показатели психического здоровья	Периоды:		Р
	2004-2013 гг. M±SE	2014-2023 гг. M±SE	
Выявляемость расстройств психики и поведения всего населения	306,45±25,15	505,95±12,93	< 0,001
Выявляемость расстройств психики и поведения взрослого населения	237,33±29,16	443,54±14,87	< 0,001
Выявляемость расстройств психики и поведения подростков	703,43±46,37	664,7±97,98	> 0,05
Выявляемость расстройств психики и поведения детей	706,51±16,62	903,53±63,74	> 0,05
Учтенность расстройств психики и поведения всего населения	2274,72±33,81	2602,84±74,12	0,001
Учтенность расстройств психики и поведения взрослого населения	2008,13±42,52	2349,41±53,44	< 0,001
Учтенность расстройств психики и поведения подростков	3350,41±113,70	4140,22±307,87	0,03
Учтенность расстройств психики и поведения детей	3950,77±38,78	4461,77±155,26	0,02
Инвалидность с диагнозом расстройств психики и поведения	501,98±12,15	564,24±4,08	< 0,001
Первичный выход на инвалидность с диагнозом расстройств психики и поведения	25,58±1,13	17,70±1,02	< 0,001

В результате оценки показателей, характеризующих психическое здоровье населения Луганского региона (рассчитанных по тем административным территориям, которые вошли в состав ЛНР), получены данные о том, что в

регионе 2014-2023 гг. по сравнению с 2004-2013 гг. возросли следующие показатели психического здоровья:

выявляемость расстройств психики и поведения всего населения, взрослого населения и подростков;

учтенность расстройств психики и поведения всего населения и детей;

выявляемость расстройств психики и поведения всего населения с диагнозами F00-09 и F30-39;

учтенность расстройств психики и поведения всего населения с диагнозами F00-09, F 40-69, F 80-99 и F 70-79;

инвалидность и первичный выход на инвалидность пациентов с диагнозом расстройств психики и поведения.

Полученные данные в представлены в таблице 37.

Таблица 37 — Показатели, характеризующие психическое здоровье населения Луганского региона за сравниваемые периоды 2004-2013 гг. и 2014-2023 гг. (на 100 тыс. населения)

Показатели психического здоровья	Периоды:		p
	2004-2013 гг. M±SE	2014-2023 гг. M±SE	
Выявляемость расстройств психики и поведения всего населения	267,90±3,24	328,82±9,84	< 0,001
Выявляемость расстройств психики и поведения взрослого населения	248,42±4,72	283,35±8,95	0,01
Выявляемость расстройств психики и поведения подростков	511,44±10,71	454,71±39,96	0,04
Выявляемость расстройств психики и поведения детей	555,85±15,78	608,77±39,05	> 0,05
Учтенность расстройств психики и поведения всего населения	2559,99±38,91	2893,22±65,80	< 0,001
Учтенность расстройств психики и поведения взрослого населения	2762,26±25,65	2763,22±29,57	> 0,05
Учтенность расстройств психики и поведения подростков	4071,29±48,28	4338,05±126,92	> 0,05
Учтенность расстройств психики и поведения детей	2996,22±41,07	3276,77±75,11	0,01
Выявляемость патологии с диагнозом F00-09	99,09±3,64	142,41±6,06	< 0,001

Продолжение таблицы 37

Показатели психического здоровья	Периоды:		p
	2004-2013 гг. M±SE	2014-2023 гг. M±SE	
Выявляемость патологии с диагнозом F20-29	21,40±0,42	21,86±0,70	> 0,05
Выявляемость патологии с диагнозом F30-39	22,83±0,42	18,79±0,88	0,006
Выявляемость патологии с диагнозом F 40-69, F 80-99	127,83±3,27	132,46±4,11	> 0,05
Выявляемость патологии с диагнозом F 70-79	24,25±1,22	20,56±1,27	> 0,05
Учетность патологии с диагнозом F00-09	746,12±18,47	876,19±20,29	< 0,001
Учетность патологии с диагнозом F20-29	446,07±3,99	438,18±8,16	> 0,05
Учетность патологии с диагнозом F30-39	171,05±3,16	167,07±4,30	> 0,05
Учетность патологии с диагнозом F 40-69, F 80-99	919,27±14,05	792,21±23,70	< 0,001
Учетность патологии с диагнозом F 70-79	555,55±2,22	506,54±10,82	< 0,001
Инвалидность с диагнозом расстройств психики и поведения	552,27±14,82	615,80±13,68	0,003
Первичный выход на инвалидность с диагнозом расстройств психики и поведения	23,66±0,80	16,04±0,72	< 0,001

По итогам оценки сроков лечения пациентов с расстройствами психики и поведения установлено, что в 2014-2023 гг. по сравнению с 2004-2013 гг. возросли:

в городе Луганске сроки лечения пациентов с расстройствами психики и поведения всего населения с диагнозами F00-09, F20-29, F 40-69, F 80-99 и F 70-79;

в Луганском регионе сроки лечения пациентов с расстройствами психики и поведения всего населения с диагнозами F00-09, F20-29, F30-39, F 40-69, F 80-99 и F 70-79.

Данные в таблице 38.

Таблица 38 — Сроки стационарного лечения пациентов с расстройствами психики и поведения (дни) в г. Луганск и Луганском регионе за сравниваемые периоды 2004-2013 гг. и 2014-2023 гг.

Показатели психического здоровья	Периоды:		p
	2004-2013 гг. M±SE	2014-2023 гг. M±SE	
Город Луганск			
Сроки лечения патологии с диагнозом F00-09	36,83±0,27	44,06±1,42	0,002
Сроки лечения патологии с диагнозом F20-29	58,39±0,48	62,10±2,43	0,004
Сроки лечения патологии с диагнозом F30-39	42,28±0,80	41,37±2,46	> 0,05
Сроки лечения патологии с диагнозом F 40-69, F 80-99	27,41±0,55	31,63±1,60	0,03
Сроки лечения патологии с диагнозом F 70-79	27,79±0,95	33,05±1,78	0,02
Всего по Луганскому региону			
Сроки лечения патологии с диагнозом F00-09	46,48±0,79	52,37±1,32	0,008
Сроки лечения патологии с диагнозом F20-29	63,87±1,32	70,26±2,60	0,04
Сроки лечения патологии с диагнозом F30-39	37,49±0,63	42,56±2,08	0,02
Сроки лечения патологии с диагнозом F 40-69, F 80-99	22,86±0,27	30,55±1,86	0,01
Сроки лечения патологии с диагнозом F 70-79	43,10±1,50	48,86±1,97	0,02

В то же время, с использованием метода экстраполяции установлена за весь изучаемый интервал времени — 2004-2023 гг. статистически значимая тенденция увеличения в городе Луганске:

выявляемости расстройств психики и поведения всего населения (коэффициент корреляции $r=0,90$ при $p<0,05$), взрослого населения ($r=0,92$, $p<0,05$) и детей ($r=0,49$, $p=0,03$) (Рисунок 5);

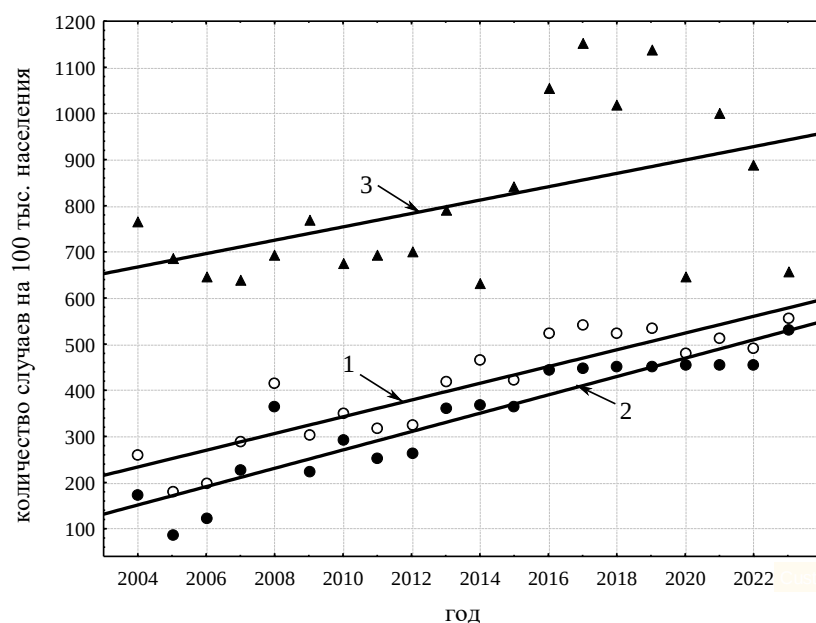


Рисунок 5 — Тренды изменения выявляемости расстройств психики и поведения в г. Луганск:
1– всего населения (○), 2 – взрослого населения (●), 3 – детей (▲).

учтенности расстройств психики и поведения всего населения ($r=0,67$, $p=0,001$, взрослого населения ($r=0,89$, $p<0,05$), подростков ($r=0,64$, $p=0,002$) и детей ($r=0,74$, $p=0,002$) (Рисунок 6);

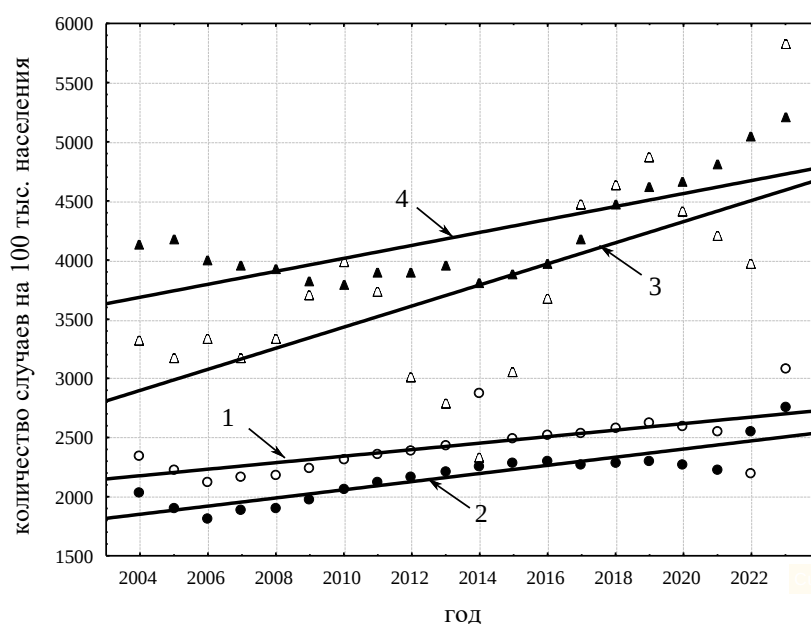


Рисунок 6 — Тренды изменения учтенности расстройств психики и поведения в г. Луганск:

1– всего населения (○), 2 – взрослого населения (●), 3 – подростков-△, 4 – детей (▲)
инвалидности пациентов с диагнозом расстройств психики и поведения
($r=0,83$, $p<0,05$) (Рисунок 7);

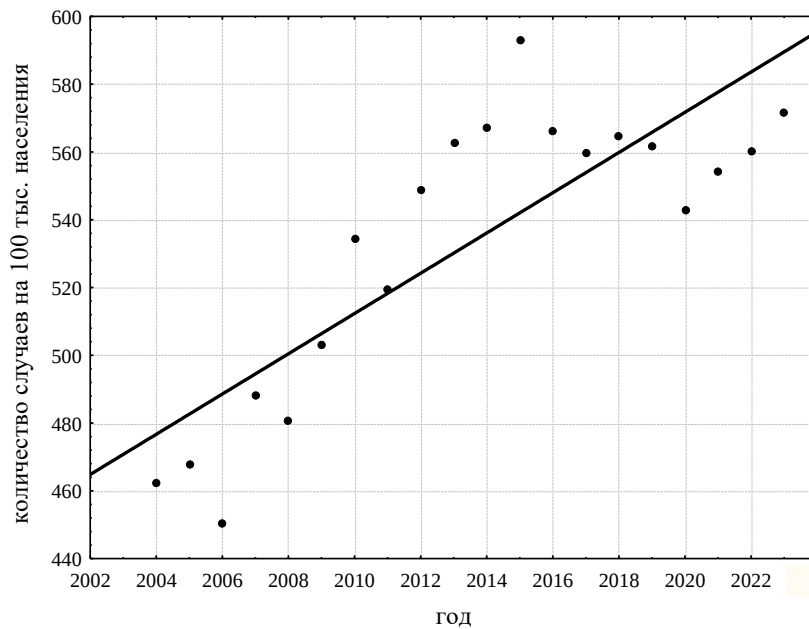


Рисунок 7 — Тренд изменения инвалидности с диагнозом расстройств психики и поведения (●) в г. Луганск

средних сроков стационарного лечения пациентов с расстройствами психики и поведения всего населения с диагнозами F00-09 ($r=0,68$, $p=0,001$), F 40-69, F 80-99 ($r=0,63$, $p=0,003$) и F 70-79 ($r=0,67$, $p=0,001$) (Рисунок 8).

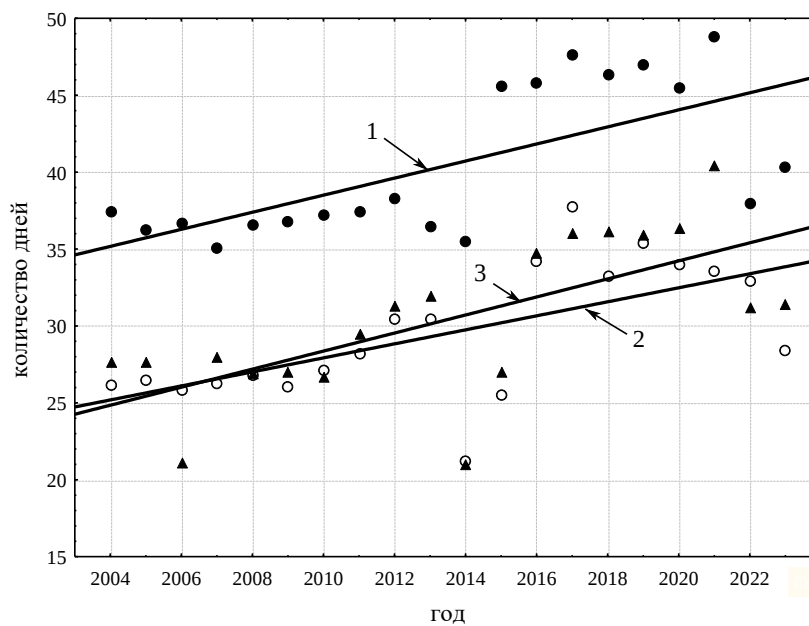


Рисунок 8 — Тренды изменения средних сроков стационарного лечения пациентов в г. Луганск с расстройствами психики и поведения с диагнозами:
1 – F00-09 (○), 2 – F 40-69, F 80-99 (●), 3 – F 70-79 (▲)

Полученные данные указывают на то, что в военный период — 2014-2023 гг. по сравнению с мирным — 2004-2013 гг. в Луганском регионе (на территориях, вошедших в состав ЛНР), в том числе в городе Луганске возросли основные показатели расстройств психики и поведения — выявляемость, учтенность заболеваний всего населения (в том числе отдельных нозологий), взрослых, подростков и детей; сроки стационарного лечения пациентов с расстройствами психики и поведения. Кроме того, за сравниваемые периоды увеличились показатели инвалидности, что свидетельствует об увеличении тяжести течения данной патологии. Результаты статистической обработки информации указывают на то, что чрезвычайная ситуация военного времени прямо или косвенно отрицательно отражается на психическом здоровье различных возрастных групп населения Луганской Народной Республики.

Сравнение основных показателей расстройств психики и поведения в мирный и военный периоды наглядно представлено на диаграммах (Рисунки 9,10, 11).

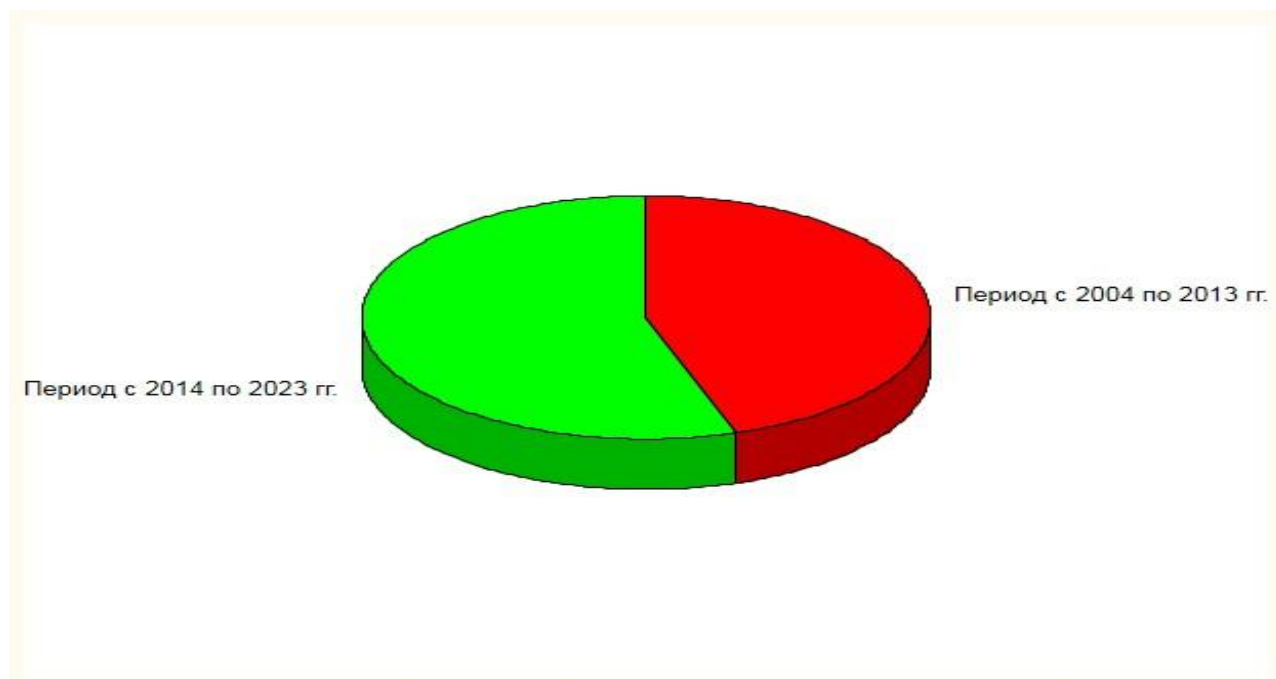


Рисунок 9 — Показатели выявляемости расстройств психики за период мирного и военного времени по Луганскому региону.

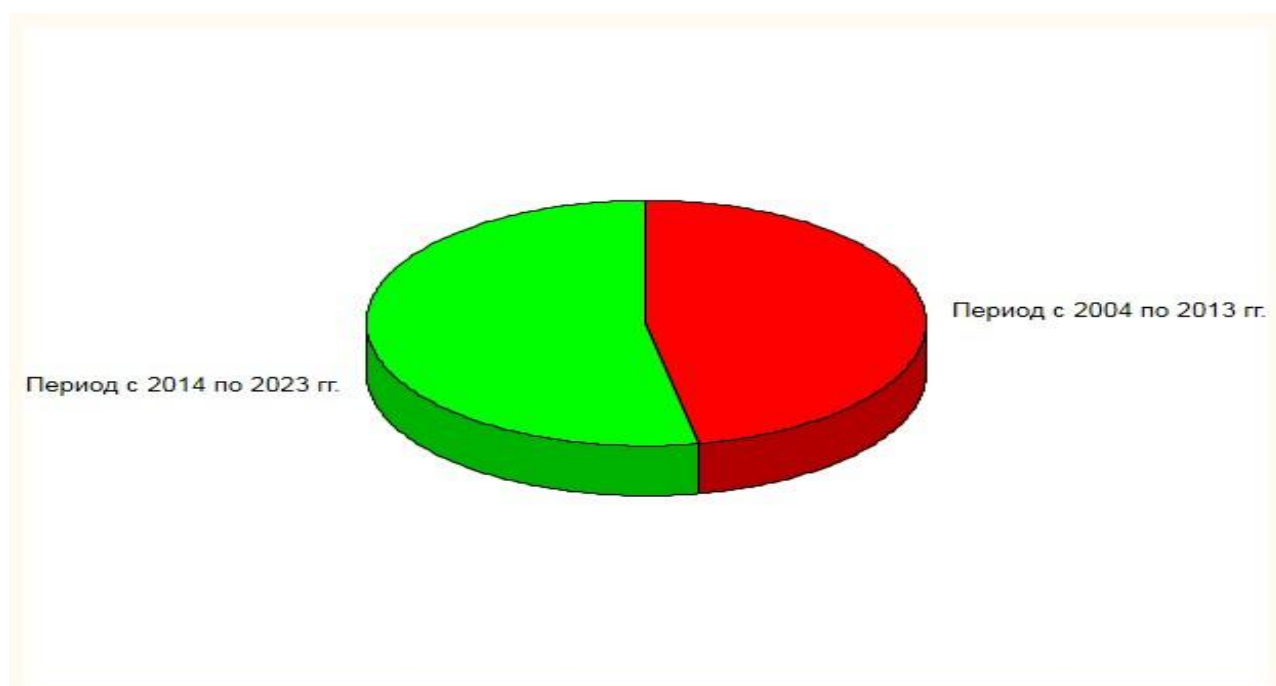


Рисунок 10 — Показатели учтенности расстройств психики за период мирного и военного времени по Луганскому региону

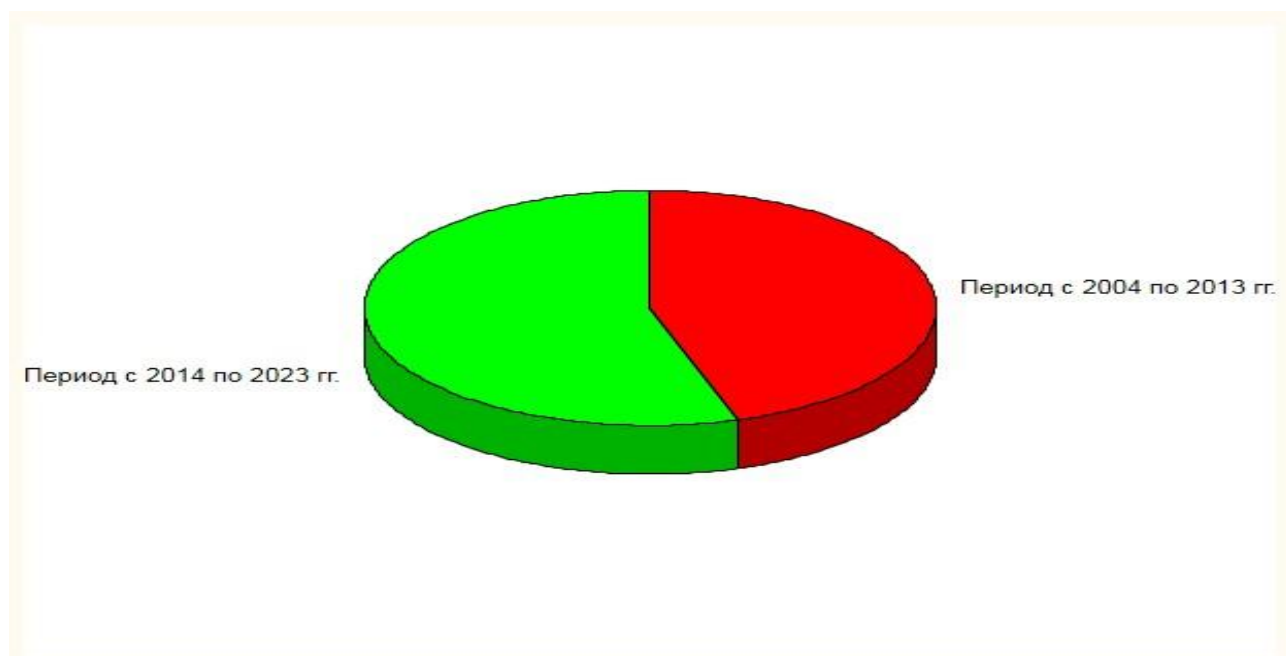


Рисунок 11 — Показатели инвалидности расстройств психики за период мирного и военного времени по Луганскому региону

Однако, статистически доказано ухудшение показателей психического здоровья населения не на всех территориях Луганского региона. Так, например, в то время, как указанные показатели за исследуемые 20 лет значительно ухудшились в целом по региону, в Луганске, Славяносербском и Перевальском районах, для городов Кировск, Свердловск, Красный Луч и Алчевск характерна стабилизация показателей, а в Антраците, Брянке, Краснодоне, Первомайске, Ровеньках и Стаханове наоборот — их улучшение. Указанная ситуация может быть обусловлена непостоянством врачебных кадров, особенно психиатров, в отдельных городах и районных центрах, а также централизацией психиатрической помощи населению в столице — городе Луганске. Поэтому принято решение при анализе психического здоровья населения в Луганском регионе использовать как основу данные по городу Луганску и обобщенные сведения по региону в целом.

ГЛАВА 5

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

По нозологическим единицам исследуемые пациенты с расстройствами психики и поведения были разделены следующим образом: $89,41 \pm 1,23\%$ пациентов имели диагноз хронического психического расстройства (шизофрения, шизоаффективное расстройство, рекуррентная депрессия, биполярное аффективное расстройство, эпилепсия, умственная отсталость, органическое поражение головного мозга, расстройства личности, шизотипическое расстройство; по МКБ-10: F 20, F 25, F 33, F 31, F 07.83, F 70, F 06, F 60, F 21), $10,59 \pm 1,36\%$ пациентов наблюдались по поводу невротических расстройств (тревно-депрессивное, соматизированное расстройство; по МКБ-10: F 41, F 45). $71,37 \pm 2,00\%$ пациентов находились под диспансерным наблюдением психиатра; $28,63 \pm 2,00\%$ наблюдались в консультативно-лечебной группе. Из всех исследуемых $64,10 \pm 2,12\%$ пациентов имели группу инвалидности по психическому заболеванию, из них 2 группа у $47,84 \pm 2,21\%$, 3 группа у $12,74 \pm 1,48\%$, 1 группа у $3,52 \pm 0,82\%$ пациентов, $35,88 \pm 2,12\%$ исследуемых не имели группы инвалидности. Таким образом, большинство пациентов наблюдались по поводу хронических психических расстройств с тяжелыми или часто обостряющимися болезненными проявлениями.

В результате исследования были оценены: частота обострений болезни, длительность рецидивов, частота поступлений и длительность лечения в стационаре, прохождение профилактических курсов стационарного лечения, амбулаторное лечение и виды реабилитационных мероприятий, влияние психического расстройства на бытовую и профессиональную деятельность пациентов.

Обострения психических заболеваний наблюдались: несколько раз в месяц — у $8,82 \pm 1,25\%$, 1 раз в месяц — у $3,72 \pm 0,78\%$, 1 раз в несколько месяцев — у $57,45 \pm 2,19\%$, 1 раз в год — у $20,58 \pm 1,79\%$, 1 раз в несколько лет — у $9,43 \pm 1,29\%$ пациентов. Частые обострения психических расстройств (1 раз в несколько месяцев) наблюдались как у большинства мужчин — $60,22 \pm 3,01\%$ так и женщин — $55,69 \pm 3,17\%$. Данные приведены в таблице 39.

Таблица 39 — Частота обострений психических расстройств

Частота обострений	Группа пациентов		
	Общая группа % (мужчины+женщины) n=510	Мужчины % n=264	Женщины % n=246
несколько раз в месяц	$8,82 \pm 1,25$	$9,85 \pm 1,83$	$8,13 \pm 1,74$
1 раз в месяц	$3,72 \pm 0,78$	$4,17 \pm 1,23$	$3,66 \pm 1,19$
1 раз в несколько месяцев	$57,45 \pm 2,19$	$60,22 \pm 3,01$	$55,69 \pm 3,17$
1 раз в год	$20,58 \pm 1,79$	$18,18 \pm 2,37$	$21,95 \pm 2,63$
1 раз в несколько лет	$9,43 \pm 1,29$	$7,58 \pm 1,63$	$10,57 \pm 1,96$

Длительность рецидивов психических расстройств составила: 1-2 недели — у $38,03 \pm 2,15\%$, 1 месяц — у $53,33 \pm 2,21\%$, несколько месяцев — у $8,64 \pm 1,27\%$, несколько лет — у 0% исследуемых. Длительные рецидивы психических заболеваний (в течение месяца) наблюдались как у большинства мужчин — $50,76 \pm 3,00\%$ так и женщин — $56,09 \pm 3,16\%$. Данные в таблице 40.

Таблица 40 — Длительность рецидивов психических расстройств

Длительность рецидивов	Группа пациентов		
	Общая группа % (мужчины+женщины) n=510	Мужчины % n=264	Женщины % n=246
1-2 недели	$38,03 \pm 2,15$	$39,01 \pm 3,75$	$36,99 \pm 3,08$
1 месяц	$53,33 \pm 2,21$	$50,76 \pm 3,00$	$56,09 \pm 3,16$
несколько месяцев	$8,64 \pm 1,27$	$10,23 \pm 1,86$	$6,91 \pm 1,62$
несколько лет	0	0	0

При этом кратность посещения врача психиатра в поликлинике в состоянии ремиссии составила: несколько раз в месяц — у $11,57 \pm 1,44\%$, 1 раз в месяц — у $61,57 \pm 2,15\%$, 1 раз в несколько месяцев — у $26,27 \pm 1,95\%$, 1 раз в год и реже — у $0,59 \pm 0,03\%$ пациентов. Регулярно (1 раз в месяц) врача-психиатра в поликлинике в состоянии ремиссии посещали как большинство мужчин — $62,12 \pm 2,98\%$, так и женщин — $60,98 \pm 3,11\%$. Данные в таблице 41.

Таблица 41 — Посещения врача психиатра в поликлинике в состоянии ремиссии

Посещения врача	Группа пациентов		
	Общая группа % (мужчины+женщины) n=510	Мужчины % n=264	Женщины % n=246
несколько раз в месяц	$11,57 \pm 1,44$	$13,64 \pm 2,11$	$9,35 \pm 1,86$
1 раз в месяц	$61,57 \pm 2,15$	$62,12 \pm 2,98$	$60,98 \pm 3,11$
1 раз в несколько месяцев	$26,27 \pm 1,95$	$24,24 \pm 2,64$	$28,46 \pm 2,87$
1 раз в год и реже	$0,59 \pm 0,03$	0	$1,22 \pm 0,69$

Поддерживающее лечение принимали постоянно — $60,20 \pm 2,17\%$, периодически курсами — $29,80 \pm 2,02\%$, не всегда регулярно — $10,00 \pm 1,33\%$ респондентов.

Пациентов, не принимающих поддерживающего лечения в исследуемой группе не было. Постоянно принимали поддерживающее лечение как большинство мужчин — $60,98 \pm 3,00\%$, так и женщин — $58,94 \pm 3,14\%$. Данные в таблице 42.

Таблица 42 — Прием поддерживающего лечения

Прием поддерживающего лечения	Группа пациентов		
	Общая группа % (мужчины+женщины) n=510	Мужчины % n=264	Женщины % n=246
постоянно	$60,20 \pm 2,17$	$60,98 \pm 3,00$	$58,94 \pm 3,14$
периодически курсами	$29,80 \pm 2,02$	$26,13 \pm 2,70$	$34,15 \pm 3,02$
не всегда регулярно	$10,00 \pm 1,33$	$12,87 \pm 2,06$	$6,91 \pm 1,62$
не принимают	0	0	0

Количество принимаемых препаратов составило: 1 препарат — у $17,65 \pm 1,7\%$, 2-3 препарата — у $80,98 \pm 1,74\%$, более 3 препаратов — у $1,37 \pm 0,51\%$ исследуемых. Как большинство мужчин ($78,41 \pm 2,53\%$), так и женщин ($83,74 \pm 2,35\%$) принимали комплексное фармакологическое лечение, включающее 2-3 лекарственных препарата (антипсихотики 1-3 поколения: галоперидол, трифтазин, клопиксол, этаперазин, солиан, кветиапин, зелдокс, азалептин, флуанксол, арипипразол, оланзапин, тералиджен, сонапакс, неулептил, труксал, депо-препараты — галоперидол-деканат, модитен-депо, флуанксол-депо, клопиксол-депо; нормотимики: карбамазепин, соли вальпроевой кислоты, ламотриджин, топирамат; антидепрессанты: амитриптилин, анафранил, мелипрамин, миртазапин, эсциталопрам, сертралин, пароксетин, дулоксетин, флувоксамин, венлафаксин, тразодон; транквилизаторы: атаракс, буспирон, грандаксин, мебикар, курсами бензодиазепины — феназепам, диазепам, элзепам, нитразепам).

Частота поступлений исследуемых в психиатрический стационар составила: 1 раз в год — $38,24 \pm 2,15\%$, 2-3 раза в год — $7,84 \pm 1,2\%$, более 3 раз в год 0% , 1 раз в несколько лет — $27,65 \pm 1,99\%$, лечились однократно — $7,84 \pm 1,2\%$, не лечились — $18,43 \pm 1,7\%$ пациентов. На стационарное лечение поступали в среднем 1 раз в год как большинство мужчин — $44,32 \pm 3,06\%$, так и женщин — $32,52 \pm 2,99\%$. Данные в таблице 43.

Таблица 43 — Частота поступлений в стационар

Частота поступлений	Группа пациентов		
	Общая группа % (мужчины+женщины) n=510	Мужчины % n=264	Женщины % n=246
не лечились	$18,43 \pm 1,7$	$13,64 \pm 2,11$	$23,58 \pm 2,70$
1 раз в год	$38,24 \pm 2,15$	$44,32 \pm 3,06$	$32,52 \pm 2,99$
2-3 раза в год	$7,84 \pm 1,2$	$10,23 \pm 1,86$	$5,28 \pm 1,42$
более 3 раз в год	0	0	0
1 раз в несколько лет	$27,65 \pm 1,99$	$23,11 \pm 2,59$	$31,71 \pm 2,96$
лечились однократно	$7,84 \pm 1,2$	$8,71 \pm 1,73$	$6,91 \pm 1,62$

Длительность лечения пациентов в психиатрическом стационаре составила: 1 месяц — у $44,9 \pm 2,2\%$, меньше 1 месяца — у $0,98 \pm 0,08\%$, 2-3 месяца — у $35,1 \pm 2,1\%$, более 3 месяцев — у $0,59 \pm 0,05\%$, не проходили лечения — $18,43 \pm 1,70\%$ пациентов. Длительность стационарного лечения у большинства исследуемых мужчин составила от 1 до 3 месяцев ($42,42 \pm 3,04\%$), у большинства исследуемых женщин ($47,56 \pm 3,18\%$) — 1 месяц. Данные в таблице 44.

Таблица 44 — Длительность лечения пациентов в психиатрическом стационаре

Длительность лечения	Группа пациентов		
	Общая группа % (мужчины+женщины) n=510	Мужчины % n=264	Женщины % n=246
не лечились	$18,43 \pm 1,70$	$13,64 \pm 2,11$	$23,58 \pm 2,71$
меньше 1 месяца	$0,98 \pm 0,08$	$1,14 \pm 0,65$	$0,81 \pm 0,08$
1 месяц	$44,90 \pm 2,20$	$42,42 \pm 3,04$	$47,56 \pm 3,18$
2-3 месяца	$35,10 \pm 2,10$	$42,42 \pm 3,04$	$27,24 \pm 2,83$
более 3 месяцев	$0,59 \pm 0,05$	$0,38 \pm 0,03$	$0,81 \pm 0,08$

На следующем этапе были изучены особенности течения психических заболеваний у различных возрастных групп исследуемых. Были выделены следующие возрастные группы лиц с расстройствами психики и поведения: до 30 лет, 31-40 лет, 41-50 лет, 51-60 лет, 61 год и старше. В результате проведенных исследований было выявлено, что наиболее часто обострения психических расстройств (1 раз в несколько месяцев) наблюдались в возрасте 31-40 лет ($17,25 \pm 1,67\%$), данные статистически значимы ($p < 0,05$). После 41 года наблюдалось постепенное уменьшение частых обострений психических расстройств (41-50 лет — $13,72 \pm 1,52\%$, 51-60 лет — $10,20 \pm 1,34\%$, 61 год и старше — $7,06 \pm 1,13\%$). В то же время в возрастных группах 51-60 лет и 61 год и старше чаще, чем в группах до 30 лет, 31-40 лет и 41-50 лет, отмечались редкие обострения психических заболеваний (1 раз в год — $5,88 \pm 1,04\%$ и $4,90 \pm 0,95\%$ соответственно и 1 раз в несколько лет — $2,94 \pm 0,74\%$ и $3,72 \pm 0,83\%$

соответственно), данные статистически значимы ($p < 0,001$), представлены в таблице 45.

Таблица 45 — Частота обострений психических расстройств в различных возрастных группах

Частота обострений психических расстройств	Возраст пациентов, % $n=16, \chi^2=55,228$					p
	до 30 лет	31-40 лет	41-50 лет	51-60 лет	61 год и ст.	
несколько раз в месяц	$1,96 \pm 0,61$	$2,75 \pm 0,72$	$1,76 \pm 0,58$	$0,59 \pm 0,11$	$1,76 \pm 0,58$	0,169
1 раз в месяц	$0,59 \pm 0,11$	$1,37 \pm 0,51$	$0,78 \pm 0,12$	$0,78 \pm 0,12$	$0,20 \pm 0,05$	0,738
1 раз в несколько месяцев	$9,22 \pm 1,28$	$17,25 \pm 1,67$	$13,72 \pm 1,52$	$10,20 \pm 1,34$	$7,06 \pm 1,13$	0,019
1 раз в год	$1,37 \pm 0,51$	$3,92 \pm 0,85$	$4,51 \pm 0,92$	$5,88 \pm 1,04$	$4,90 \pm 0,95$	$< 0,001$
1 раз в несколько лет	$0,39 \pm 0,06$	$0,98 \pm 0,13$	$1,37 \pm 0,51$	$2,94 \pm 0,74$	$3,72 \pm 0,83$	$< 0,001$

При этом наибольшее количество пациентов, принимавших постоянно поддерживающее лечение, отмечалось в возрастных группах 31-40 лет и 41-50 лет ($16,86 \pm 1,65\%$ и $16,08 \pm 1,62\%$ соответственно). В возрастных группах 51-60 лет и 61 год и старше отмечалось меньшее количество лиц, которые постоянно принимали поддерживающее лечение ($10,00 \pm 1,33\%$ и $10,98 \pm 1,38\%$ соответственно), что очевидно было связано с уменьшением количества обострений заболеваний и их длительности. Данные статистически значимы ($p < 0,001, \chi^2=26,477$), представлены в таблице 46.

Таблица 46 — Прием поддерживающего лечения пациентами различных возрастных групп

Прием поддерживающего лечения	Возраст пациентов, % n=8, $\chi^2=26,477$					
	до 30 лет	31-40 лет	41-50 лет	51-60 лет	61 год и старше	p
постоянно	6,27±1,07	16,86±1,65	16,08±1,62	10,00±1,33	10,98±1,38	< 0,001
периодически курсами	5,88±1,04	7,06±1,13	5,10±0,97	6,08±1,05	5,69±1,02	< 0,001
не всегда регулярно	1,37±0,51	4,12±0,88	3,14±0,77	1,37±0,51	0	< 0,001
не принимают	0	0	0	0	0	> 0,05

Таким образом, было выявлено, что с увеличением возраста пациентов наблюдалось уменьшение частоты обострений психических расстройств. Затем, с целью уточнения нозологии психических расстройств, для которых характерны данные особенности, было оценено течение психических расстройств по отдельным нозологическим группам. Выявлено, что описанные особенности (уменьшение частоты обострений заболеваний с увеличением возраста) были характерны для шизофрении, шизоаффективных и шизотипических расстройств. У лиц, страдающих шизофренией, шизоаффективными и шизотипическими расстройствами, частые обострения заболеваний (1 раз в несколько месяцев) по возрастным группам составили: до 30 лет — 7,63±1,60%, 31-40 лет — 20,36±2,43%, 41-50 лет — 18,54±2,34%, 51-60 лет — 8,73±1,70%, 61 год и старше — 3,27±1,07%. Данные статистически значимы ($p < 0,001$, $\chi^2=49,525$), представлены в таблице 47.

Таблица 47 — Особенности течения шизофрении, шизоаффективных и шизотипических расстройств в различных возрастных группах

Частота обострений	Возраст пациентов, % n=16, $\chi^2=49,525$					
	до 30 лет	31-40 лет	41-50 лет	51-60 лет	61 год и старше	p
несколько раз в месяц	0	1,09±0,62	0	0,36±0,02	0,72±0,05	0,246
1 раз в месяц	0,36±0,02	1,09±0,62	0,36±0,02	0,36±0,02	0	0,453
1 раз в несколько месяцев	7,63±1,60	20,36±2,43	18,54±2,34	8,73±1,70	3,27±1,07	< 0,001
1 раз в год	2,18±0,88	6,54±1,49	7,63±1,60	4,00±1,11	5,09±1,32	0,028
1 раз в несколько лет	0,36±0,02	0,36±0,02	4,00±1,11	1,82±0,08	5,09±1,32	< 0,001

Для пациентов с диагнозами рекуррентная депрессия, биполярное аффективное расстройство, эпилепсия, умственная отсталость, органическое поражение головного мозга, расстройства личности — полученные данные оказались статистически недостоверны.

Таким образом, было выявлено влияние возраста пациентов на течение психических расстройств. В частности, получены данные, что с увеличением возраста пациентов, страдающих шизофренией, шизоаффективным или шизотипическим расстройством, наблюдалось уменьшение частоты обострений заболевания, что возможно связано с изменениями гормонального и нейротрансмиттерного фона в данный возрастной период. Поэтому, пациенты молодого возраста, страдающие шизофренией, шизоаффективными и шизотипическими расстройствами, нуждаются в особо тщательном наблюдении и грамотном подборе комплексного лечения, так как именно в этом возрастном

периоде наблюдаются частые обострения данных заболеваний. Поскольку вопросы улучшения психиатрической помощи населению на современном этапе решаются упрощенно, преимущественно в рамках медико-биологической парадигмы, необходимо обратить внимание на дополнение фармакологической терапии различными реабилитационными и психотерапевтическими методиками (музыка- и кинотерапия, изобразительное искусство, физические упражнения, тренинги навыков социального взаимодействия и прочие).

С целью определения влияния на психическое состояние лиц с расстройствами психики и поведения реабилитационных методик, было исследовано применение различных видов данных методик у пациентов в стационарных и амбулаторных условиях. Из реабилитационных мероприятий, проводимых в стационаре, $63,53 \pm 2,13\%$ пациентов участвовали в комплексной реабилитации с применением 2-3 методик: музыка-, кинотерапия, изобразительное искусство, физические упражнения, тренинги навыков социального взаимодействия, санитарно-гигиенических навыков. $21,37 \pm 1,80\%$ пациентов отказывались от участия в реабилитационных мероприятиях. В комплексной реабилитации принимали участие как большинство мужчин ($70,45 \pm 2,81\%$), так и женщин ($56,10 \pm 3,16\%$). Рекомендованные при выписке лечащим врачом стационара или врачом поликлиники реабилитационные мероприятия дома выполняли постоянно — $13,53 \pm 1,51\%$ пациентов, выполняли частично — $67,84 \pm 2,07\%$ больных, очень редко — $11,57 \pm 1,41\%$ исследуемых; не выполняли при хроническом течении заболевания — $6,86 \pm 1,11\%$ больных, не выполняли в связи со стойкой ремиссией — $0,2 \pm 0,01\%$. Выполняли дома реабилитационные мероприятия частично, под контролем близких как большинство мужчин ($61,74 \pm 2,99\%$), так и женщин ($74,39 \pm 2,78\%$). Большинство пациентов $32,75 \pm 2,08\%$ и $23,53 \pm 1,89\%$ соответственно, выполняли бытовые (большинство из исследуемых женщин — $36,18 \pm 3,06\%$) и физические упражнения (большинство из исследуемых мужчин — $31,44 \pm 2,86\%$). Небольшой процент исследуемых в амбулаторных условиях регулярно принимали участие в

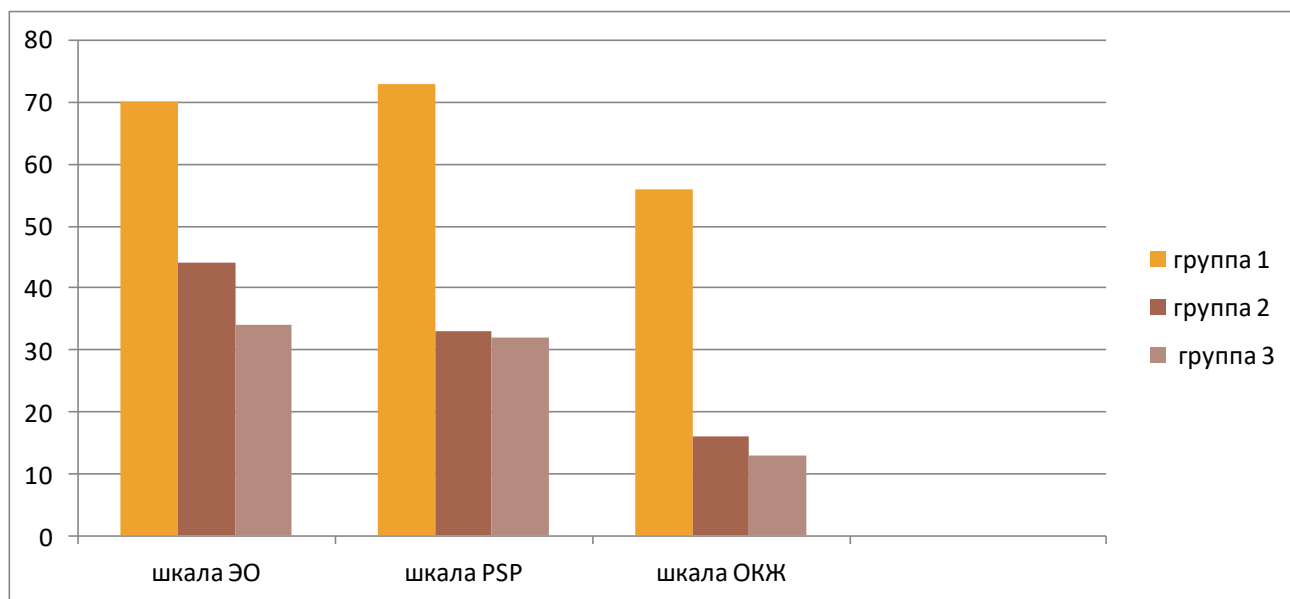
арт-терапии ($12,75 \pm 1,49\%$), трудотерапии ($2,35 \pm 0,68\%$), выполняли упражнения для памяти ($7,84 \pm 1,21\%$). $13,73 \pm 1,54\%$ пациентов использовали сочетания методик (физические и бытовые упражнения, изобразительное искусство и упражнения для памяти). $7,06 \pm 1,13\%$ пациентов не выполняли дома реабилитационных мероприятий (все пациенты с 1 группой инвалидности и $3,54 \pm 0,84\%$ пациентов со 2 группой инвалидности).

С целью оценки влияния реабилитационных мероприятий на психическое состояние пациентов, был проведен сравнительный анализ эмоционального состояния, социального функционирования и качества жизни исследуемых с помощью экспериментально-психологических методик, в течение года терапии. Применялись следующие экспериментально-психологические методики: шкала эмоционального отклика Меграбяна и Эпштейна, шкала социального функционирования PSP и шкала оценки качества жизни Джина Эндикотта. Согласно данным исследования, было установлено, что удельный вес лиц, у которых отмечалось улучшение по всем шкалам от 5 до 30 баллов в течение года терапии, был выше в группе пациентов, которые выполняли реабилитационные мероприятия постоянно, в полном объеме, по сравнению с пациентами, которые выполняли реабилитационные мероприятия частично или выполняли их очень редко и принимали только фармакологическую терапию. В тоже время, удельный вес лиц, у которых отмечались низкие показатели по всем трём шкалам, был выше среди пациентов, которые редко выполняли реабилитационные мероприятия, по сравнению с пациентами, которые выполняли реабилитационные мероприятия регулярно или частично. Данные статистически значимы, приведены в таблице 48.

Таблица 48 — Сравнительная оценка влияния реабилитационных методик на психическое состояние

Экспериментально-психологические методики (улучшение от 5 до 30 баллов в течение года терапии)	Выполнение реабилитационных методик, %			p	χ^2
	Группа 1 выполняли постоянно, в полном объеме n=71	Группа 2 выполняли частично (не регулярно или не в полном объеме) n=347	Группа 3 выполняли очень редко или не выполняли, принимали регулярно фармакологическую терапию n=92		
Шкала эмоционального отклика	70,4±5,4	43,8±2,7	34,8±5,0	< 0,001	22,38
Шкала PSP	73,2±5,3	33,1±2,5	32,6±4,9	< 0,001	41,69
Шкала оценки качества жизни Джина Эндикотта	56,3±5,9	15,9±2,0	13,0±3,5	< 0,001	64,44

Эффективность влияния реабилитационных методик на психическое состояние представлена на диаграмме (Рисунок 12).



шкала ЭО — шкала эмоционального отклика; шкала ОКЖ — шкала оценки качества жизни Джина Эндикотта;

Рисунок 12 — Эффективность влияния реабилитационных методик на психическое состояние

В результате выполнения реабилитационных мероприятий, согласно анализу амбулаторных карт пациентов, наблюдалось: уменьшение выраженности негативных расстройств у $23,91 \pm 1,89\%$ исследуемых (пациенты с хроническими эндогенными заболеваниями выборочно включались в бытовую деятельность, ходили на прогулки под контролем близких); уменьшение выраженности аффективной симптоматики у $13,73 \pm 1,54\%$ пациентов (улучшение клинически, положительная динамика по шкалам Спилбергера-Ханина и Бека), улучшение качества жизни у $18,63 \pm 1,74\%$ исследуемых.

Также было исследовано применение в комплексном лечении лиц с расстройствами психики и поведения психотерапевтических методик. Психотерапевтические занятия проходили: только во время стационарного лечения — $35,10 \pm 2,11\%$, не менее 1 курса занятий в месяц — $6,47 \pm 1,09\%$, проходили редко (1-2 раза в год) — $7,06 \pm 1,13\%$, не проходили при хроническом течении болезни — $44,71 \pm 2,20\%$, не проходили в связи со стойкой ремиссией или отсутствием показаний — $6,67 \pm 1,11\%$ исследуемых. Не проходили психотерапевтического лечения при хроническом течении болезни как большинство мужчин ($48,86 \pm 3,08\%$), так и женщин ($40,24 \pm 3,13\%$).

На завершающем этапе было проведено исследование влияния психического заболевания на профессиональную и бытовую деятельность лиц, страдающих расстройствами психики и поведения.

При оценке влияния психического заболевания на профессиональную деятельность пациентов было выявлено, что только у $19,02 \pm 1,74\%$ исследуемых психическое заболевание не влияет на профессиональную деятельность (среди них — пациенты с невротическими расстройствами $53,61 \pm 2,20\%$ и пациенты с хроническими психическими заболеваниями, не имеющие группы инвалидности $46,39 \pm 2,21\%$); не работали в связи с наличием психического заболевания $53,14 \pm 2,21\%$ (как большинство мужчин — $57,20 \pm 3,04\%$, так и женщин — $48,78 \pm 3,19\%$); $24,90 \pm 1,92\%$ пациентов в связи с болезнью работали на более легких

работах, у $2,94 \pm 0,77\%$ исследуемых психическое расстройство влияло на профессиональную деятельность только при обострениях болезни.

При исследовании влияния психического расстройства на бытовую деятельность выявлено: значительное ограничение жизнедеятельности у $63,13 \pm 2,14\%$, умеренное ограничение жизнедеятельности у $9,22 \pm 1,27\%$, отсутствие влияния на жизнедеятельность у $3,73 \pm 0,87\%$; влияние только при обострениях заболевания у $23,92 \pm 1,89\%$ пациентов. Психические заболевания значительно ограничивали жизнедеятельность как большинства мужчин ($69,32 \pm 2,83\%$), так и женщин ($56,50 \pm 3,16\%$).

В связи со значительным влиянием психических заболеваний на бытовую деятельность большинства пациентов, была проведена оценка влияния данных расстройств на отдельные сферы быта: самообслуживание, передвижение, способность к ориентации, общение, поведение.

При оценке самообслуживания было выявлено отсутствие ограничений в самообслуживании у $38,63 \pm 2,16\%$ пациентов, неспособность к самообслуживанию у $3,73 \pm 0,83\%$ исследуемых, у $57,65 \pm 2,19\%$ пациентов сохранялась способность к самообслуживанию только с помощью других лиц (характерно как для большинства мужчин — $60,98 \pm 3,00\%$, так и женщин — $54,07 \pm 3,18\%$).

При оценке передвижения было выявлено отсутствие ограничений к самостоятельному передвижению у $55,69 \pm 2,20\%$ (характерно как для большинства мужчин — $52,27 \pm 3,07\%$, так и женщин — $59,35 \pm 3,13\%$), неспособность к самостоятельному передвижению у $1,96 \pm 0,61\%$, способность к самостоятельному передвижению с посторонней помощью у $42,35 \pm 2,19\%$ пациентов.

Ограничений способности к ориентации во времени и пространстве не наблюдалось у $62,94 \pm 2,14\%$ (характерно как для большинства мужчин — $57,95 \pm 3,03\%$, так и женщин — $68,29 \pm 2,97\%$), у $34,51 \pm 2,10\%$ сохранялась способность к ориентации во времени и пространстве с помощью других лиц,

2,55±0,69% пациентов были неспособны к ориентации во времени и пространстве.

Ограничений в общении не наблюдалось у 32,35±2,07% исследуемых, у 62,75±2,14% сохранялась способность к общению с помощью других лиц (характерно как для большинства мужчин — 68,56±2,86%, так и женщин — 56,50±3,16%), 4,9±0,95% пациентов были полностью не способны к общению с другими лицами.

При оценке способности контролировать своё поведение, было выявлено, что 25,49±1,92% исследуемых полностью могли контролировать своё поведение, 52,16±2,21% могли полностью или частично контролировать своё поведение только с помощью других лиц (характерно как для большинства мужчин — 49,62±3,08%, так и женщин — 54,88±3,17%), 28,24±1,99% пациентов были неспособны контролировать своё поведение.

То есть у большинства исследуемых сохранялась способность к самообслуживанию, общению и возможность контролировать своё поведение только при помощи других лиц. Из всех оцененных сфер сохранными оставались способность к ориентации во времени и пространстве и самостоятельному передвижению.

Таким образом, большинство пациентов наблюдались психиатром по поводу хронических психических расстройств с тяжелыми или часто обостряющимися болезненными проявлениями, которые оказывали значительное влияние на профессиональную и бытовую деятельность исследуемых. Данные особенности были характерны как для большинства мужчин, так и женщин. При этом 61,57±2,15% пациентов регулярно посещали врача психиатра в поликлинике в состоянии ремиссии, все пациенты принимали поддерживающее лечение (постоянно или курсами). Поддерживающее лечение у 80,98±1,74% исследуемых было комплексным и включало 2-3 лекарственных препарата (антипсихотики 1-3 поколения, нормотимики, антидепрессанты, транквилизаторы). Также применялись различные реабилитационные методики (трудотерапия, арт-терапия,

физические упражнения, бытовые упражнения, упражнения для памяти), которые выполняли регулярно, под контролем близких $13,53 \pm 1,51\%$ исследуемых, $67,84 \pm 2,07\%$ пациентов — частично. Наиболее популярными методиками были физические и бытовые упражнения. У $56,27 \pm 1,61\%$ лиц с расстройствами психики отмечалось положительное влияние реабилитационных мероприятий на психическое состояние (уменьшение негативной, аффективной симптоматики и улучшение качества жизни).

Несмотря на постоянный прием комплексной фармакотерапии и выполнение реабилитационных мероприятий, более чем у половины пациентов отмечались частые (1 раз в несколько месяцев) и длительные (около месяца) обострения психических расстройств. Описанные особенности были характерны как для большинства мужчин, так и женщин.

Большее количество исследуемых пациентов 1 раз в год поступали на лечение в стационарные отделения психиатрической больницы. Длительность стационарного лечения в большинстве случаев составляла около 1 месяца — у $44,90 \pm 2,20\%$ пациентов или 2-3 месяца — у $35,10 \pm 2,10\%$ исследуемых (у большинства мужчин — от 1 до 3 месяцев, у большинства женщин — 1 месяц). В стационаре пациенты получали курсы фармакотерапии, а также проходили психотерапевтические и реабилитационные занятия. $63,53 \pm 2,13\%$ пациентов принимали участие в комплексной реабилитации (музыка- и кинотерапия, изобразительное искусство, физические упражнения, тренинги навыков социального взаимодействия, санитарно-гигиенических навыков). $35,10 \pm 2,11\%$ исследуемых проходили психотерапевтические занятия во время стационарного лечения. $44,71 \pm 2,20\%$ пациентов не проходили психотерапевтического лечения, что в большинстве случаев было связано с особенностями хронических психических заболеваний, не позволяющих пациентам в полной мере воспринимать задания.

ГЛАВА 6

СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИМ ЗДОРОВЬЕМ НАСЕЛЕНИЯ

6.1. Система мониторинга психического здоровья населения

Всемирная организация здравоохранения определяет здоровье как состояние полного физического, психического и социального благополучия. В то же время предпринимается недостаточно усилий в области, направленной на укрепление и профилактику психического здоровья. Кроме того, учитывая сведения о существенных связях между психическим и соматическим здоровьем, отсутствие профилактических мероприятий по укреплению психического здоровья имеет серьезные последствия для организма в целом.

Большинство хронических психических расстройств являются генетически детерминированными и определяются различными нейротрансмиссивными, гормональными или органическими нарушениями. Однако, многие научные труды, включая настоящее диссертационное исследование, подтверждают, что воздействие неблагоприятных внешних факторов также может отрицательно отражаться на психическом здоровье человека. Важной для сохранения и укрепления психического здоровья является возможность воздействия на вредные факторы риска и активизацию полезных факторов антириска. Наиболее распространенными депрессивными социальными факторами среды жизнедеятельности являются: неблагоприятный психологический климат в семье или рабочем коллективе, напряженный и высоконапряженный режим дня, быстрые социальные изменения, курение и злоупотребление алкоголем, низкая обеспеченность жилой площадью, нерациональное питание, низкая физическая активность и прочие. В современных условиях актуальным для жителей Республики также является влияние на психику сверхсильных стрессоров военного времени. К экологическим факторам среды, влияющим на состояние здоровья, относят: загрязнение атмосферного воздуха, водных объектов,

пищевых продуктов вредными веществами; избыток или недостаток естественных химических элементов; шумовое воздействие, воздействие элетромагнитных полей, ионизирующее излучение и прочие.

Таким образом, многочисленные факторы депрессивной социальной и экологической среды жизнедеятельности оказывают отрицательное влияние на здоровье населения, включая психическое. Это проявляется в различных по характеру и степени выраженности ответных реакциях организма — от легких функциональных нарушений до тяжелых проявлений заболеваний, относящихся по МКБ-10 к V классу (расстройства психики и поведения). Несмотря на это, эффективная система реагирования на ухудшение показателей психического здоровья жителей под влиянием различных отрицательных факторов среды жизнедеятельности в настоящее время отсутствует.

Учитывая изложенное, представляется актуальным разработка и внедрение комплекса различных эффективных мероприятий по защите и укреплению психического здоровья.

В настоящей работе предложено понятие система управления психическим здоровьем (СУПЗ) — это комплекс взаимосвязанных структур, которые работают по установленным правилам и программам и реагируют на ухудшение показателей психического здоровья жителей под влиянием различных внешних факторов.

Необходимо учитывать, что разработке и внедрению комплекса мероприятий по предотвращению ухудшения психического здоровья жителей должны предшествовать оценка влияния на организм различных факторов среды жизнедеятельности. Это обусловлено тем, что функционирование эффективных профилактических мероприятий по защите и укреплению психического здоровья в условиях депрессивной социальной и экологической среды возможно только при наличии объективных сведений о состоянии среды жизни и психического здоровья населения в динамике за многолетний период. Для этого необходима разработка и внедрение специального раздела «Психическое здоровье», как

составной части государственного социально-гигиенического мониторинга (СГМ). Указанный раздел должен включать: во-первых, мониторинг основных факторов среды жизнедеятельности, влияющих на психическое здоровье; во-вторых, мониторинг показателей психического здоровья населения.

Мониторинг показателей психического здоровья позволяет проводить динамическую оценку психического здоровья населения, выявлять основные факторы риска развития психических и поведенческих нарушений, оценивать эффективность отдельных программ и достигнутых результатов по направлениям психопрофилактической работы.

На основании изучения литературных данных и учета результатов собственных исследований разработаны основные внешние факторы риска и антириска для психического здоровья, которые представлены в таблицах 49 и 50.

Таблица 49 — Факторы риска для психического здоровья населения

Наименования факторов риска	Параметры факторов риска
1. Воздействие психогенных стрессоров	В результате проведенных исследований было установлено значительное влияние психогенных стрессоров на состояние пациентов, страдающих расстройствами психики и поведения. Было доказано, что большинство исследуемых пациентов более восприимчивы к стрессам, чем психически здоровые люди и имеют низкую стрессоустойчивость. Отрицательное влияние на психическое здоровье оказывает неблагоприятный психологический климат в среде жизнедеятельности и отсутствие цели в жизни. Так же было выявлено, что пациенты с уже имеющимися расстройствами психики и поведения наиболее уязвимы к стрессам военного времени и распространения COVID-19 инфекции.
2. Неполноценное питание	В ходе исследования было выявлено, что пациенты с психическими заболеваниями по сравнению с психически здоровыми людьми значительно реже употребляли основные продукты питания. Исследования, опубликованные в 2013 году в British Journal of Nutrition, показали, что люди, которые получают достаточное количество омега-3 жирных кислот, имеют на 50% сниженный риск развития тревожных расстройств, а недостаток тиамина связан с более высоким риском депрессивных симптомов у пожилых людей.

Продолжение таблицы 49

Наименования факторов риска	Параметры факторов риска
2. Не полноценное питание	Аминокислоты, которые доставляются за счет пищевых белков, активно участвуют в производстве нейротрансмиттеров, недостаток или избыток которых играет важную роль в развитии хронических психических расстройств. Употребление продуктов, богатых пробиотиками может улучшать настроение, поскольку большая часть серотонина в организме синтезируется и накапливается в кишечнике.
3. Пассивное и активное курение	В результате проведенных исследований установлено, что среди пациентов с расстройствами психики и поведения по сравнению с психически здоровыми людьми выше удельный вес лиц, которые активно курили или подвергались пассивному курению.
4. Употребление наркотических веществ	В группе пациентов с расстройствами психики и поведения, по сравнению с психически здоровыми людьми в 14,4 раза больше лиц, которые ранее употребляли наркотические вещества. При этом среди мужчин указанное различие составляет — 30,8 раза.
5. Употребление спиртных напитков	Мужчин, употреблявших крепкие спиртные напитки в 2,3 раза больше в группе пациентов с расстройствами психики и поведения по сравнению с психически здоровыми людьми.
6. Несоблюдение режима дня	Пациенты с расстройствами психики и поведения по сравнению с психически здоровыми людьми чаще не соблюдали режим дня, несвоевременно ложились спать и имели низкую продолжительность сна.
7. Недостаток физической активности	Среди пациентов с расстройствами психики и поведения по сравнению с психически здоровыми людьми, меньше лиц, которые регулярно занимались утренней гимнастикой и/или спортом, связанным с физической нагрузкой, закаливанием организма и выполняли пешие прогулки и/или работу на открытом воздухе. Физические упражнения стимулируют выброс серотонина, дофамина и норадреналина, а также способствуют увеличению выработки эндоканнабиноидов, отвечающих за регуляцию аппетита, память, обучение и эмоции. В результате современных научных исследований было выявлено, что в ответ на регулярные физические упражнения происходит увеличение выработки мозгового нейротрофического фактора, контролирующего рост нервных клеток и формирование новых синапсов и нейропептида галанина в зонах мозга, отвечающих за борьбу со стрессом.
8. Низкая обеспеченность жилой площадью	В результате проведенных исследований установлено, что низкая обеспеченность жителей жилой площадью является фактором риска возникновения психических заболеваний у населения. Совместное проживание на небольшой площади с другими людьми является стрессовым фактором и при возникновении конфликтных ситуаций в семье приводит к эмоциональному перенапряжению, срыву компенсаторных защитных механизмов и, как следствие, формированию или обострению психических заболеваний.

Продолжение таблицы 49

Наименования факторов риска	Параметры факторов риска
9. Низкие доходы	В ходе исследования установлено, что семей с очень низкими доходами (менее 7,5 тыс. рубл. на 1 члена семьи) в 2,7 раза больше в тех случаях, когда членами семей являются пациенты с психическими заболеваниями, по сравнению с семьями, где проживают психически здоровые люди. Низкий материально-жилищный уровень отражается на качестве жизни и как следствие на состоянии соматического и психического здоровья.
10. Некачественная питьевая вода	За указанный период водопроводная вода централизованного питьевого водоснабжения в г. Луганске характеризовалась повышенной общей жесткостью и содержанием сухого остатка. Исследуемая вода не соответствовала показателям физиологической полноценности минерального состава по общей жесткости, содержанию кальция, магния и сухого остатка. Так же было выявлено повышенное содержание в питьевой воде сульфатов, магния и хлоридов. Было выявлено, что лиц, постоянно употреблявших сырую воду с повышенными общей жесткостью и минерализацией больше среди пациентов с расстройствами психики и поведения по сравнению с психически здоровыми людьми. Материалы проведенных исследований, свидетельствующие о неблагоприятном влиянии употребляемой для питья воды с повышенными общей жесткостью и минерализацией на психическое здоровье населения, являются логическим дополнением к ранее установленным данным об отрицательном влиянии указанной воды на другие системы и органы человека, что можно объяснить взаимосвязью органов и систем организма.
11. Содержание вредных веществ в воздухе	В течение 2004-2023 гг. лабораторией санитарно-эпидемиологической станции г. Луганска исследовано всего 43142 проб атмосферного воздуха, из которых выявлено 1836 проб, то есть $4,26 \pm 0,10\%$ с превышением ПДК. В результате проведенных исследований было установлено, что в городе Луганске за период 2004-2023 гг. загрязнители атмосферного воздуха, превышающие установленные нормативы, являются одним из факторов риска для здоровья населения. В исследованиях зарубежных ученых доказано отрицательное влияние вредных веществ в атмосферном воздухе на психическое здоровье: в исследовании британских ученых, опубликованном в Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology доказано, что повышение значения оксида азота в воздухе увеличивает шансы появления психических расстройств на 39%; эксперты Бристольского университета доказали влияние проживания жителей в районах с наиболее загрязненным воздухом на более тяжелое течение шизофрении, биполярного расстройства и клинической депрессии; загрязнение воздуха может влиять на пластичность нейронов, что сказывается на мыслительных, когнитивных способностях и поведенческих характеристиках.

Факторы антириска, способствующие укреплению психического здоровья и предотвращению развития психических заболеваний, необходимы для разработки и внедрения эффективных профилактических мероприятий. Данные в таблице 50.

Таблица 50 — Факторы антириска для сохранения психического здоровья

Наименования факторов антириска	Параметры факторов антириска
1. Отсутствие или минимальный уровень психологических стрессоров, включая стрессы военного времени и распространения COVID-19 инфекции	отсутствие стрессовых ситуаций, доброжелательные отношения в семье и коллективе; прекращение военных действий, проживание на безопасных территориях; грамотная информированность о COVID-19 инфекции, соблюдение всех необходимых профилактических мероприятий с целью предотвращения развития болезни. отсутствие заболеваний, угрожающих здоровью и самой жизни.
2. Высокий уровень стрессоустойчивости	Достаточная стрессоустойчивость противостоять возможным психогенным факторам среды жизнедеятельности, включая сверхсильные стрессы военного времени и психологические стрессоры во время распространения COVID-19 инфекции. Выбор прогрессивной цели в жизни, повышающей активность организма и оптимистичный настрой на предотвращение и преодоление психических расстройств.
3. Правильная организация питания	Рациональное и сбалансированное питание: прием пищи в установленное время, соблюдение определённого количества приёмов пищи в течение суток, распределение рациона в течение дня, содержание в рационе всех необходимых питательных веществ (белков, углеводов, жиров, витаминов и минералов) в правильном соотношении и количестве. Для снижения уровня тревожности и депрессии включение в рацион овощей, фруктов, мяса, яиц, моллюсков, продуктов из цельных зерен, а также продуктов, содержащих достаточное количество омега-3 жирных кислот (сельдь, скумбрия, лосось и другие виды жирной рыбы). Употребление продуктов, богатых пробиотиками (йогурт, кефир, квашеная капуста и прочие), а также витаминами группы В (листовая зелень, бобовые, семена, орехи арахис и другие). Ограничение употребления острых блюд, содержащих редьку, уксус, лимонную кислоту.
4. Отсутствие вредных привычек (курения, употребления алкоголя)	Отказ от курения членами семьей, где проживают лица с расстройствами психики; запрещение курения в лечебных учреждениях; исключение активного курения лицами, страдающими расстройствами психики. Полный отказ от употребления спиртных напитков пациентами, страдающими психическими расстройствами.

Продолжение таблицы 50

Наименования факторов антириска	Параметры факторов антириска
5. Отсутствие вредного воздействия на организм наркотических и психотропных веществ	Полный отказ от употребления наркотических и без назначения врача психотропных веществ.
6. Соблюдение режима дня	Максимальное соблюдение режима дня: пробуждение и отход ко сну ежедневно в одно и то же время, отход ко сну не позднее 23.00, продолжительность сна не менее 8, но не более 9 часов. Рациональное чередование умственной и физической активности, использование прогулок на свежем воздухе. Для работающих пациентов: рабочий день не более 5-6 часов с перерывами для отдыха и принятия пищи, противопоказания видов работ с опасными условиями труда, вредными веществами, повышенным психоэмоциональным напряжением.
7. Обеспечение оптимальных условий для сна.	Соблюдение оптимальных условий для сна: наличие полной темноты, тишины, просторной кровати, матраса средней жесткости, температуры 20-21 °С и относительной влажности воздуха около 50%. В случае необходимости употребление соответствующих лекарственных препаратов при инсомнических нарушениях.
8. Регулярная физическая активность	Регулярные занятия физической зарядкой и видами спорта, связанными с физической нагрузкой, с учетом общих характеристик здоровья, психического состояния пациентов, их интересов, пола и возраста.
9. Наличие оптимального отдыха	Соблюдение оптимального отдыха: ежесуточно – не менее 2-3 часов, каждую неделю – 1-2 дня и ежегодно в период отпуска – около 30 дней. Наличие поездок выходного дня и на более длительный период в горы, на море и в другие интересные места. Проведение времени на природе (желательно среди цветов или хвойных растений).
10. Наличие любимого дела, не связанного с профессиональными обязанностями	Наличие хобби (вязание, шитье, рисование, кулинария и прочие). В случае проживания в собственном доме – выращивание овощей, фруктов и цветов. Проведение времени с преданными домашними животными (собаки, кошки).
11. Обращение к религии для верующих людей	Регулярные молитвы, посещения храмов, атмосфера которых благоприятно действует на психическое состояние.
12. Достаточная обеспеченность жилой площадью	Проживание в просторных (площадью 50 м ² и более на 1 члена семьи) индивидуальных или малоэтажных жилых домах, удаленных от автотранспортных магистралей, с предоставлением каждому человеку отдельной комнаты.
13. Достаточный материально-жилищный уровень	Доход членов семьи, значительно выше прожиточного минимума, комфортные условия проживания, включающие оптимальную температуру и влажность воздуха в помещении, постоянное наличие горячего водоснабжения, ванны или душа, хорошую изоляцию стен от посторонних шумов и прочие.

Продолжение таблицы 50

Наименования факторов антириска	Параметры факторов антириска
14. Квалифицированная медицинская помощь	Наличие обязательных профилактических осмотров каждого человека ежегодно, с целью выявления отклонений в психическом здоровье на ранних стадиях, квалифицированная помощь пациентам с установленным диагнозом расстройств психики и поведения путем регулярного амбулаторного лечения и наблюдения, плановых ежегодных курсов стационарного лечения, выполнения реабилитационных мероприятий. Доступность всех необходимых лекарственных препаратов. Достаточная обеспеченность лечебных учреждений квалифицированными специалистами.
15. Употребление питьевой воды, соответствующей нормам	Общая жесткость питьевой воды — не более 7,0 мг-экв/дм ³ , содержание сухого остатка — не более 1000 мг/дм ³ , сульфатов — не более 250 мг/дм ³ , хлоридов не более 250 мг/дм ³ , магния не более 50 мг/дм ³ , кальция – 25-75 мг/дм ³ , фторидов – 0,7-1,2 мг/дм ³
16. Природная экологически чистая среда в месте проживания, работы и учебы	Содержание ксенобиотиков в воздушной среде не превышающее уровни ПДК

Разработка и внедрение эффективных мероприятий по защите психического здоровья населения различных возрастных и социальных групп может быть успешной только на основе детального учета и научного анализа основных показателей (критериев), характеризующих психическое состояние организма и заболеваний, отнесенных к классу V. Основные показатели психического здоровья как критерии мониторинга состояния психического здоровья в процессе осуществления СГМ представлены в таблице 51.

Таблица 51 — Основные показатели психического здоровья как критерии мониторинга состояния психического здоровья

№ п/п	Показатели психического здоровья, используемые как критерии при осуществлении мониторинга психического здоровья	Источники информации (сведения предоставляются в обобщенном виде, без указания Ф.И.О. и других персональных данных)
1.	Показатели здоровья новорожденных (дефицит массы тела, снижение показателей по шкале Апгар ниже 7 баллов), являющиеся критериями риска ухудшения психического здоровья ребенка (ежемесячно). Данные о новорождённых, родившихся с перинатальной патологией: поражением ЦНС с различной степенью тяжести, с задержкой внутриутробного роста и развития, внутриутробной инфекцией и прочими (ежемесячно).	Родильные дома, родильные отделения многопрофильных больниц и другие родовспомогательные учреждения
2.	Показатели психического здоровья матери и сведения о болезнях, которые являются риском формирования психических отклонений у новорожденных детей (ежемесячно).	Родильные дома, родильные отделения многопрофильных больниц и другие родовспомогательные учреждения
3.	Результаты обследований детским врачом психиатром детей в возрасте 2-4 лет перед приемом их в детские дошкольные учреждения (ежегодно).	Диспансерные отделения для детей психиатрических больниц
4.	Результаты обследований и тестирований детским медицинским психологом детей в дошкольных учреждениях (1 раз в квартал).	Детские дошкольные учреждения
5.	Результаты обследований детским врачом психиатром детей, поступающих в общеобразовательные учреждения (ежегодно).	Диспансерные отделения для детей психиатрических больниц
6.	Результаты плановых обследований школьников медицинским психологом 2 раза в год и внепланового их обследования при ухудшении психического состояния ребенка.	Общеобразовательные учреждения
7.	Результаты психиатрических обследований мальчиков 15 и 18 лет в военных комиссариатах	Военные комиссариаты

Продолжение таблицы 51.

№ п/п	Показатели психического здоровья, используемые как критерии при осуществлении мониторинга психического здоровья	Источники информации (сведения предоставляются в обобщенном виде, без указания Ф.И.О. и других персональных данных)
8.	Результаты обследований медицинским психологом 2 раза в год и психиатром ежегодно студентов средне-специальных и высших учебных заведений.	Учебные заведения среднего профессионального образования Высшие учебные заведения
9.	Результаты плановых ежегодных наркологических обследований школьников и учащихся средне-специальных и высших учебных заведений	Наркологические диспансеры
10.	Результаты предварительных профилактических осмотров психиатром при поступлении на работу	Диспансерные отделения для взрослых психиатрических больниц
11.	Результаты ежегодных периодических профилактических осмотров психиатром работающих лиц	Диспансерные отделения для взрослых психиатрических больниц
12.	Результаты ежегодных тестирований психологом работников предприятий и организаций	Предприятия, учреждения
13.	Результаты предварительных профилактических и ежегодных периодических профилактических осмотров врачом наркологом работающих лиц	Наркологические диспансеры
14.	Данные станций скорой и неотложной медицинской помощи о выявленных психических расстройствах (ежемесячно)	Станции скорой и неотложной помощи
15.	Выявляемость и учтенность (на 100000 населения) расстройств психики и поведения взрослого населения (ежегодно).	Официальные данные ежегодных отчетов статистических отделов психиатрических больниц, данные координационных центров охраны здоровья «Показатели здоровья населения и деятельности медицинских организаций»
16.	Выявляемость и учтенность (на 100000 населения) расстройств психики и поведения взрослого населения по следующим нозологиям: F00-09 (органические, включая симптоматические, психические расстройства), F20-29 (шизофрения,	Официальные данные ежегодных отчетов статистических отделов психиатрических больниц, данные координационных центров охраны здоровья «Показатели здоровья населения и деятельности медицинских организаций»

Продолжение таблицы 51

№ п/п	Показатели психического здоровья, используемые как критерии при осуществлении мониторинга психического здоровья	Источники информации (сведения предоставляются в обобщенном виде, без указания Ф.И.О. и других персональных данных)
16.	шизотипические и бредовые расстройства), F30-39 (расстройства настроения — аффективные расстройства), F 40-69 (невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства; расстройства личности и поведения в зрелом возрасте), F 80-99 (расстройства психологического (психического) развития) и F 70-79 (умственная отсталость), ежегодно	Официальные данные ежегодных отчетов статистических отделов психиатрических больниц, данные координационных центров охраны здоровья «Показатели здоровья населения и деятельности медицинских организаций»
17.	Инвалидность и первичный выход на инвалидность пациентов с диагнозом расстройств психики и поведения (на 100000 населения), ежегодно	Официальные данные ежегодных отчетов статистических отделов психиатрических больниц, данные координационных центров охраны здоровья «Показатели здоровья населения и деятельности медицинских организаций»
18.	Длительность стационарного лечения пациентов с расстройствами психики и поведения по нозологиям F00-09, F20-29, F30-39, F 40-69, F 80-99 и F 70-79 (ежегодно).	Официальные данные ежегодных отчетов статистических отделов психиатрических больниц, данные координационных центров охраны здоровья «Показатели здоровья населения и деятельности медицинских организаций»
19.	Летальность по причине психических расстройств, случаи суицидальных попыток и завершённых суицидов (ежегодно).	Официальные данные ежегодных отчетов статистических отделов психиатрических больниц, данные координационных центров охраны здоровья «Показатели здоровья населения и деятельности медицинских организаций».
20.	Экстренные извещения о случаях острых отравлений химической этиологии (ежесуточно).	Станции скорой и неотложной медицинской помощи, лечебно-профилактические и амбулаторно-поликлинические учреждения, судмедэксперты.
21.	Количество ежемесячных обращений за помощью к психиатрам лиц пожилого возраста, которые получают услуги центров социального обслуживания	Центры социального обслуживания граждан пожилого возраста
22.	Информация от служб экстренной психологической помощи об обращениях граждан, в связи с психологическими проблемами или ухудшением психического состояния (ежемесячно).	Службы экстренной психологической помощи

Мониторинг психического здоровья должен осуществляться по строгой схеме, в которой все звенья взаимосвязаны между собой. Для успешного функционирования мониторинга психического здоровья должны быть определены: объекты мониторинга, субъекты, предоставляющие сведения о психическом здоровье и организации, осуществляющие обработку данных сведений и разрабатывающие рекомендации по защите психического здоровья, которые в свою очередь должны внедряться в практическую деятельность лечебно-профилактических учреждений.

Объектами мониторинга являются основные показатели психического здоровья, представленные в таблице 51.

К субъектам мониторинга следует отнести учреждения медицинского профиля, а также учреждения, предприятия и организации немедицинского профиля.

Субъектами мониторинга медицинского профиля (СММП) являются: родильные дома, родильные отделения многопрофильных больниц и другие родовспомогательные учреждения, психиатрические больницы, наркологические диспансеры, лечебные учреждения соматического профиля, станции скорой и неотложной медицинской помощи, службы экстренной психологической помощи, координационные центры охраны здоровья.

К субъектам немедицинского профиля (СМНП) относят: детские дошкольные и общеобразовательные учреждения, военные комиссариаты, средние специальные и высшие учебные заведения, предприятия и учреждения, центры социального обслуживания граждан, управления городских образовательных и районных округов.

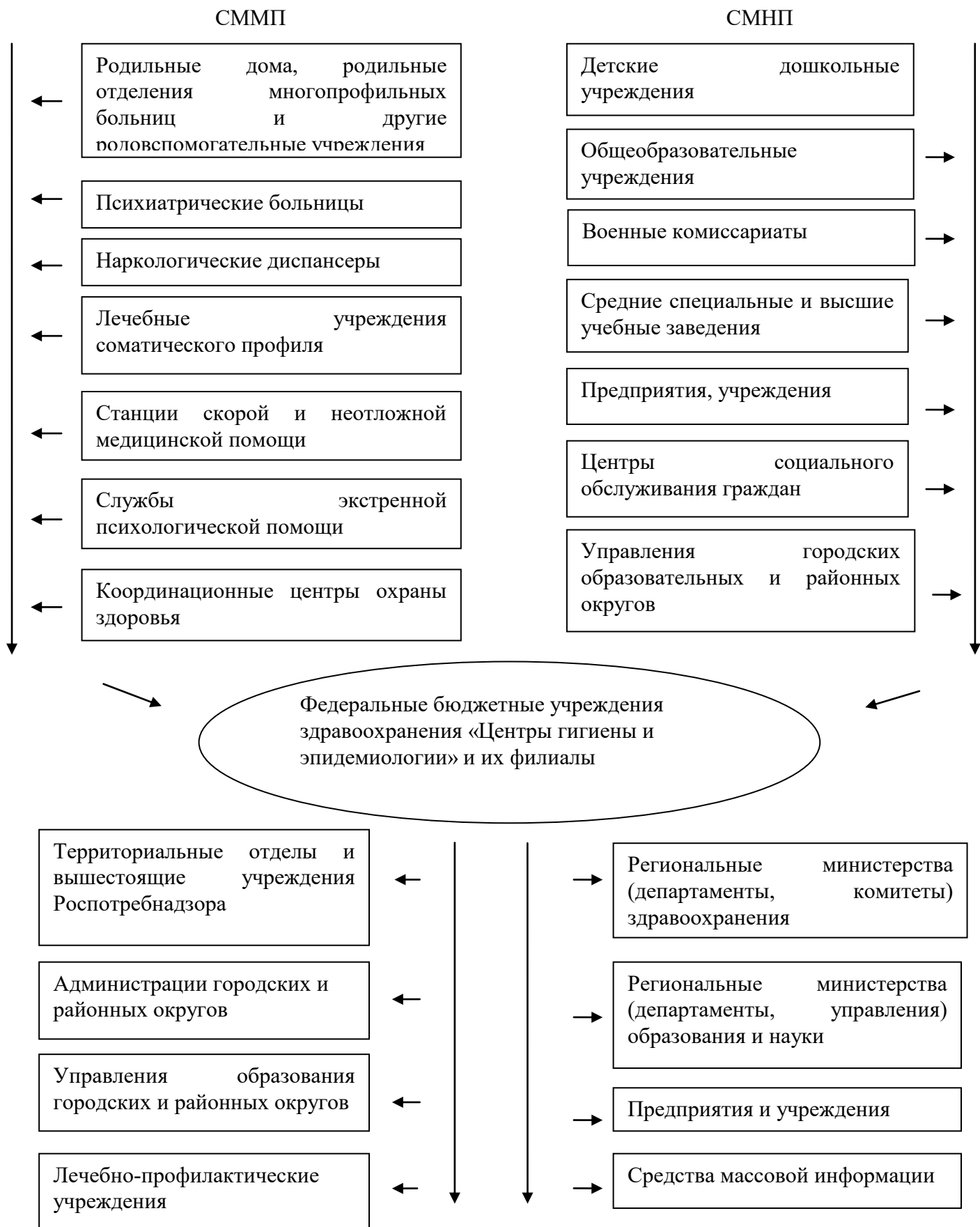
Согласно разработанной программе, в процессе осуществления мониторинга сведения о психическом здоровье населения в обобщенном виде (без указания персональных данных) предусмотрено передавать в Федеральные бюджетные учреждения здравоохранения «Центры гигиены и эпидемиологии» и их филиалы, где специалисты проводят группировку и анализ полученных

данных, выявление закономерностей в изменении показателей, оценку факторов риска и антириска. На основании полученных данных предусмотрена разработка для внедрения практических рекомендаций по защите и укреплению психического здоровья.

Отчеты о результатах мониторинга психического здоровья населения, а также подготовленные рекомендации предусмотрено передавать в территориальные отделы и вышестоящие учреждения Роспотребнадзора, администрации городских и районных округов, региональные министерства (департаменты, комитеты) здравоохранения, региональные министерства (департаменты, управления) образования и науки, лечебно-профилактические учреждения, предприятия, учреждения и средства массовой информации.

С целью успешного осуществления мониторинга психического здоровья населения необходимо рациональное использование современных информационных технологий, предусматривающих разработку и внедрение компьютерных программ ввода, группировки, статистической обработки и анализа различных показателей психического здоровья и влияющих на него факторов среды жизнедеятельности. Указанные программы должны быть универсальными на всей территории Российской Федерации, обеспечивать не только подготовку объективной информации за отчетные периоды, но также предоставлять прогнозы ситуации на ближайшую и отдаленную перспективы

Общая схема функционирования мониторинга психического здоровья представлена на рисунке 13.



СММП — субъекты мониторинга медицинского профиля; СМНП — субъекты мониторинга немедицинского профиля

Рисунок 13 — Схема функционирования мониторинга психического здоровья

Таким образом, система управления психическим здоровьем населения включает постоянно функционирующий мониторинг основных факторов среды жизнедеятельности, влияющих на психическое здоровье, мониторинг показателей психического здоровья населения и соответствующие результатам мониторинга профилактические мероприятия для сохранения и укрепления психического здоровья.

6.2. Система мероприятий по защите психического здоровья

Результаты мониторинга психического здоровья населения являются основанием для разработки и внедрения мероприятий по предупреждению расстройств психики и поведения. Предложено три подхода в деятельности по профилактике ухудшения психического здоровья. В то же время, изложенные подходы в определенной степени взаимосвязаны между собой. Различие в подходах в основном заключается в разной логической последовательности изложения профилактических мероприятий, представляющих собой целостную систему мер по защите психического здоровья населения.

Первый подход предусматривает предотвращение или ослабление влияния на организм основных факторов риска (вызывающих ухудшение психического здоровья) и одновременно активизацию факторов антириска, способствующих улучшению здоровья.

Второй подход — это мероприятия, предусматривающие различные виды профилактики. К ним относят меры первичной, вторичной и третичной профилактики, а также мероприятия, учитывающие факторы риска возникновения психических заболеваний (универсальная, специфическая и обязательная профилактика).

Универсальная профилактика направлена на всё население, независимо от индивидуальных характеристик (здоровый образ жизни и другие меры). Специфическая профилактика направлена на лиц, которые подвергаются высокому риску развития психических расстройств (например, социально-

экономически неблагополучное население, мигранты, жертвы стихийных бедствий, вооруженных конфликтов, жестокого обращения и прочие). Обязательная профилактика должна применяться к лицам, у которых достоверно установлены факторы риска возникновения различных психических расстройств (например, отягощенный семейный анамнез психических заболеваний, употребление психоактивных веществ, личностные характеристики и другие).

Третий подход, основанный на теории «трех звеньев» — воздействие на источники образования негативных факторов (I звено системы), среды, расположенной между источниками образования факторов и организмом (II звено), а также на организм жителей (III звено). В случае с социальными источниками, например, I звеном является конфликтный человек, несправедливый руководитель, II звеном — социальная среда (семья, коллектив и другие), и III звеном — восприимчивый к стрессам человек (школьник, сотрудник и т. д.).

Мероприятия по защите психического здоровья, основанные на теории «трех звеньев», предусматривают три комплекса мер.

I. Первый комплекс мероприятий направлен на социально-экономические и природные источники образования факторов среды (I звено)

1. Психологические стрессоры.

С целью улучшения психического здоровья в условиях действия современных стрессоров представляется целесообразным:

повышение стрессоустойчивости жителей Луганской Народной Республики и других регионов Российской Федерации путем обеспечения функционирования доступных кабинетов психологической и психотерапевтической помощи населению, создания специализированных исследовательских и образовательных центров по профилактике стресса;

постоянное использование в практической деятельности психологами, психотерапевтами и психиатрами методик совладания со стрессами: когнитивно-поведенческой терапии, поведенческих вмешательств, обучения навыкам

совладания, релаксации и медитации, межличностной терапии, музыкотерапии, дыхательных упражнений, оценки произошедшего события, произвольного переключения внимания и прочих;

организация различных программ с использованием интернета и мобильных устройств для мониторинга поведения населения в отношении психического здоровья;

организация программ помощи для повышения психологической устойчивости общества или лиц, находящихся в группе риска;

мотивационные интервью для совладания со стрессами, пропаганда здорового образа жизни;

разработка и внедрение мобильных приложений, использующих научно-обоснованные психосоциальные вмешательства для решения психологических проблем населения, особенно для лиц со значительной стигматизацией в области психического здоровья;

создание постоянно действующих и обновляющихся сайтов в лечебных учреждениях, с размещением информации о совладании со стрессами, помощью специалистов в виде кратких консультаций при обращении пациентов на сайт;

организация школьных программ с участием психологов и педагогов в проведении мероприятий в области психического здоровья;

организация программ, направленных на улучшение психического здоровья членов семьи, живущих с лицами, страдающими психическими заболеваниями;

развитие методов нейролингвистического программирования, основанных на технике моделирования (копирования) вербального и невербального поведения людей, преодолевших трудности, болезни, добившихся успеха в какой-либо области.

В качестве рекомендаций профилактики всех видов стресса могут быть предложены: общение с друзьями или людьми, не связанными с профессиональной деятельностью, прогулки на свежем воздухе (как раз в неделю по выходным, так и ежедневно перед сном), зоотерапия, хобби (рисование,

вязание, шитье и прочие), регулярный активный отдых, релаксация (занятия йогой, медитация, аутотренинги), тренинги навыков самоконтроля поведения, планирование собственного времени, регулярная физическая активность.

2. Условия и площадь проживания

С целью улучшения психического здоровья и профилактики расстройств психики и поведения представляется целесообразным:

повышение материально-жизненного уровня населения с предоставлением высокого уровня коммунального благоустройства. Оптимальным является обеспечение проживания жителей в просторных (площадью 50 м² и более на 1 члена семьи) индивидуальных или малоэтажных жилых домах, удаленных от автотранспортных магистралей, с предоставлением каждому человеку отдельной комнаты;

проведение с жителями, проживающими в условиях низкой обеспеченности жилой площади на 1 человека (особенно менее 10 м²), соответствующей деятельности, направленной на профилактику расстройств психики и поведения. Указанная работа должна предусматривать формирование у людей, проживающих в одной квартире или комнате, уважительного, бережного отношения друг к другу с учетом различных индивидуальных характеров, интересов и склонностей. Представляется также важным рациональное распределение во времени определенных видов деятельности лиц, обитающих на одной жилой площади;

максимально кратковременное пребывание жителей с низкой обеспеченностью жилой площади в пределах жилой квартиры или комнаты посредством: совершения длительных прогулок на открытом воздухе (в парках, скверах и т. д.), посещения общественных зданий и учреждений (библиотек, музеев, торговых центров и др.), знакомых, увеличения продолжительности времени нахождения на работе, огороде, даче, использования более частых командировок и туристических поездок;

обязательное соблюдение жителями, проживающими в условиях низкой жилой площади, здорового образа жизни: отказ от курения (особенно в помещениях), исключение злоупотребления алкогольными напитками, соблюдение рационального режима жизнедеятельности, формирование нормального психологического климата в семье и прогрессивной цели в жизни.

3. Питиевая вода

С целью предупреждения вредного влияния на организм человека питьевой воды с повышенными общей жесткостью и минерализацией необходимо настоятельно рекомендовать жителям всех возрастных групп воздерживаться от употребления для питья в сыром виде воды водопроводной и из нецентрализованных источников с указанными характеристиками. Для нормализации качества воды централизованного питьевого водоснабжения населенных пунктов и отдельных объектов применять современные методы обработки, основанные в первую очередь на мембранных технологиях.

При отсутствии возможности доведения до нормы общего объема централизованно подаваемой воды в лечебно-профилактических учреждениях (особенно стационарах), санаториях, домах отдыха, интернатах, учебных заведениях и других объектах обеспечить монтаж и ввод в эксплуатацию современных локальных установок по обработке воды, оснащенных необходимыми средствами водозабора (питьевые фонтанчики, краны и т. д.).

Одним из путей решения проблемы обеспечения жителей доброкачественной водой является производство и распределение фасованной питьевой воды гарантированного качества.

При необходимости целесообразно употреблять для питья воду водопроводную и из нецентрализованных источников после её кипячения или очистки на компактных установках обработки воды, официально разрешенных к использованию в Российской Федерации.

По отношению к лицам с расстройствами психики и поведения, лечащим врачам психиатрам рекомендовано обязательное дополнение фармакотерапии

различными реабилитационными методиками, направленными на улучшение социального функционирования и ведения здорового образа жизни пациентами.

4. Атмосферный воздух

Предложены профилактические мероприятия в сфере охраны атмосферного воздуха:

прекращение эксплуатации, снижение мощности или реконструкция являющихся источниками загрязнения атмосферы экологически неблагоприятных промышленных производств;

оснащение стационарных источников выбросов вредных веществ в атмосферу современными высокоэффективными пылегазоочистными устройствами;

на автомобильном транспорте: запрещение эксплуатации автотранспортных средств, содержание вредных веществ в отработавших газах которых превышает установленные нормативы; использование нейтрализаторов отработавших газов; применение экологически более чистых видов топлива и энергии, запрещение стоянок автомобилей с работающими двигателями.

5. Защита среды жизнедеятельности от влияния физических факторов:

внедрение современных технических решений по уменьшению уровней шума, создаваемого автомобильным и другими видами транспорта;

ограничение подачи звуковых сигналов транспортными средствами, особенно в вечернее время, а также в местах стоянок и парковок;

применение в жилых домах и лечебно-профилактических учреждениях бесшумных или с низкими уровнями шума и не создающих вибрацию коммунально-бытовых и других технических устройств (лифтов, подкачивающих насосов, вентиляционных систем, кондиционеров и т. д.);

с целью снижения интенсивности воздействия электромагнитных полей уменьшение мощности радиотехнических объектов и других передающих устройств, модификация их конструкций и направление антенн в вертикальные плоскости.

II. Второй комплекс мероприятий направлен на среды жизнедеятельности (социальные, природные, искусственные) расположенные между источниками образования факторов и организмом исследуемых (II звено)

К социальным средам можно отнести семейную, производственную, образовательную, информационную среды, среду сферы здравоохранения и прочие.

Необходимо учитывать роль семьи как основополагающего фактора, формирующего личность человека. Поддержка и понимание со стороны близких людей способствует самореализации и самопринятию личности, формированию адекватной самооценки, улучшает настрой на предупреждение расстройств психики и поведения, а также выздоровление при психических расстройствах. Профилактические мероприятия, направленные на семейную среду включают:

функционирование кабинетов психологической помощи для проведения специализированной терапии семьям, в которых проживают лица с психическими расстройствами;

разработку приложений, сайтов, программ по оказанию семейно-ориентированной терапии лицам с психическими расстройствами и их близким, испытывающим высокий уровень стресса;

меры ранней профилактики у беременных женщин и родильниц психических расстройств, устранение факторов риска, которые могут оказывать потенциальное тератогенное и нейротоксическое воздействие на плод и новорожденного ребенка (правильная диета, предупреждение употребления в период беременности и кормления грудным молоком женщиной психоактивных веществ или сильнодействующих лекарственных препаратов и другие), с целью улучшения развития нервной системы, эмоциональной и поведенческой сфер у ребенка.

Основными направлениями профилактики психических расстройств в производственной среде являются:

разработка эффективных нормативов допустимой степени эмоционального напряжения в производственных условиях;

регулярный мониторинг и формирование благоприятного психологического климата на производстве;

правильная организация производственной структуры (распределение полномочий и обязанностей с учетом способностей и возможностей конкретного работника);

исключение возможных конфликтных ситуаций (максимальное информирование работника о корпоративных отношениях в коллективе, право на планирование рабочего времени, регулярная обратная связь с руководством, консультативная поддержка и т. п.);

соблюдение санитарно-гигиенических норм (оптимальная организация рабочих мест, реализация нормального кратковременного отдыха, питания на производстве и прочие).

Профилактические мероприятия в образовательной среде включают:

повышение компетентности воспитателей и педагогов детских образовательных учреждений, преподавателей средних специальных и высших учебных заведений в вопросах психического здоровья детей, подростков, студентов их родителей, работников сферы образования и науки (проведение специалистами лекций, тренингов по диагностике и помощи при психологических проблемах и психических расстройствах, ведение журналов по психическому здоровью и т. д.);

функционирование кабинетов психологической помощи для школьников и студентов;

организация групп помощи, сообществ в интернете для учащихся, переживших стресс, внедрение мобильных приложений с позитивными роликами, групп в социальных сетях;

проведение анонимных анкетирований учащихся с целью выявления проблем и оценки психологического климата в коллективе;

организация праздников, спортивных мероприятий, школьных и студенческих спектаклей, танцевальных и прочих мероприятий;

работа с подростками из группы риска (учащиеся конфликтные или замкнутые, нарушающие дисциплину, пропускающие занятия, употребляющие психоактивные вещества и прочие) в виде индивидуальных и групповых бесед, размещения видеороликов на сайтах школ и медицинских организаций, проведения бесед с родителями, скрининг-анкетирований, распространения информации для педагогов и родителей о проявлениях психических расстройств у подростков, о важности проведения своевременной диагностики и соблюдения рекомендаций специалистов.

В сфере здравоохранения:

развитие у врачей эмпатии, навыков раннего распознавания психических заболеваний и их лечения;

включение в программы повышения квалификации для медицинских работников, работающих в сфере психиатрии, разделов по современным методам профилактики психических расстройств;

организация сотрудничества между врачами различных специальностей и обеспечение преемственности положительного опыта работы в сфере защиты психического здоровья.

В информационной сфере, включая СМИ:

целенаправленные информационные воздействия на широкие слои населения (телевизионные программы, статьи в популярных общественных журналах, газетах, сайтах), с целью формирования ценности психического здоровья, навыков психогигиены, развития толерантности к лицам с психическими расстройствами, преодоление стигматизации и аутостигматизации;

формирование у личности в процессе воспитания и образования привычки к избирательности и критичности при обращении с информационным потоком, навыков распознавания недостоверных сведений;

усовершенствование психообразования и психопросвещения личности в современном обществе.

На государственном уровне:

создание и поддержка благоприятного нравственного фона в социуме, основанного на принципах гуманизма, уважения к личности человека, заботы о благополучии каждого члена общества, вне зависимости от возраста, пола, национальной принадлежности и особенностей здоровья (включая психические расстройства);

формирование оптимального уровня жизни населения и общей системы медицинской профилактики для обеспечения сохранения и укрепления психического здоровья;

повышение качества продуктов питания в ответ на растущую базу научных данных, свидетельствующих о том, что нездоровое питание является фактором риска возникновения психических расстройств.

улучшение финансирования сферы профилактической психиатрии.

Профилактические мероприятия в местах обитания населения:

создание комфортных условий проживания жителей путем усовершенствования требований к качеству материалов для строительства, обеспечения водо-, электро-, газоснабжения и прочие;

озеленение территорий населенных пунктов с целью ослабления негативного влияния природных и техногенных экологических факторов на организм, создания оптимального микроклимата в местах жизнедеятельности;

рациональная планировка жилых кварталов, организация комфортных зон отдыха;

расположение спален в жилых квартирах, спальнях комнат в психиатрических стационарах и домах интернатах в тех помещениях зданий, окна которых обращены в сторону, противоположную источникам загрязнения атмосферы; в противном случае, при необходимости — закрывание и закупоривание окон и форточек с устройством эффективных систем вентиляции,

очистки и кондиционирования воздуха с забором чистого воздуха из экологически более оптимальной зоны;

создание экологичных видов транспорта (малошумных, с низким уровнем эмиссии загрязнителей в атмосферу);

обеспечение населения высококачественной питьевой водой централизованного питьевого водоснабжения.

III Третий комплекс мероприятий направлен на организм человека (III звено). Указанные мероприятия предусматривают:

1. Соблюдение здорового образа жизни, включающего правильный режим дня, отказ от вредных привычек, регулярную физическую активность, сбалансированное питание, употребление очищенной воды и прочее.

2. Выявление людей, относящихся к группе риска развития психических расстройств. К данной группе относят лиц, которые из-за своей уязвимости подвергаются более высокому риску развития психических заболеваний, например, младенцы с низкой массой тела при рождении, дети с трудностями в обучении, лица с отягощенным семейным анамнезом по психическим расстройствам, жертвы жестокого обращения, пожилые люди, социально-экономически неблагополучное население, военнослужащие и прочие.

Профилактические мероприятия в группах риска включают:

визиты специалистов на дом или организация дневного ухода за новорожденными, входящими в группы риска развития психических расстройств;

организация и внедрение дошкольных программ для всех детей, входящих в группы риска;

разработка и реализация различных программ обучения взаимодействию родителей и детей с поведенческими трудностями;

функционирование кабинетов психологической поддержки, групп и сообществ в интернете, мобильных приложений с целью помощи жертвам жестокого обращения, людям пережившим стихийные бедствия, катастрофы, военные действия;

организация взаимодействия социальных служб, осуществляющих уход за пожилыми людьми и специалистов в области психического здоровья, с целью своевременного оказания нуждающимся пожилым людям необходимой психиатрической помощи;

функционирование кабинетов психологической и психотерапевтической помощи военнослужащим и их семьям, проведение сеансов индивидуальной и групповой терапии, организация сообществ ветеранов войны, сайтов в интернете, групп помощи военнослужащим.

3. При лечении пациентов с расстройствами психики и поведения врачам психиатрам обращать внимание на режим дня пациентов и при необходимости назначать фармакологическую терапию для лечения инсомнических нарушений.

4. Учитывая недостаточное употребление основных продуктов питания пациентами с психическими заболеваниями, необходимо на государственном уровне принятие решения улучшения питания лиц с указанной патологией путем увеличения доходов на содержание или предоставления наиболее необходимых продуктов по определенной схеме.

5. Рекомендовать пациентам с расстройствами психики, в зависимости от индивидуальных особенностей течения психических заболеваний, занятия утренней гимнастикой, физической зарядкой (желательно при сопровождении легкой жизнерадостной музыки), щадящее закаливание организма, выполнение пеших прогулок и нетяжелой работы на открытом воздухе.

Перспективными также являются следующие мероприятия:

организация в дневных стационарах занятий пациентов физическими упражнениями под контролем инструктора;

размещение бесплатных роликов в интернете с видеоуроками по танцевальным и другим физическим упражнениям для людей с психологическими проблемами.

6. Одной из важных составляющих реабилитационных мероприятий у лиц, страдающих расстройствами психики и поведения, является прекращение

курения, употребления спиртных напитков, наркотических и без назначения врача психотропных веществ.

Профилактические мероприятия, направленные на борьбу с вредными привычками:

размещение роликов в интернете о пагубном влиянии употребления психоактивных веществ;

информационное воздействие, направленное на представителей подростковых и молодежных групп (проведение специалистами лекций в школах и высших учебных заведениях о последствиях употребления психоактивных веществ, внедрение профилактических тренинговых программ, направленных на выработку у подростков сопротивления предложениям к употреблению наркотиков и формирование здорового жизненного стиля; размещение данной информации на различных сайтах и в социальных сетях);

организация информационно-консультативной телефонной службы с оказанием специалистами психологической помощи и предоставлением необходимой информации лицам, употребляющим психоактивные вещества и их семьям;

организация групп поддержки зависимым от психоактивных веществ людям, отдельных занятий групповой и индивидуальной психотерапии;

разработка и реализация программ формирования здорового образа жизни, снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением психотропных веществ и наркотических средств;

проведение профилактических и иных медицинских осмотров, диспансерного наблюдения в соответствии с законодательством Российской Федерации;

обеспечение преемственности психологов, врачей, педагогов при работе с лицами, зависимыми от употребления психоактивных веществ.

7. Формирование психологической подготовленности противостоять возможным негативным психогенным факторам среды жизнедеятельности путем

регулярных занятий с психологом, проведения пациентам сеансов групповой и индивидуальной психотерапии, размещения на сайтах больниц тренингов для пациентов и обучающих программ по совладанию со стрессами. Выбор населением различных возрастных и социальных групп прогрессивной цели в жизни, повышающей активность и защитные силы организма.

8. Постоянное употребление питьевой воды, соответствующей установленным нормативам, включая показатели физиологической полноценности минерального состава.

9. Создание в семьях, где проживают лица с расстройствами психики и поведения, благоприятных материально-жилищных условий, достаточных для соблюдения здорового образа жизни и других требований, обеспечивающих высокие показатели здоровья.

10. Квалифицированное медицинское обслуживание, включающее ежегодное медицинское обследование (профилактические осмотры) психически здоровых людей и динамическое наблюдение лиц, страдающих расстройствами психики и поведения.

11. Создание и обеспечение постоянного функционирования на разных административно-территориальных уровнях системы мониторинга за состоянием психического здоровья населения под влиянием факторов среды жизнедеятельности и организация СУПЗ.

На основании данных научной литературы и анализа результатов собственных проведенных исследований нами разработаны «Рекомендации по защите психического здоровья населения», включающие 30 пунктов. Указанные рекомендации изданы типографским способом в форме информационного листка тиражом 1000 экземпляров, в бумажном и электронном виде направлены для внедрения в детские образовательные учреждения, средние специальные и высшие учебные заведения, лечебно-профилактические учреждения, во многие другие учреждения различного профиля, на предприятия, в организации, средства массовой информации, размещены на различных сайтах, в социальных сетях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В последние годы в современных научных исследованиях появляется все больше данных о влиянии отрицательных факторов внешней среды не только на соматическое, но и на психическое здоровье населения.

В то же время, отсутствует эффективная система реагирования на ухудшение показателей психического здоровья жителей под влиянием различных отрицательных факторов среды жизнедеятельности, не систематизированы внешние факторы риска, влияющие на формирование расстройств психики, не проведена оценка значимости этих факторов, не в полном объеме разработаны конкретные профилактические мероприятия по улучшению и восстановлению психического здоровья населения в условиях депрессивной социальной и экологической среды. Поэтому, выполненная работа посвящена научному обоснованию и разработке системы управления психическим здоровьем населения, включающей мониторинг среды жизнедеятельности, мониторинг показателей психического здоровья и рекомендации по осуществлению и усовершенствованию профилактических мероприятий.

В результате проведенного исследования было доказано влияние внешних факторов, включая образ жизни на психическое здоровье. Из всех изученных факторов первые ранговые места заняли стрессовые факторы. По шкале Айзенка большинство исследованных психически здоровых людей спокойны, имеют высокую самооценку, устойчивы к неудачам, выдержаны, легко адаптируются к меняющимся условиям среды, в отличие от пациентов с расстройствами психики и поведения, которые склонны к тревожности, имеют низкую самооценку, избегают трудностей, раздражительны, плохо адаптируются к меняющимся условиям среды, более восприимчивы к стрессам, чем психически здоровые люди и имеют низкую стрессоустойчивость. Среди пациентов с расстройствами психики и поведения, по сравнению с психически здоровыми людьми, отмечался больший удельный вес лиц, которые не имели цели в жизни, описывали

психологическую ситуацию в семье и коллективе по месту работы как неблагоприятную, проявляли медлительность в случае стрессовой реакции и имели мысли о нежелании жить.

Актуальным в современных условиях оказалось влияние на психическое здоровье стрессов военного времени и распространения новой коронавирусной инфекции. На основании проведенной научно-исследовательской работы были сделаны выводы, что пациенты с уже имеющимися психическими расстройствами наиболее уязвимы к психологическим стрессорам военного времени и распространения новой коронавирусной инфекции.

Важным фактором, влияющим на психическое здоровье является питание. Было выявлено, что пациенты с психическими заболеваниями по сравнению с психически здоровыми людьми значительно реже употребляли основные продукты питания: свежие фрукты, молоко и молочные продукты, творог и сыр, мясо и мясные продукты, рыбу и рыбные продукты, морепродукты, а также мёд, содержащие важные для организма вещества — белки, жиры, углеводы, аминокислоты, микроэлементы и витамины. Было доказано, что для семей с пациентами, страдающими расстройствами психики по сравнению с психически здоровыми характерны более низкие доходы, более низкий уровень жизни, а, следовательно, не высокая покупательная способность в приобретении продуктов питания. Установлена прямая статистически значимая корреляционная связь между доходами на 1 члена семьи, в которых проживают пациенты с психическими заболеваниями, и кратностью употребления следующих продуктов питания: свежие фрукты, овощи и ягоды — $r=+0,148$, молоко и молочные продукты — $r=+0,097$, творог и сыр — $r=+0,141$, мясо и мясные продукты — $r=+0,229$, рыба и рыбные продукты — $r=+0,132$, морепродукты — $r=+0,193$, мёд — $r=+0,119$, а также острые продукты и блюда — $r=+0,171$ ($p < 0,05$). Полученные результаты исследований свидетельствуют о прямой зависимости употребления основных продуктов питания пациентами с психическими заболеваниями от уровня доходов. Недостаточное употребление основных

продуктов питания является фактором, отягощающим течение патологического процесса у лиц, страдающих расстройствами психики.

В результате проведенных исследований установлено, что удельный вес жителей общей группы (мужчины + женщины), которые не занимались утренней гимнастикой и/или спортом, связанным с физической нагрузкой, выше в группе пациентов с расстройствами психики и поведения — $59,61 \pm 2,17\%$ по сравнению с психически здоровыми людьми — $23,11 \pm 1,83\%$ ($p < 0,001$). Аналогичные различия выявлены также среди мужчин — $55,68 \pm 3,06\%$ по сравнению с — $17,03 \pm 2,11\%$ и среди женщин — $63,82 \pm 3,06\%$ по сравнению с — $32,23 \pm 3,22\%$ ($p < 0,001$). Низкую физическую активность пациентов с расстройствами психики и поведения следует рассматривать как неизбежное следствие психической патологии. Это обусловлено в основном определенными особенностями клинического проявления психических заболеваний, для которых характерны замкнутость, отсутствие инициативы и побуждений к деятельности. В то же время, низкая физическая активность, безусловно, оказывает негативное влияние на организм пациентов с расстройствами психики и поведения и рассматривается как фактор, отягощающий течение патологического процесса.

Актуальным является влияние на психическое здоровье вредных привычек — курения, употребления алкоголя, наркотических или без назначения врача психотропных веществ. Было выявлено, что удельный вес жителей, которые активно не курили, выше в группе психически здоровых лиц — $62,69 \pm 2,10\%$, по сравнению с пациентами с расстройствами психики и поведения — $56,28 \pm 2,20\%$ ($p = 0,035$). Удельный вес жителей, не подвергавшихся пассивному курению, также выше среди психически здоровых лиц — $71,97 \pm 1,95\%$ по сравнению с пациентами с расстройствами психики и поведения — $65,88 \pm 2,10\%$ ($p = 0,034$). В результате исследования получены данные о том, что жителей, которые не употребляли наркотических или без назначения врача психотропных веществ, больше в группе психически здоровых лиц — $99,24 \pm 0,38\%$ по сравнению с пациентами с расстройствами психики и поведения — $93,33 \pm 1,10\%$ ($p < 0,001$).

Было выявлено, что мужчин, употреблявших крепкие спиртные напитки в 2,3 раза больше в группе пациентов с расстройствами психики и поведения по сравнению с психически здоровыми людьми. Курение, употребление спиртных напитков, наркотических и без назначения врача психотропных веществ следует рассматривать как неизбежное следствие психической патологии, а также как фактор, отягощающий течение патологического процесса у лиц, страдающих расстройствами психики и поведения.

Значимыми факторами, влияющими на психическое здоровье стали условия и площадь проживания. Согласно полученным данным, в группе психически здоровых женщин больше лиц, проживающих в квартирах, окна которых обращены во внутренний двор — $73,93 \pm 3,02\%$, по сравнению с пациентами с диагнозами психических заболеваний — $65,04 \pm 3,04\%$ ($p < 0,05$). Следовательно, жители, особенно женщины, проживающие в квартирах с окнами во внутренний двор, находятся в более благоприятных гигиенических, экологических и психологических условиях, по сравнению с жильцами квартир с окнами в сторону автомагистралей. Магистрали с движущимися автотранспортными средствами являются практически постоянными источниками загрязнения атмосферного воздуха компонентами отработавших газов и шумового воздействия. Указанные факторы оказывают прямое и опосредованное влияние на организм, включая центральную нервную систему и психическое здоровье.

В результате исследования было выявлено, что среди психически здоровых жителей больше лиц, проживающих в индивидуальных жилых домах — $44,32 \pm 2,16\%$, по сравнению с пациентами с диагнозами психических заболеваний — $33,33 \pm 2,09\%$ ($p < 0,001$). Полученные данные свидетельствуют о том, что проживание в индивидуальных жилых домах оказывает более благоприятное влияние на психическое здоровье населения, по сравнению с многоэтажными коллективными жилыми домами. Это можно объяснить большей изоляцией жителей индивидуальных домов от жильцов из других семей. Для лиц, проживающих в многоквартирных домах, более характерно воздействие таких

негативных факторов, как посторонние шумы со всех сторон от соседних квартир (разговоры и крики, шум от звуковоспроизводящей аппаратуры и коммуникаций, стук дверей и прочие), уличный шум, риск затопления жилья водой или стоками, неприятные запахи различной природы, более частые нежелательные контакты с другими жильцами дома, риск возникновения пожаров и взрывов газа по вине соседей и прочие.

Также в результате проведенного исследования установлено влияние средней обеспеченности жилой площадью на психическое здоровье населения. В группе пациентов с расстройствами психики и поведения больше жителей с низкой обеспеченностью жильем на 1 члена семьи (менее 10 м²) — 19,21±1,74 %, по сравнению с психически здоровыми людьми — 8,52±1,22 %. В то же время, удельный вес лиц с более высокой обеспеченностью жильем на 1 члена семьи (21-30 м²) выше в группе психически здоровых жителей — 29,55±1,99%, по сравнению с пациентами, страдающими расстройствами психики — 19,61±1,76% ($p < 0,001$). Полученные результаты могут быть объяснены тем, что совместное проживание на небольшой площади с другими людьми является стрессовым фактором и при возникновении конфликтных ситуаций в семье приводит к эмоциональному перенапряжению, срыву компенсаторных защитных механизмов и, как следствие, формированию или обострению психических заболеваний. В условиях проживания на недостаточной жилой площади (и не предоставлении каждому человеку отдельной жилой комнаты) у людей отсутствует возможность уединения для реализации индивидуальных жизненных потребностей (включая занятия любимым делом и отдых).

Что касается употребления сырой водопроводной воды с повышенными общей жесткостью и минерализацией, было выявлено, что удельных вес лиц, которые не употребляли воду с описанными характеристиками, выше среди психически здоровых людей — 43,75±2,16%, по сравнению с пациентами с расстройствами психики и поведения — 29,22±2,01% ($p < 0,001$). Установлено, что употребление пациентами с расстройствами психики водопроводной воды с

повышенными общей жесткостью и минерализацией является следствием хронических психических расстройств, связанным с нарушением здорового образа жизни. Материалы проведенных исследований, свидетельствующие о неблагоприятном влиянии недоброкачественной воды на психическое здоровье населения, являются логическим дополнением к ранее установленным данным об отрицательном влиянии указанной воды на другие системы и органы человека, что можно объяснить взаимосвязью органов и систем организма человека.

В результате исследования было выявлено влияние режима дня на психическое здоровье. Пациенты с расстройствами психики, по сравнению с психически здоровыми людьми чаще не соблюдали режим дня, несвоевременно ложились спать и имели низкую продолжительность сна, что может быть связано с особенностями течения психических заболеваний, для которых характерны инсомнические нарушения в виде бессонницы, частых пробуждений, нарушений длительности и качества сна. Несоблюдение режима дня также можно рассматривать как фактор, отягощающий течение патологического процесса у лиц, страдающих расстройствами психики и поведения.

На протяжении всего изученного периода (2004-2023 гг.) была выявлена тенденция увеличения основных показателей расстройств психики и поведения (выявляемости, учтенности заболеваний всего населения, в том числе отдельных нозологий) взрослых, подростков и детей; сроков стационарного лечения и инвалидности по психическим заболеваниям). При сравнении мирного и военного периодов, было доказано статистически значимое ухудшение всех показателей, характеризующих психическое здоровье, в военное время. На основании проведенной научно-исследовательской работы сделаны выводы, что депрессивная среда военного времени в Луганской Народной Республике является значимым фактором риска возникновения или обострения психических расстройств, увеличения длительности стационарного лечения пациентов с расстройствами психики и поведения, ухудшения клинического прогноза болезни и как следствие, выхода на инвалидность.

Одной из самых актуальных проблем психогигиены в настоящее время является повышение стрессоустойчивости жителей Луганской Народной Республики к действию постоянно присутствующих психотравмирующих факторов военного времени. В связи с этим большое значение приобретает своевременное принятие мер по профилактике расстройств психики и поведения, оказание психически здоровым людям психологической помощи, а пациентам с уже имеющимися расстройствами психики и поведения — постоянное применение наряду с обязательной фармакотерапией психотерапевтических и реабилитационных методик (различные виды арт-терапии: изобразительное искусство, кино- и музыкотерапия; релаксационные методики, методики совладания со стрессом, когнитивно-поведенческая терапия и прочие).

Большинство исследуемых пациентов регулярно посещали врача-психиатра, принимали комплексное фармакологическое лечение (включающее антипсихотики 1-3 поколения, современные антидепрессанты, транквилизаторы, нормотимики) и ежегодно проходили курсы стационарного лечения.

Было установлено положительное влияние на психическое состояние пациентов применение наряду с фармакотерапией различных реабилитационных методик (музыка- и кинотерапия, изобразительное искусство, физические упражнения, тренинги навыков социального взаимодействия, санитарно-гигиенических навыков).

Было выявлено влияние возраста пациентов на течение психических расстройств. В частности, получены данные, что с увеличением возраста пациентов, страдающих шизофренией, шизоаффективным или шизотипическим расстройством, наблюдалось уменьшение частоты обострений заболевания, что возможно связано с изменениями гормонального и нейротрансмиттерного фона в данный возрастной период. Сделаны выводы, что пациенты молодого возраста, страдающие шизофренией, шизоаффективными и шизотипическими расстройствами, нуждаются в особо тщательном наблюдении и грамотном

подборе комплексного лечения, так как именно в этом возрастном периоде наблюдаются частые обострения данных заболеваний.

Большинство исследуемых пациентов наблюдались психиатром по поводу хронических психических расстройств с тяжелыми или часто обостряющимися болезненными проявлениями, которые оказывали значительное влияние на профессиональную и бытовую деятельность исследуемых. При этом большинство пациентов регулярно посещали врача психиатра в поликлинике в состоянии ремиссии и выполняли назначенные лечащим врачом реабилитационные методики, все пациенты принимали комплексное поддерживающее лечение. Несмотря на постоянный прием комплексной фармакотерапии и выполнение реабилитационных мероприятий, более чем у половины пациентов отмечались частые (1 раз в несколько месяцев) и длительные (около месяца) обострения психических расстройств. Сделаны выводы, что в целях повышения качества охраны и укрепления психического здоровья населения, необходимо создание новых, эффективных методов профилактики психических расстройств, учитывающих комплексное влияние различных внешних и внутренних факторов.

Таким образом, в результате проведенных исследований установлено, что многочисленные факторы депрессивной социальной и экологической среды жизнедеятельности оказывают отрицательное влияние на психическое здоровье населения. Несмотря на это, в настоящее время предпринимается недостаточно усилий в области, направленной на укрепление и профилактику психического здоровья, отсутствует эффективная система реагирования на ухудшение показателей психического здоровья жителей под влиянием различных отрицательных факторов среды жизнедеятельности.

В настоящей работе разработан комплекс различных эффективных мероприятий по защите и укреплению психического здоровья. Предложено понятие система управления психическим здоровьем (СУПЗ) — это комплекс взаимосвязанных структур, которые работают по установленным правилам и программам и реагируют на ухудшение показателей психического здоровья

жителей под влиянием различных внешних факторов. Система управления психическим здоровьем населения включает функционирующую по определенной схеме систему мониторинга психического здоровья (МПЗ) и соответствующие результатам мониторинга профилактические мероприятия для предотвращения формирования или утяжеления психических расстройств. МПЗ должен включать мониторинг основных факторов среды жизнедеятельности, влияющих на психическое здоровье и мониторинг показателей психического здоровья населения. Установлены основные внешние факторы риска и антириска для психического здоровья, определены основные показатели психического здоровья как критерии МПЗ. Предложена общая схема функционирования мониторинга психического здоровья.

Разработана комплексная система мероприятий, включающая несколько подходов в деятельности по профилактике ухудшения психического здоровья. Сделаны выводы, что только практическое комплексное использование одновременно нескольких подходов по защите психического здоровья позволит обеспечить достижение максимального профилактического и оздоровительного эффекта. Подготовлены и внедрены в практическую деятельность учреждений, предприятий, а также распространены среди населения «Рекомендации по защите психического здоровья населения», включающие фрагменты воспитания, формирования здорового образа жизни, питания, организацию самоконтроля и другие.

ВЫВОДЫ

1. В результате комплексного гигиенического и социально-медицинского исследования образа и условий жизнедеятельности, среды обитания населения Луганской Народной Республики установлен депрессивный характер среды жизнедеятельности (социальной и экологической), определены закономерности структуры и динамики показателей его психического здоровья. По степени влияния на психическое здоровье первые ранговые места заняли психологические стрессоры, включая стрессы, обусловленные вооруженным конфликтом и эпидемией новой коронавирусной инфекции COVID-19.

2. Для семей пациентов с расстройствами психики и поведения по сравнению с психически здоровыми людьми, характерны более низкие доходы, более низкий уровень жизни. Результатом низких доходов семей пациентов с психическими расстройствами по сравнению с психически здоровыми, является не высокая покупательная способность, особенно продуктов питания, содержащих важные для организма вещества — белки, жиры, углеводы, микроэлементы и витамины.

3. Среди пациентов с расстройствами психики и поведения по сравнению с психически здоровыми людьми, достоверно меньше лиц, которые регулярно занимались утренней гимнастикой и/или спортом, связанным с физической нагрузкой (различие в 2,1 раза), закаливанием организма (в 2,4 раза) и выполняли пешие прогулки и/или работу на открытом воздухе (в 2 раза). Низкая физическая активность оказывает негативное влияние на организм пациентов с расстройствами психики и поведения и рассматривается как фактор,отягощающий течение патологического процесса.

4. Среди пациентов с расстройствами психики и поведения по сравнению с психически здоровыми людьми, достоверно больше лиц, которые активно и часто курили (различие в 1,9 раза), подвергались пассивному курению (в 1,2 раза) и ранее употребляли наркотические или без назначения врача психотропные вещества (в 14,4 раза). В наибольшей степени указанная закономерность

характерна для мужчин. В структуре пациентов с расстройствами психики и поведения численность мужчин, часто употреблявших спиртное, была в 2,3 раза выше, чем у психически здоровых людей. Активное и пассивное курение, а также употребление спиртных напитков, следует рассматривать как неизбежное следствие психической патологии, а также как фактор, отягощающий течение патологического процесса у лиц, страдающих расстройствами психики и поведения.

5. Пациенты с расстройствами психики, по сравнению с психически здоровыми людьми чаще не соблюдали режим дня, несвоевременно ложились спать и имели низкую продолжительность сна, что может быть связано с особенностями течения психических заболеваний, для которых характерны инсомнические нарушения в виде бессонницы, частых пробуждений, нарушений длительности и качества сна. Несоблюдение режима дня также можно рассматривать как фактор, отягощающий течение патологического процесса у лиц, страдающих расстройствами психики и поведения.

6. Низкий уровень обеспеченности жилой площадью является фактором риска формирования или обострения психических заболеваний, что подтверждает большой удельный вес жителей с низкой обеспеченностью жильем на 1 члена семьи (менее 10 м²) в группе пациентов с расстройствами психики и поведения — 19,21±1,74 %, по сравнению с психически здоровыми людьми — 8,52±1,22 %. Психически здоровых лиц в 1,3 раза больше в группе жителей, проживающих в индивидуальных жилых домах, что можно объяснить благоприятными гигиеническими условиями (большей изоляцией жителей от соседей).

7. Удельный вес лиц, которые не употребляли сырой водопроводной воды с повышенными общей жесткостью и минерализацией (солесодержанием), выше среди психически здоровых людей — 43,75±2,16%, по сравнению с пациентами с расстройствами психики и поведения — 29,22±2,01% ($p < 0,001$). Полученные данные обусловлены характером течения хронических психических заболеваний,

при которых страдает эмоционально-волевая сфера со снижением мотиваций, стремлений, побуждений, искажением поведения, приводящих к нарушению пациентами правил здорового образа жизни, включая употребление недоброкачественной воды.

8. Тенденция увеличения показателей заболеваемости расстройствами психики и поведения у всего населения, в том числе у взрослых, подростков и детей, в Луганской Народной Республике возникла на протяжении всего изученного периода (2004-2023 гг.). Однако, при сравнении мирного и военного периодов было доказано статистически значимое ухудшение всех показателей, характеризующих психическое здоровье, в течение вооруженного конфликта. Следовательно, депрессивная среда военного времени в регионе является значимым фактором риска возникновения или обострения психических расстройств, увеличения сроков длительности стационарного лечения пациентов с расстройствами психики и поведения, ухудшения клинического прогноза болезни и, как следствие, выхода на инвалидность.

9. Установлены закономерности изменения состояния здоровья пациентов с расстройствами психики и поведения в зависимости от организации и проведения различных лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий. Полученные данные явились основой для усовершенствования системы медико-профилактического обслуживания лиц с психическими заболеваниями.

10. Разработана модель системы управления психическим здоровьем населения, включающая мониторинг основных факторов среды жизнедеятельности, влияющих на здоровье, мониторинг показателей психического здоровья населения и соответствующие результатам мониторинга профилактические мероприятия по сохранению и укреплению психического здоровья, что может служить основой для государственной программы по охране психического здоровья. Подготовлены и внедрены в практическую деятельность учреждений, предприятий, а также распространены среди населения, «Рекомендации по защите психического здоровья», включающие фрагменты

воспитания, формирования здорового образа жизни, питания, организацию самоконтроля и другие.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Внедрение в практическую деятельность учреждений специального раздела «Психическое здоровье», как составной части государственного социально-гигиенического мониторинга (СГМ), который включает мониторинг основных факторов среды жизнедеятельности, влияющих на психическое здоровье и мониторинг показателей психического здоровья населения.

2. С целью успешного осуществления мониторинга психического здоровья населения организация рационального использования современных информационных технологий, включая разработку и внедрение компьютерных программ ввода, группировки, статистической обработки и анализа различных показателей психического здоровья и влияющих на него факторов среды жизнедеятельности. Указанные программы должны быть универсальными на всей территории Российской Федерации, обеспечивать подготовку объективной информации за отчетные периоды и прогнозировать ситуации на ближайшую и отдаленную перспективы.

3. В процессе реализации системы управления психическим здоровьем (СУПЗ) обеспечение разработки и реализации эффективного алгоритма реагирования на ухудшение показателей психического здоровья жителей под влиянием различных отрицательных факторов среды жизнедеятельности.

4. Практическое использование комплексного подхода в деятельности, направленной на предупреждение формирования расстройств психики и поведения. Указанный комплекс мер должен предусматривать: предотвращение влияния на организм факторов риска и активизацию факторов антириска; осуществление мероприятий первичной, вторичной и третичной профилактики психических заболеваний, а также воздействие на источники образования

факторов среды, пути их передачи населению и восприимчивый организм человека.

5. На государственном уровне организация повышения материально-жизненного уровня лиц с расстройствами психики и поведения, обеспечение этой категории населения адресной социальной помощью, увеличение их доходов по отношению к прожиточному уровню в зависимости от тяжести проявления психических заболеваний. Оказание дополнительной государственной поддержки пациентам с расстройствами психики и поведения, а также их семьям, по улучшению жилищных условий с предоставлением лицам с соответствующими диагнозами отдельных комнат.

6. Создание и поддержание благоприятного нравственного фона в социуме, основанного на принципах гуманизма, уважения к личности человека, заботы о благополучии каждого члена общества, вне зависимости от возраста, пола, национальной принадлежности и особенностей психического здоровья. Обеспечение оптимальных условий для участия пациентов с расстройствами психики и поведения в трудовой, социальной и творческой жизни общества.

7. Организация у населения здорового образа жизни, предусматривающего соблюдение режима дня, отказ от вредных привычек, физическую активность, полноценный отдых, благоприятный психологический климат в социуме и т. д., посредством воспитания и обучения в семье и коллективе, консультаций медицинских работников и психологов, размещения информации в СМИ, включая различные сайты и социальные сети.

8. Повышение стрессоустойчивости жителей Луганской Народной Республики и других регионов Российской Федерации, особенно тех, которые находятся в зонах военного конфликта или других чрезвычайных условиях, путем осуществления комплекса различных мероприятий: обеспечения функционирования доступных кабинетов психологической и психотерапевтической помощи населению; использования сайтов в лечебных учреждениях, с размещением на них информации о совладании со стрессами;

помощи специалистов в виде кратких консультаций при обращении пациентов на сайт; организации мотивационных интервью, различных программ с использованием интернета и мобильных устройств; создании специализированных исследовательских и образовательных центров по профилактике стресса; распространении среди населения рекомендаций по защите психического здоровья.

9. С учетом роли семьи как основополагающего фактора, формирующего личность человека, проведение просветительной работы с родственниками пациентов, страдающих психическими расстройствами, с целью создания в семье благоприятного психологического климата для предотвращения обострений психических расстройств и обеспечения контроля выполнения пациентами рекомендаций врачей психиатров.

10. Осуществление деятельности, направленной на усовершенствование методов ранней диагностики психических заболеваний, лечения и реабилитации пациентов с расстройствами психики и поведения путем разработки и использования современных более эффективных средств диагностики, фармакологических препаратов и схем их применения, а также безмедикаментозных подходов к улучшению состояния пациентов.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

В перспективе планируется продолжить изучение влияния внешних факторов на психическое здоровье населения различных групп с целью оценки эффективности предложенных и внедренных в практическую деятельность лечебно-профилактических мероприятий. Использовать полученные данные для корректировки ранее разработанных программ с целью обеспечения реализации более надежной системы защиты психического здоровья населения.

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АД	– артериальное давление
АКТГ	– адренокортикотропный гормон
ВАК	– высшая аттестационная комиссия
ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения
ГАМК	– гамма-аминомасляная кислота
ГБУЗ	– государственное бюджетное учреждение здравоохранения
ГСанПиН	– государственные санитарные правила и нормы
ГСП	– государственные санитарные правила
ГУС	– главное управление статистики
ДНК	– дезоксирибонуклеиновая кислота
КОП	– коэффициент отношения правдоподобия
ЛГМУ	– Луганский государственный медицинский университет
ЛНР	– Луганская Народная Республика
ЛТ	– личностная тревожность
МАЭД	– мощность амбиентного эквивалента дозы
МКБ-10	– международная классификация болезней десятого пересмотра
МПД	– мощность поглощенной дозы
МПЗ	– мониторинг психического здоровья
МЭД	– мощность экспозиционной дозы
ООН	– Организация Объединенных Наций
ПДК	– предельно допустимая концентрация
ПДКм.р.	– максимально разовая предельно допустимая концентрация
ПДКс.с.	– среднесуточная предельно допустимая концентрация

РТО	– радиотехнический объект
РФ	– Российская Федерация
СГМ	– социально-гигиенический мониторинг
СЗЗ	– санитарно-защитная зона
СМИ	– средства массовой информации
СММП	– субъекты мониторинга медицинского профиля
СМНП	– субъекты мониторинга немедицинского профиля
ССС	– сердечно-сосудистая система
СТ	– ситуативная тревожность
СПУЗ	– система управления психическим здоровьем
ЧСС	– частота сердечных сокращений
ЦНС	– центральная нервная система
ЭМП	– электромагнитное поле
COVID-19	– коронавирусная инфекция 2019 года
BDNF	– мозговой нейротрофический фактор
DSM-5	– диагностическое и статистическое руководство 5-го пересмотра
шкала PSP	– шкала социального функционирования

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамов, В.А. Критерии выздоровления при психических расстройствах: системный подход / В.А. Абрамов, А.В. Абрамов // Материалы второй международной научно-практической online-конференции «Инновационные перспективы Донбасс». – Донецк, 2020. – 555 с.
2. Абрамян, С.К. Толкование понятия «психическое здоровье» в современной науке / С.К. Абрамян // Актуальные проблемы современной науки. – 2014. – № 3. – С. 55-59.
3. Агамагомедова, И.Н. Психические реакции и нарушения поведения у лиц с COVID-19: методические указания / И.Н. Агамагомедова, Г.С. Банников, К.Л. Кещян; НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского. – Москва, 2020. – 9 с.
4. Агирбова, Д.М. Особенности отражения цвета на психологическое состояние человека / Д.М. Агирбова, А.А. Абайханова // Тенденции развития науки и образования. – 2019. – № 2. – С. 5-9.
5. Акимова, Е.В. Проблема изучения копинг-стратегий в отечественной и зарубежной психологии / Е.В. Акимова, А.В. Суворова // Гуманитарные основания социального прогресса: Россия и современность: сборник статей международной научно-практической конференции – Москва: ФГБОУ ВО «МГУДТ», 2016. – С 5-10.
6. Аксенов, В.А. Влияние пестицидов на организм. Проблемы обращения с пестицидами / В.А. Аксенов, И.В. Шиховцева // Материалы VIII междунар. науч.-практ. конф. «Актуальные проблемы экологии и охраны труда». – Курск, 2016. – С.42-46.
7. Алексеева, Д.Н. К вопросу о наркотизации больных шизофренией / Д.Н. Алексеева, О.Ю. Ширяев, М.А. Рогозина // Прикладные информационные аспекты медицины. – № 19 (1). – 2016. – С. 5-11.
8. Алексеева, Д.Н. Распространённость употребления спайса и других синтетических каннабиноидов в молодёжной среде / Д.Н. Алексеева, Е.Е.

Дюкова, М.А. Пальчиков // Материалы 16-й межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и медицинской психологии». – Воронеж: ВГМА им. Н.Н. Бурденко, 2014. – № 17 (1). – С. 3-7.

9. Анарбекова, А. Анализ генов детоксикации ксенобиотиков и репарации ДНК у населения, проживающего на территориях, загрязненных пестицидами / А. Анарбекова, Ж. Турсунова, Р. Мусабаев // Вестник КАЗНМУ. – 2021. – №2. – С.201-209.

10. Андриющенко, О.Е. Здоровье в системе жизненных ценностей молодежи: опыт регионального исследования / О.Е. Андриющенко // Вестник Волгоградского государственного университета. – 2015. – № 4 (30). – 52-157.

11. Апалькова, А.М. Занятия спортом (физической культурой) как средство профилактики стресса / А.М. Апалькова, В.В. Полинский, Н.А.Герасимова // Юный ученый. – 2018. – № 2 (16). – С. 140-144.

12. Артеменков, А.А. Проблема профилактики эндемических заболеваний и микроэлементозов у человека / А.А. Артеменков // Профилактическая медицина. – 2019. – № 22 (3). – С. 92-100.

13. Арушанян, Э.Б. Лекарственное улучшение познавательной деятельности мозга / Э.Б.Арушанян, Э.В. Бейер – Ставрополь: Издательство СтГМУ, 2016. – 176 с.

14. Банайтис, Н.Г. Взаимосвязь психологических защит и иррациональных убеждений сотрудников организации / Н.Г. Банайтис // Бизнес и дизайн ревю. – 2016. – № 1 (4). – С. 8-10.

15. Баранская, Л.Т. Нейропсихология: учебное пособие / Л.Т. Баранская, Е.В. Павлова. – Екатеринбург: УГМУ, 2020. – 115 с.

16. Барденштейн, Л.М. Психогенные расстройства: учебно-метод. пособие / Л.М. Барденштейн, Н.И. Беглянкин. — Москва: РИО МГМСУ, 2021. – 65 с.

17. Белашева, И.В. Эмоциональная компетентность в системе психологических факторов изменения здоровья человека / И.В. Белашева //

Материалы III Всероссийской научно-практической конференции «Психологическое здоровье личности: теория и практика». – Ставрополь, 2016. – С. 3-8.

18. Белорусова, А.В. Изучение влияния акцентуаций характера на социальную адаптацию в юношеском возрасте / А.В. Белорусова // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2015. – № 18. – С. 16-20.

19. Бергфельд, А.Ю. Особенности цветовых предпочтений в связи с психическим состоянием у курильщиков марихуаны в период ремиссии / А.Ю. Бергфельд, Е.А. Дронго // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. – 2016. – № 2 (26). – С. 95-103.

20. Березняк, И.В. Гигиеническая оценка кожно-резорбтивного действия ксенобиотиков (обзор литературы) / И.В. Березняк, Л.И. Липкина, Н.Е. Федорова // Гигиена и санитария. – 2021. – №100 (9). – С.980-984.

21. Бильданова, В.Р. Психология стресса и методы его профилактики: учебно-методическое пособие / В.Р. Бильданова, Г.К. Бисерова, Г.Р. Шагивалеева. – Елабуга: Издательство ЕИ КФУ, 2015. – 142 с.

22. Близнюк, А.И. Здоровый образ жизни и здоровье: современное состояние проблемы / А.И. Близнюк // Медицинские новости. – 2014. – № 4. – С.31-34.

23. Близнюк, А.И. Образ жизни и здоровье / А.И. Близнюк. – Минск, 2019. – 118 с.

24. Бобров, А.Е. Проблема психосоматических соотношений и некоторые методологические вопросы психопатологии / А.Е. Бобров // Социальная и клиническая психиатрия. – 2017. – № 1. – С.98-103.

25. Будневский, А.В. Применение классификационно-прогностического моделирования для выявления и анализа значимости индивидуальных факторов риска развития нервно-психических расстройств / А.В. Будневский // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2016. – № 3. – С. 37-43.

26. Буренкова, О.А. Влияние цвета на психофизиологическое состояние личности / О.А. Буренкова // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 10. – С. 153-154.

27. Буренкова, О.А. Роль цвета в развитии эмоционально-чувственной сферы личности / О.А. Буренкова // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 7 (1). – С. 81-82.

28. Васильева, А.В. Психосоциальные факторы профилактики и терапии невротических расстройств в мегаполисе: мишени интервенций в здоровом городе / А.В. Васильева, Т.А. Караваева // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2020. – № 2. – С. 95-104.

29. Власова, А.А. Эмоции и здоровье / А.А. Власова, В.А. Ротанова, А.И. Торопова // Современные научные исследования и инновации. – 2018. – № 3. – Текст : электронный. URL: <https://web.snauka.ru/issues/2018/03/85973> (дата обращения: 25.08.2022).

30. Воронкова, Я.Ю. «Большая пятёрка» или пятифакторная модель личности / Я.Ю. Воронкова // Смысл, функции и значение разных отраслей практической психологии в современном обществе: сборник научных трудов – Хабаровск: Издательство Тихоокеанского государственного университета, 2017. – С. 39-45.

31. Воронцова, В.В. Основы психического здоровья и психосоматическая физическая тренировка / В.В. Воронцова // Молодой ученый. – 2023. – № 51 (498). – С. 432-434.

32. Вредное употребление алкоголя, алкогольная зависимость и психические расстройства: обзор фактических данных об их взаимосвязи и комплексных методах лечения. Всемирная организация здравоохранения. – 2020. – 24 с. – Текст : электронный. <https://www.euro.who.int>

33. Галочкина, Н.Е. Человек перед лицом болезни в условиях научно-технической революции / Н.Е. Галочкина // Наука. Мысль: электронный периодический журнал. – 2017. – № 1. – С.36-40.

34. Галчинова, Т.А. Влияние цвета на эмоциональное состояние человека / Т.А. Галчинова // Инновационная наука. – 2020. – № 5. – С. 172-175.
35. Гнатик, Е.А. Роль ООН в формировании международных стандартов в сфере здравоохранения / Е.А. Гнатик // Вестник РУДН. – 2014. – № 4. – С. 304-313.
36. Голенков, А.В. Диагностика и профилактика табачной зависимости у больных шизофренией / А.В. Голенков // Актуальная тема. Медицинская сестра. – № 3. – 2016. – С. 7-11.
37. Голенков, А.В. Социально-психологические особенности табачной зависимости у жителей Чувашии / А.В. Голенков // Наркология. – 2013. – № 1. – С. 28–32.
38. Головнина, А.П. Спорт как лекарство от стресса / А.П. Головнина, Л.Д. Батыркаева // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2013. – № 10 (2). – С. 324-325.
39. Грабовская, Е.Ю. Физиология адаптационных процессов (курс лекций): учебное пособие для обучающихся очной и заочной форм обучения направления подготовки 49.04.01 физическая культура / Е.Ю. Грабовская. ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского». – Симферополь: [б. и.], 2020. – 106 с.
40. Григорьев, М.Э. Общие и прикладные вопросы лечебного питания в психиатрии (обзор) / М.Э. Григорьев, А.И. Нельсон, И.Е. Хорошилов. – Текст : электронный. <https://nedug.ru> (дата обращения 21.08.22).
41. Гульятеева, В.В. Физическая нагрузка при лечении депрессии. Физиологические механизмы / В.В. Гульятеева, М.И. Зинченко, Д.Ю. Урюмцев // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2019. – № 119 (7). – С.112-119.
42. Гусева, Е.С. Транзактный подход к описанию религиозной личности / Е.С. Гусева // Известия Самарского научного центра РАН. 2015. – № 1 (4). – С. 882-885.

43. Гусева, Е.С. Эмоциональное отношение к Богу как важнейший компонент религиозности / Е.С. Гусева // Культура. Духовность. Общество. – 2015. – № 19. – С. 69-81.

44. Гуцол, Л.О. Стресс (общий адаптационный синдром) / Л.О. Гуцол, Е.В. Гузовская, С.Н. Серебренникова // Байкальский медицинский журнал. – 2022. – № 1 (1). – С. 70-80.

45. Дмитриева, Т.Б. Психиатрия: национальное руководство / Т.Б. Дмитриева. – Москва: ГЭОТАР-медиа, 2014. – 1000 с.

46. Добряков, И.В. Оказание психологической и психиатрической помощи при чрезвычайных ситуациях / И.В. Добряков. – Бишкек, издательство «Папирус-Print», 2013. – 364 с.

47. Дружилов, С.А. Здоровый образ жизни как целесообразная активность человека / С.А. Дружилов // Современные научные исследования и инновации. – 2016. – № 4. – Текст: электронный. URL: <https://web.snauka.ru/issues/2016/04/66781> (дата обращения: 25.08.2022).

48. Дружилов, С.А. Психическое здоровье и экология личности / С.А. Дружилов // Успехи современного естествознания. – 2012. – № 12. – С. 12-15.

49. Дубограй, Е.В. Взаимосвязь религиозности и психического здоровья человека: взгляд сквозь призму зарубежных медико-социологических исследований / Е.В. Дубограй // Вестник МГЛУ. Общественные науки. – 2018. – № 2. – С. 195-207.

50. Дьякович, М.П. Количественная оценка динамики фактического здоровья лиц, подвергавшихся воздействию паров ртути на производстве: отдаленный период интоксикации / М.П. Дьякович, Е.В. Катаманова, П.В. Казакова // Актуальные вопросы гигиены. – 2013. – № 2. – С.12-17.

51. Евдокимов, В.И. Боевой стресс: наукометрический анализ отечественных публикаций (2005–2017 гг.) / В.И. Евдокимов, В.Ю. Рыбников, В.К. Шамрей – Санкт-Петербург: Политехника-принт, 2018. – 170 с.

52. Евсеев, Н.Г. Диетическое питание в психиатрии и наркологии / Н.Г. Евсеев. – Текст : электронный. <https://rehabfamily.com> (дата обращения 21.08.22).

53. Евтушенко, Е.И. Закономерности формирования, экзогенные факторы риска и принципы охраны психического здоровья населения в условиях урбанизированного региона: диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Евтушенко Евгений Иванович. – Донецк, 2017. – 248 с.

54. Евтушенко, Е.И. Особенности возникновения и распространенности психических расстройств среди населения военного региона / Е.И. Евтушенко // Вестник гигиены и эпидемиологии. – 2021. – № 25 (2). – С 185-187.

55. Ежкова, Е.В. О коморбидности алкоголизма: клинический случай сочетанного течения алкогольной зависимости и шизофрении / Е.В. Ежкова, М.А. Винникова, Р.А. Булатова // Наркология. – 2018. – № 17 (1). – С. 32-39.

56. Ермагамбетова, А.П. О влиянии ксенобиотиков на нервную систему (обзор) / А.П. Ермагамбетова, Г.Б. Кабдрахманова, К.Е. Козбагаров // Вестник АГИУВ. – 2011. – №3. – С. 22-26.

57. Есауленко, И.Э. Некоторые аспекты диагностики, клинической картины и лечения антифосфолипидного синдрома / И.Э. Есауленко, В.А. Куташов, О.В. Ульянова // Молодой ученый. – 2016. – № 14 (118). – С. 221-226.

58. Журавлева, К.С. Современный взгляд на болезнь Альцгеймера / К.С. Журавлева, В.А. Куташов // Молодой ученый. – 2015. – № 23 (103). – С. 341-347.

59. Журунова, М.С. Токсикомания и её последствия / М.С. Журунова, З.С. Абишева, Г.К. Асан // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 14. – С. 530-532.

60. Захарова, И.Н. Стресс у детей и подростков — проблема сегодняшнего дня / И.Н. Захарова, И.Б. Ершова, Т.М. Творогова // Медицинский Совет. – 2021. – № 1. – С.237-246.

61. Захарова, Н.М. Особенности психических и поведенческих нарушений у детей, освобожденных из Иракской тюрьмы / Н.М. Захарова, А.В. Милехина // Психология и право. – 2019. – № 4 (9). – С. 225-235.

62. Захарова, Н.М. Психические и поведенческие нарушения у мирного населения региона, подвергшегося локальным военным действиям / Н.М. Захарова, М.Г. Цветкова // Психология и право. – 2020. – № 10 (4). – С. 185-197.

63. Кабанова, Т.Н. Современные зарубежные исследования факторов риска психологического стресса и психосоциального климата на рабочем месте / Т.Н. Кабанова, А.П. Шпорт, А.П. Макурина // Социальная и клиническая психиатрия. – 2019. – № 29 (2). – С. 93-98.

64. Кабдрахманова, Г.Б. О роли экотоксикантов в развитии нейротоксикозов / Г.Б. Кабдрахманова, А.П. Утепкалиева // Медицинский журнал Западного Казахстана. – 2018. – №57 (1). – С. 29-35.

65. Каледа, В.Г. Религия и психиатрия: проблема взаимоотношений в трудах отечественных психиатров / В.Г. Каледа, У.О. Попович, Н.В. Романенко // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2018. – № 118 (6). – С. 102-110.

66. Капранов, С.В. Влияние отработавших газов автотранспортных средств на состояние здоровья детского населения / С.В. Капранов // Здоровье и окружающая среда: Сборник научных трудов. – Минск, 2015. – С. 148-151.

67. Капранов, С.В. Гигиенические основы мониторинга здоровья детского населения в условиях депрессивной социальной и техногенной экологической среды жизнедеятельности: диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Капранов Сергей Владимирович. – Донецк, 2017. – 381 с.

68. Капранов, С.В. Оценка влияния различных продуктов питания на функциональное состояние центральной нервной системы у школьников / С.В. Капранов // Архив психиатрии. – 2011. – № 1 (64). – С. 68-73.

69. Киселева, Л.С. Факторы, формирующие здоровье населения: сущность и типология / Л.С. Киселева // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – №. 8. – С. 17-20.

70. Китаев-Смык, Л.А. Боевой посттравматический стресс / Л.А. Китаев-Смык // Психологическая газета. – Текст : электронный. URL: <https://psy.su/feed/8819> (дата обращения 18.05. 2022).

71. Клейберг, Ю.А. Психология девиантного поведения: учебник и практикум для вузов / Ю.А. Клейберг. – Москва: Издательство Юрайт, 2016. – 290 с.

72. Кожин, А.А. Микроэлементозы в патологии человека экологической этиологии. Обзор литературы / А.А. Кожин, Б.М. Владимирский // Экология человека. – 2013. – № 9. – С. 56-64.

73. Койчуева, Л.М. Исследование факторов, влияющих на психическое состояние человека / Л.М. Койчуева, А.И. Аджиева, З.А. Джуккаева // Мир науки, культуры, образования. – 2022. – № 3 (94). – С. 181-183.

74. Кокурин, А.В. Современные подходы в оказании экстренной психологической помощи / А.В. Кокурин, В.И. Екимова, М.И. Розенова. – Москва: ИП Сигитов Т.М., 2018. – 201 с.

75. Коннова, Л.А. Вопросы медицинских и экологических последствий применения боеприпасов, содержащих обедненный уран (обзор литературы) / Л.А. Коннова, П.К. Котенко, Г.К. Артамонова // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2015. – № 1. – С 46-57.

76. Коннова, Л.А. О проблеме негативного влияния на здоровье военнослужащих и населения применения боеприпасов с обедненным ураном (обзор литературы) / Л.А. Коннова, П.К. Котенко, Г.К. Артамонова // Природные и техногенные риски (физико-математические и прикладные аспекты). – 2015. – № 1 (13). – С. 27-39.

77. Копейко, Г.И. Влияние фактора религиозности на депрессивные состояния и суицидальное поведение / Г.И. Копейко, О.А. Борисова, Е.В. Гедевани // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2020. – № 120 (1). – С. 103–110.

78. Копейко, Г.И. Религиозные копинг-стратегии в реабилитации психически больных / Г.И. Копейко, О.А. Борисова, О.Ю. Казьмина // Психиатрия. – 2016. – № 70. – С. 40-49.

79. Косарев, В.В. Профессиональные болезни. Введение в специальность: учебное пособие / В.В. Косарев, С.А. Бабанов. – Самара: ООО «Офорт», 2013. – 368 с.

80. Кочеткова, С.В. Экстремальность спорта как средство психического самосовершенствования / С.В. Кочеткова // Теория и практика общественного развития. – 2012. – № 5. – С. 103–106.

81. Красильников, И.А. Внутриличностная конфликтность в зарубежной и отечественной психологии / И.А. Красильников // Психология развития. – 2012. – № 2. – С. 134-140.

82. Кулаков, К.Ю. Влияние изменений параметров микроклимата на самочувствие человека и эксплуатационные характеристики строительных конструкций / К.Ю. Кулаков, Е.М. Егорова // E-Scio. – 2019. – № 5(32). – С. 5-11.

83. Куташов, В.А. Анализ аффективных нарушений у пациентов в клинике нервных и внутренних болезней / В.А. Куташов // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2015. – № 14 (2) – С. 242-245.

84. Куташов, В.А. Анализ клинического случая пациента с эпилепсией / В.А. Куташов, Л.А. Куташова // Русский медицинский журнал. – 2014. – № 22 (16). – С. 1210-1212.

85. Куташов, В.А. Депрессивные состояния у подростков с гиперкинетическими расстройствами / В.А. Куташов, Т.Ю. Хабарова, Е.А. Щербак // Молодой ученый. – 2015. – № 14. – С. 66-69.

86. Куташов, В.А. Изменение психического статуса у больных эпилепсией / В.А. Куташов, Л.А. Куташова // Русский медицинский журнал. – 2014. – № 22 (16). – С. 1153-1158.

87. Куташов, В.А. Медико-психологическая реабилитация лиц, страдающих психическими расстройствами / В.А. Куташов, Л.С. Немых, Т.И. Неретина // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2016. – № 19 (1). – С. 42–46.

88. Куташов, В.А. Неврология и психиатрия детского возраста / В.А. Куташов, И.Е. Сахаров. – Воронеж.: Издательство ВГМУ, 2015. – 703 с.

89. Куташов, В.А. Связь психофизиологических факторов с расстройствами вегетативной нервной системы / В.А. Куташов // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2016. – № 3. – С. 63-66.

90. Куфтяк, Е.В. Адаптивные механизмы личности: современный взгляд на проблему: монография / Е.В. Куфтяк. – Москва: Мир науки, 2017. – 320 с.

91. Кушнир, Г.М. Эпилептические приступы у больных алкоголизмом / Г.М. Кушнир, Н.Н. Йошина // Таврический журнал психиатрии. – 2015. – № 2 (71) – С. 10-13.

92. Кутько, И.И. Стресс и психическое здоровье (психопатология и психосоматика психогенного дистресса) / И.И. Кутько, Г.С. Рачкаускас, А.Н. Линев // Новости медицины и фармации. – 2013. – № 3. – С. 37-45.

93. Латышевская, Н.И. Влияние эндогенных факторов на показатели центральной гемодинамики у школьников / Н.И. Латышевская, Н.В. Левченко, С.В. Капранов // Вестник ВолГМУ. – 2016. – №. 3 (59). – С. 84-87.

94. Леонтьев, В.Н. Основы токсикологии: учебно-методическое пособие / В.Н. Леонтьев. – Минск: БГТУ, 2014. – 148 с.

95. Лозовская, Л.А. Психические расстройства в период пандемии COVID-19 / Л.А. Лозовская // Психологическая газета. – Текст : электронный. URL: <https://https://psy.su/feed/8819/>(дата обращения: 05.06.2021).

96. Луконенко, С.С. Теоретический обзор изучения феномена стресса в психологии / С.С. Луконенко // Наука в жизни человека. – 2023. – № 2. – С. 97-104.

97. Лысенко, А.В. Оценка влияния физической нагрузки на выраженность тревожно-депрессивных состояний / А.В. Лысенко, Т.В. Таютина, Д.С. Лысенко // Ученые записки. – 2014. – № 11 (117). – С. 218-224.

98. Магай, А.И. Место духовно-ориентированного подхода в реабилитации больных эндогенными психическими заболеваниями с алкогольной зависимостью / А.И. Магай // Теологический вестник Смоленской Православной духовной семинарии. – 2017. – С.107-112. – Текст : электронный. <http://smolensk-seminaria.ru/files/331/teolog-vestnik-chast-2-20> (дата обращения 01.10.23)

99. Маратова, А.М. Здоровый образ жизни — гармония жизни и здоровье человека / А.М. Маратова // Наука и современность. – 2013. – № 22. – С. 16-20.

100. Мартынихин, И.А. Особенности диагностики генерализованного тревожного расстройства российскими психиатрами: результаты исследования с использованием оценки кратких клинических описаний / И.А. Мартынихин, Н.Г. Незнанов // Современная терапия психических расстройств. – 2018. – № 4. – С.51-56.

101. Мартынова, Ю.А. Влияние архитектурной среды на психологическое состояние человека / Ю.А. Мартынова // Интеллектуальный потенциал XXI века: ступени познания. – 2013. – № 15. – С.11-18.

102. Марцинковская, Д.М. Опросник реакции на пандемию / Д.М. Марцинковская, Д.П. Ткаченко. – Текст : электронный. – URL: <https://onlinetestpad.com/ru/test/247436-oprosnik-reakcii-na-pandemiyu> (дата обращения 05.06.2021).

103. Матреницкий, В.Л. Забытая психоонкология: о необходимости психотерапии и психосоциальной реабилитации в профилактике рецидивов и метастазов онкозаболеваний / В.Л. Матреницкий // Клиническая онкология. – 2018. – № 8 (1). – С. 46-52.

104. Матреницкий, В.Л. Психотравма диагноза, дистресс и депрессия у пациентов как факторы прогрессии онкозаболевания, способы их профилактики и терапии / В.Л. Матреницкий // Клиническая онкология. – 2020. – № 1 (37). – С. 1-9.

105. Машанов, А.И. Биологическая безопасность пищевых продуктов: учебное пособие / А.И. Машанов, Е.А. Речкина, Г.А. Губаненко. Красноярский государственный аграрный университет. – Красноярск, 2016. – 117 с.

106. Машкович, К.А. Физическая активность в профилактике болезни Альцгеймера (обзор литературы) / К.А. Машкович, В.Н. Григорьева // Лечащий врач. – 2019. – № 8. – С. 52-56.

107. Медведев, В.Э. Взаимосвязь личностных расстройств и сердечно-сосудистых заболеваний: соматоцентрические концепции / В.Э. Медведев // Архив внутренней медицины. – 2014. – № 15 (1). – С. 70-73.

108. Медведев, В.Э. COVID-19 и психическое здоровье: вызовы и первые выводы / В.Э. Медведев, О.А. Доготарь // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2020. – № 12 (6). – С. 4–10.

109. Мельникова, М.Л. Психология стресса: теория и практика: учебно-методическое пособие / М.Л. Мельникова – Екатеринбург, 2018. – 112 с.

110. Механизмы токсичности фосфорорганических соединений и роль ингибирования ацетилхолинэстеразы / В.А. Анджаска, Т.Х. Фигейредо, М.А. Furtado [и др.]. // Токсикология. – 2023. – № 11 (10). – С.866-881.

111. Милаева, Т.В. Психическое здоровье населения и пути его сбережения во время пандемии COVID-19 / Т.В. Милаева // Society and Security Insights. – 2022. – № 5 (2). – С. 106-119.

112. Милова, Ю.В. Регуляция страха и тревоги в контексте концепции личностного здоровья / Ю.В. Милова // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2016. – № 10. – Текст : электронный. URL: <http://e-koncept.ru/2016/16216.htm>.

113. Михайлова, О.Б. Приверженность вопросам психического здоровья / О.Б. Михайлова, М.И. Волк, И.А.Новикова // Материалы IV Международной научно-практической конференции. – Москва: РУДН, 2023. – 572 с.

114. Михайлузова, О.И. Болезнь Паркинсона: клиника и принципы лечения / О.И. Михайлузова, В.А. Куташов // Молодой ученый. – 2015. – № 24 (104). – С. 269-273.

115. Мкртчян, А.А. Алкоголизм и шизофрения, актуальность проблемы / А.А. Мкртчян // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2016. – № 4. – С. 66-68.

116. Москалев, А.А. 120 лет жизни — только начало: Как победить старение? – Москва: Эксмо, 2015. – 320 с.

117. Мосолов, С.Н. Проблемы психического здоровья в условиях пандемии COVID-19 / С.Н. Мосолов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2020. – № 120 (5). – С. 7-15.

118. Нартова-Бочавер С.К. Дом как жизненная среда человека: психологическое исследование: монография / С.К Нартова-Бочавер, А.А. Бочавер – Москва: Памятники исторической мысли, 2016. – 220 с.

119. Нартова-Бочавер С.К. Роль образа дома в адаптации подростков к замещающей семье / С.К Нартова-Бочавер, С.И. Резниченко, А.И. Ковалева // Клиническая и специальная психология. – 2017. – № 6 (4). – С.75-89.

120. Нехорошкова, А.Н. Нейробиологические предпосылки формирования тревожных состояний / А.Н. Нехорошкова, И.Л. Большевидцева // Вестник САФУ. Серия «Медико-биологические науки». – 2016. – № 3. – С. 24-36.

121. Николаева А.Ю. Тревожность и восприятие мира студентов в условиях пандемии COVID-19 / А.Ю. Николаева // Материалы международной научной конференции студентов, аспирантов и молодых учёных «Ломоносов-2021». – Москва, 2021. – С. 5-7.

122. Пахомова, С.А. Особенности никотиновой зависимости при шизофрении / С.А Пахомова, Ю.С. Абросимова, О.С. Матросова // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2015. – № 4 – С. 3-9.

123. Петраш, М.Д. Понятие «здоровый образ жизни» в психологических исследованиях / М.Д. Петраш, И.Р. Муртазина // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология и педагогика. – 2018. – № 8 (2). – С. 152-165.

124. Писарев, Д.В. Проблема сохранения здоровья студенческой молодёжи / Д.В. Писарев, А.А. Фильштинская // Молодой ученый. – 2021. – № 49 (391). – С. 335-337.

125. Плещев, А.М. Главные составляющие здорового образа жизни / А.М. Плещев // Педагогические науки. – 2018. – № 1. – С. 39-43.

126. Позднякова, М.Е. Употребление алкоголя в России в условиях пандемии COVID-19 / М.Е. Позднякова, В.В. Брюно // Социологическая наука и социальная практика. – 2022. – № 10 (3). – С. 25-44.

127. Полищук, Ю.И. Гуманитарные основы психиатрии: монография / Ю.И. Полищук, Д.Д. Федотов. – Смоленск: Свиток, 2017. – 112 с.

128. Полищук, Ю.И. Психопрофилактическое и психотерапевтическое значение религиозной веры в позднем возрасте / Ю.И. Полищук, З.В. Летникова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2018. – № 28 (3). – С. 56-61.

129. Полищук, Ю.И. Религиозность и клиническая психиатрия / Ю.И. Полищук // Российский психиатрический журнал. – 2017. – № 3. – С. 66-69.

130. Полянский, Д.А. Особенности взаимовлияния алкогольной зависимости и психических расстройств шизофренического спектра / Д.А. Полянский, Т.А. Кожина, Т.И. Немкова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2022. – № 32 (2). – С.95-100.

131. Попова, В.А. Микроэлементозы и проблемы здоровья детей / В.А. Попова, А.А. Кожин, Ю.И. Кожин // Педиатрия. – 2015. – № 6. – С. 140-144.

132. Потеемина, Т.Е. Общие вопросы метаболизма железа и патогенеза железодефицитной анемии / Т.Е. Потеемина, С.А. Волкова, С.В. Кузнецова // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ». – 2020. – № 3. – С. 125-137.

133. Потехина, Е.Ф. Результаты эффективности авторской методики краткосрочной оздоровительной программы в комплексном лечении психических

расстройств невротического уровня / Е.Ф. Потехина, Д.А. Шуненков, М.А. Песнина // Научное обозрение. – Медицинские науки. – 2016. – № 4. – С. 83-87.

132. Преснякова, М.В. Биологическая роль цинка и его значимость в патогенезе расстройств аутистического спектра / М.В. Преснякова, О.В.Костина, Ж.В. Альбицкая // Социальная и клиническая психиатрия. – 2019. – № 29 (3). – С. 63-70.

135. Прибытков, А.А. Соматоформные расстройства. Часть первая: интегративная модель патологии / А.А. Прибытков // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2017. – № 1. – С.3-10.

136. Прилуцкая, М.В. Восприятие чрезвычайного положения в связи с коронавирусной инфекцией учащимися и сотрудниками медицинского вуза в Казахстане / М.В. Прилуцкая, А.М. Гржибовский // Экология человека. – 2020. – № 6. – Текст : электронный. http://www.nsmu.ru/human_ecology/chitat (дата обращения: 06.06.2021).

137. Радоуцкая, Е.Ю. Профессиональные нейротоксикозы: учебно-методическое пособие / Е.Ю. Радоуцкая, Т.И. Бекенёва, Е.Л. Потеряева. – Новосибирск, 2019. – 59 с.

138. Резниченко, Е.К. Токсическая энцефалопатия как результат употребления содержащих марганец суррогатных психоактивных веществ / Е.К. Резниченко, А.В. Черняк, Е.Н. Кохан // Материалы Всероссийского молодежного форума с международным участием. – Ставрополь, 2015. – С.111-112.

139. Решетников, М.М. Психическое здоровье населения — современные тенденции и старые проблемы / М.М. Решетников // Национальный психологический журнал. – 2015. – № 1 (17). – С. 9-15.

140. Романов, А.Р. Возможность лечения когнитивных расстройств, в частности шизофрении, с помощью различных видов физической активности / А.Р. Романов // Молодой ученый. – 2022. – № 10 (405). – С. 119-124.

141. Романченко, М.П. Динамика показателей загрязнения атмосферного воздуха в период локального военного конфликта / М.П. Романченко, Д.О.

Ластков, М.И. Ежелева // Вестник гигиены и эпидемиологии. – 2022. – № 26 (2). – С. 117-120.

142. Самойлова, Т.А. Интеллектуальный анализ цветовых предпочтений: поиск ассоциативных правил vs. кластерный / Т.А. Самойлова, Ю.А. Грибер // Мир науки. Педагогика и психология. – 2020. – № 8 (6). – Текст : электронный. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/107PSMN620.pdf>.

143. Сапольски, Р. Психология стресса / Р. Сапольски – 3-е издание – Санкт-Петербург: Питер, 2022. – 480 с.

144. Сиволап, Ю.П. Тревога, связанная со злоупотреблением психоактивными веществами / Ю.П. Сиволап // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2016. – № 116 (11). – С. 3-8.

145. Смирнова, А.В. Стресс и физиологический ответ организма. Экзаменационный стресс у студентов / А.В. Смирнова, О.А. Корягина // Международный студенческий научный вестник. – 2019. – № 2. – Текст : электронный. URL: <https://eduherald.ru/ru/article/view?id=19612> (дата обращения: 31.03.2024).

146. Смулевич, А.Б. Психосоматические расстройства: монография. – М.: Медпресс, 2019. – 496 с.

147. Солодовникова, М. Питание и психологическое состояние: связь установлена, идея пока непопулярна / М.Солодовникова // Милосердие.ру. – Текст : электронный <https://www.miloserdie.ru> (дата обращения 21.08.22)

148. Сорокин, М.Ю. Психологические реакции населения как фактор адаптации к пандемии COVID-19 / М.Ю. Сорокин, Е.Д. Касьянов, Г.В. Рукавишников // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2020. – № 2. – С. 87-94.

149. Сорокин, М.Ю. Структура тревожных переживаний, ассоциированных с распространением COVID-19: данные онлайн-опроса / М.Ю. Сорокин, Е.Д. Касьянов, Г.В. Рукавишников // Вестник РГМУ. – 2020. – № 3. – С.15-22.

150. Сосина, Н.И. Проблема психического здоровья современного человека / Н.И. Сосина, А.Б. Михалева // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2016. – № 30. – С. 312-316.

151. Сперанская, О.И. Зависимость от табакокурения у больных с психическими расстройствами депрессивного спектра: клинико-патогенетические и терапевтические аспекты / О.И. Сперанская, С.А. Трущелёв, З.И. Сторожева // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2019. – № 11 (2). – С. 115-120.

152. Стамова, Л.Г. Нейрофизиологические изменения при эмоциональном стрессе / Л.Г. Стамова, А.В. Гулин, А.А. Назирова // Вестник ТГУ. – 2017. – № 6. – С. 1541-1547.

153. Стасевич, К. Физическая активность и мозг / К. Стасевич // Наука и жизнь. – 2017. – № 9. – С. 38-40.

154. Стратович, А.С. Спорт — основа психического и физического здоровья человека в информационном обществе / А.С. Стратович, А.Г. Сметанин // Актуальные исследования. – 2019. – № 3 (3). – С. 23-26.

155. Сукиасян, С.Г. Боевое посттравматическое стрессовое расстройство: от «синдрома раздраженного сердца» до «психогенно-органического расстройства». Современные подходы / С.Г. Сукиасян, М.Я. Тадевосян // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2020. – № 120 (8). – С. 175-182.

156. Сукиасян, С.Г. Боевой стресс и органическое поражение головного мозга: вариант динамики посттравматического стрессового расстройства / С.Г. Сукиасян, М.Я. Тадевосян // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2020. – № 3. – С.19-27.

157. Сукиасян, С.Г. Роль личности в развитии боевого посттравматического стрессового расстройства / С.Г. Сукиасян, М.Я. Тадевосян // Психология. – 2013. – № 2. – С. 258-308.

158. Тапалчинова, Д.Н. Влияние архитектуры зданий на психологическое состояние человека / Д.Н. Тапалчинова // Молодой ученый. – 2019. – № 23 (261). – С.67-68.

159. Токмурзиева, Г.Ж. Жилищные условия и здоровье населения / Г.Ж. Токмурзиева, Е.С. Утеулиев, Т.Х. Хабиева // Вестник КазНМУ. – 2018. – № 3. – С. 386-391.

160. Трис, Е.О. Самораскрытие и психическое здоровье / Е.О. Трис // Инновационная наука. – 2023. – № 8 (1). – С. 62–64.

161. Трифонов, В.В. Типологические свойства нервной системы как один из факторов, определяющих стрессоустойчивость организма / В.В. Трифонов // Могилевский институт Министерства внутренних дел Республики Беларусь. – Могилев: Могилевский институт МВД, 2018. – С. 173–179.

162. Ульянова, О.В. Глютен и целиакия как факторы риска развития нейродегенеративных заболеваний. Этиология, патогенез, клиника и основные пути профилактики / О.В. Ульянова // Молодой ученый. – 2016. – № 18 (122). – С. 141-145.

163. Ульянова, О.В. К вопросу о рациональном питании пациентов психоневрологического профиля / О.В. Ульянова // Молодой ученый. – 2016. – № 19 (123). – С. 184-187.

164. Ульянова, О.В. Основные принципы питания в профилактике заболеваний психоневрологического профиля / О.В. Ульянова // Молодой ученый. – 2016. – № 17 (121). – С. 345-356.

165. Ульянова, О.В. Особенности питания больных при психоневрологической патологии / О.В. Ульянова // Молодой ученый. – 2016. – № 20 (124). – С. 96-104.

166. Употребление табака и психические расстройства: краткий аналитический обзор / Всемирная организация здравоохранения, 2020. – 15 с. Текст : электронный <https://www.euro.who.int>

167. Фастовцов, Г.А. Проблема диагностики шизофрении у больных, потребляющих психоактивные вещества / Г.А. Фастовцов, С.Н. Осколкова // Российский психиатрический журнал. – 2018. – № 5 – С. 51-63.

168. Федорченко, В.Е. Черты личности и их влияние на недоверие в межличностных взаимоотношениях / В.Е. Федорченко // Гуманитарные научные исследования. – 2018. – № 4. – Текст : электронный. URL: <https://human.snauka.ru/2018/04/24903> (дата обращения: 12.09.2021).

169. Феоктистова, С.В. Темперамент и механизмы психологической защиты как компоненты системы адаптации личности / С.В. Феоктистова, И.В. Григорьева // Вестник ТвГУ. – 2017. – № 3. – С. 174-178.

170. Флюрик, С.В. Механизмы митохондриальной дисфункции нейронов при воздействии мышьяка и алюминия (обзор) / С.В. Флюрик, И.К. Дремза // Вестник ВГМУ. – 2022. – № 21 (2). – С. 7-14.

171. Фролова, А.В. Клиническая психология: методическое пособие / А.В. Фролова, А.Ф. Минуллина. – Казань: ФГАО УВПО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», 2013. – 74 с.

172. Хабарова, Т.Ю. Организация процедуры исследования медико-социально-психологических и неврологических характеристик больных с аффективными расстройствами / Т.Ю. Хабарова, О.В. Ульянова, В.А. Куташов // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2015. – № 14 (3). – С. 588-592.

173. Хакимова, Г.А. Психология и символика цвета / Г.А. Хакимова // Молодой ученый. – 2018. – № 9. – С. 107-109.

174. Хажуев, И.С. Эмпирическое изучение социально-демографических особенностей посттравматического стресса у населения Чеченской Республики, длительное время находившегося в условиях чрезвычайной ситуации / И.С. Хажуев // Мир науки, культуры, образования. – № 1 (38). – 2013. – С. 157-160.

175. Чагина, Е.А. Патогенетическая роль нарушений обмена фосфора в жизнедеятельности организма / Е.А. Чагина, Е.П. Турмова, А.Е. Баштовая // Медицинские науки. – 2022. – № 12. – С. 45-49.

176. Чеснокова, С.М. Основы токсикологии и экотоксикологии: учебное пособие / С.М. Чеснокова. Владимирский государственный университет имени А.Г. и Н.Г. Столетовых. – Владимир: Изд-во ВлГУ, 2019. – 132 с.

177. Шевченко, О.М. Общественное здоровье как ресурс стабильного развития российского социума: риски и угрозы / О.М. Шевченко, Л.Л. Штофер // Caucasian Science Bridge. – 2022. – № 5 (2). – С. 30-40.

178. Шергина, И.П. Влияние физической активности на психическое здоровье человека / И.П. Шергина, М.А. Чугин // Международный студенческий научный вестник. – 2021. – № 2. – Текст : электронный. URL: <https://eduherald.ru/ru/article/view?id=20455> (дата обращения: 08.11.2022).

179. Шилко, Н.С. Особенности использования цветов при изображении своих внутренних образов у людей с психическими расстройствами / Н.С. Шилко, М.А. Омельченко, Е.М. Иванова // Сборник научных статей под ред. Ю.А. Грибер. – Смоленск: Издательство СмолГУ, 2019. – С. 225-230.

180. Шилко, Н.С. Представления о внутренних образах у пациентов с психотическим и субпсихотическим уровнем психических расстройств / Н.С. Шилко // Сборник научных статей Болезнь и здоровый образ жизни. – Москва: РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2017. – С. 31-33.

181. Шкарин, В.В. Физическое развитие студентов среднего профессионального образования медицинского университета / В.В. Шкарин, Н.И. Латышевская, А.В. Зуб // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2021. – № 2. – С. 32-35.

182. Шуйшова, Г.А. Разделение ксенобиотиков и методы их обнаружения / Г.А. Шуйшова // Вестник Университета Шакарима. – 2021. – № 4 (4). – С. 22-26.

183. Эпидемиология и детерминизм психических расстройств населения урбанизированного региона: монография / В.И. Агарков, Е.И. Евтушенко, О.Г. Студзинский [и др.]. – Донецк: Донпринт, 2013. – 312 с.

184. Юдин, А.Г. В диоксинах ли дело, и только в них? / А.Г. Юдин, Л.А. Шульц // Экология и промышленность России. – 2013. – № 4. – С. 40-43.

185. Яковлев, Е.В. Психология стресса: учебное пособие / Е.В. Яковлев, О.В. Леонтьев, Е.Н. Гневышев. – Санкт-Петербург.: Издательство Университета при МПА ЕврАзЭС, 2020. – 94 с.

186. Ярославцева, О.Д. Марганец и его нейротоксическое действие на живые организмы (обзор) / О.Д. Ярославцева // Международный студенческий научный вестник. – 2021. – № 1. – Текст : электронный. URL: <https://eduherald.ru/ru/article/view?id=20361> (дата обращения: 28.03.2024).

187. Ясин, М.И. Религиозность, дистресс и здоровье / М.И. Ясин, Е.С. Гусева // Вестник Удмуртского университета. Философия. Психология. Педагогика. – 2017. – № 27 (1). – С. 46-51.

188. Ясин, М.И. Религиозность и субъективное благополучие в пожилом возрасте / М.И. Ясин, К.Г. Сердакова // Российский научный журнал. – 2016. – № 2 (51). – С. 89-94.

189. Ясин, М.И. Психология религиозности: современные направления исследований / М.И. Ясин // Современные проблемы психологии как теории и практики: монография. Москва: ФГ БОУ ВПО «Российский экономический университет», 2015. – С. 222-249.

190. Ясникова, Е.Е. Психологическая защита: учебное пособие / Е.Е. Ясникова, В.С. Собенников – Иркутск: ИГМУ, 2013. – 28 с.

191. Abdel-Khalek, Ah.M. Subjective well-being and religiosity: significant associations among college students from Egypt and the United Kingdom / Ah.M. Abdel-Khalek, D Lester. // International Journal of Culture and Mental Health. – 2017. – № 11 (3). – P. 332-337.

192. Acharya, P. Environmental Pollution and its Effects on Human Health / P. Acharya, K. Gyawali // Interdisciplinary Research in Education. – 2023. – № 8 (1). – P. 396-406.

193. Ainamani, H.E. PTSD symptom severity relates to cognitive and psychosocial dysfunctioning — a study with Congolese refugees in Uganda / H.E.

Ainamani, T. Elbert, D.K. Olema // Eur J Psychotraumatol. – 2017. – № 8(1). – Текст : электронный. 10.1080/20008198.2017.1283086. (дата обращения: 30.06.2021).

194. Alpers, S.E. Alcohol Consumption during a Pandemic Lockdown Period and Change in Alcohol Consumption Related to Worries and Pandemic Measures / S.E. Alpers, J.C. Skogen, S. Maland // Int J Environ Res Public Health. – 2021. – № 18 (3). – P. 1220-1231.

195. Asmundson, G.JG. How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: what all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know / G.JG. Asmundson, S. Taylor // Journal of Anxiety Disorders. – 2020. – № 71. – P. 102-112.

196. Bakolis, I. Mental health consequences of urban air pollution: prospective population-based longitudinal survey / I. Bakolis, R. Hammoud, R. Stewart // Original Paper. – 2020. – № 56. – P. 1587-1599.

197. Bergman, A. State of the science of endocrine disrupting chemicals: edited by United Nations Environment Programme and the World Health Organization / A. Bergman, J.J. Heindel, S. Jobling. – 2013. – 289 p.

198. Best, R.B. Long-term changes in time spent walking and subsequent cognitive and structural brain changes in older adults / R.B. Best, C. Rosano, H.J. Aizenstein // Neurobiol. Aging. – 2017. – № 57. – P. 153-161.

199. Beilharz, F. Dysmorphic concern in anorexia nervosa: Implications for recovery / F. Beilharz, A. Phillipou, D. Castle // Psychiatry Res. – 2019. – № 273. – P. 657-661.

200. Brewer, G. The Influence of Religious Coping and Religious Social Support on Health Behaviour, Health Status and Health Attitudes in a British Christian Sample / G. Brewer, S. Robinson, A. Sumra // Journal of Religion and Health. – 2015. – № 54. – P. 2225-2234.

201. Cass, S.P. Alzheimer's disease and exercise: A Literature Review / S.P. Cass // Curr Sports Med Rep. – 2017. – № 16 (1). – P. 19–22.

202. Cheng, F.K. Recovery from depression through Buddhist wisdom: an idiographic case study / F.K. Cheng // *Social Work in Mental Health*. – 2015. – № 13. – P. 272-297.
203. Cleator, J. Night eating syndrome: implications for severe obesity / J. Cleator, J. Abbott, P. Judd // *Nutr Diabet*. – 2012. – № 2. – P. 44.
204. Cohen, L. Depressive symptoms and cortisol rhythmicity predict survival in patients with renal cell carcinoma: role of inflammatory signaling / L. Cohen, S.W. Cole, A.K. Sood // *PLoS One*. – 2012. – № 7. – P. 423-428.
205. Coppen, A. Treatment of depression: time to consider folic acid and vitamin B12 / A. Coppen, C.J. Bolander-Gouaille // *Psychopharmacol*. – 2019. – № 1. – P. 59-65.
206. Cotrufo, P. The Body of Libido and The Imploded Organ-Some Reflections on the Economy (and on the Topography) of Libido on People Affected by Cancer / P. Cotrufo, R. Galiani // *J. Psychol. Psychother*. – 2014. – № 4. – P. 148-157.
207. Crielaard, L. Understanding the impact of exposure to adverse socioeconomic conditions on chronic stress from a complexity science perspective / L. Crielaard, M. Nicolaou, A. Sawyer // *BMC Medicine*. – 2021. – № 19. – P. 242-249.
208. Daher, N. Effects of religious vs. Conventional Cognitive-Behavioral Therapy on purpose in life in clients with major depression and chronic medical illness: a randomized clinical trial / N. Daher, H. G. Koenig, M. J. Pearce // *International journal of existential psychology and psychotherapy*. – 2016. – № 6 (1). – P. 243-251.
209. Druten, V.P. Concepts of health in different contexts: a scoping review / V.P. Druten, E.A. Bartels, D. Mheen // *BMC Health Serv Res*. – 2022. – № 22. – P. 389-396.
210. Duzel, E. Can physical exercise in old age improve memory and hippocampal function? / E. Duzel, H. Praag, M. Sendtner // *Brain*. – 2016. – № 139 (3). – P. 662–673.

211. Ebrahimpour-Koujan, S. Adherence to low carbohydrate diet and prevalence of psychological disorders in adults / S. Ebrahimpour-Koujan, A.H. Keshteli, H. Afshar // *Nutrition Journal*. – 2019. – № 18. – P. 87-92.

212. Factors associated with help-seeking behaviour among individuals with major depression: A systematic review / J.L. Magaard, T. Seeralan, H. Schulz [et al.]. // *PloS one*. – 2017. – N 5 (12). – P. 176-184.

213. Foong, H.F. Moderating effect of intrinsic religiosity on the relationship between depression and cognitive function among community-dwelling older adults / H.F. Foong, T.A. Hamid, R. Ibrahim // *Aging and Mental Health*. – 2018. – № 22 (4). – P. 483-488.

214. Fortunka, K. Factors affecting human health in the modern world / K. Fortunka // *Journal of Education Health and Sport*. – 2020. – № 10 (4). – P. 75-80.

215. Goldberg, L.R. IPIP-NEO Narrative Report / L.R. Goldberg. – Текст : электронный. URL: <http://www.personal.psu.edu/cgi-bin/users/j/5/j5j/IPIP/ipipneo6.cgi> (дата обращения: 06.09.2021).

216. Kaner, G. Evaluation of Nutritional Status of Patients with Depression / G. Kaner, M. Soylu, N. Yuksel // *Randomized Controlled Trial*. – 2015. – № 1. – С. 1-9.

217. Khodadadi, D. Treadmill exercise ameliorates spatial learning and memory deficits through improving the clearance of peripheral and central amyloid-beta levels / D. Khodadadi, R. Gharakhanlou, N. Naghdi // *Neurochem Res*. – 2018. – № 43. – P. 1561–1574.

218. Krendl, A.C. The Impact of Sheltering in Place During the COVID-19 Pandemic on Older Adults' Social and Mental Well-Being / A.C. Krendl, B.L. Perry // *The Journals of Gerontology: Series B*. – 2020. – P. 57-62.

219. Lai, J. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019 / J. Lai, S. Ma, Y. Wang // *JAMA Netw Open*. – 2020. – № 3 (3). – P. 52-57.

220. Lai, H.M. Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1992-2014: a systematic review and meta-analysis /

H.M. Lai, M. Cleary, T. Sitharthan // *Drug Alcohol Depend.* – 2015. – № 154 – P. 1-13.

221. Latushkina, E.N. Responses of the Human Body to the Effect from Exposure to Anthropogenic Increase of Ambient Air Pollution / E.N. Latushkina, E.V. Stanis, T. K. Bicheldey // *Biomed Pharmacol J.* – 2019. – № 12 (1). – P. 15-21.

222. Lee, Y.H. The mediating effect of spiritual well-being on depressive symptoms and health-related quality of life among elder / Y.H. Lee, A. Salman // *Archives of Psychiatric Nursing.* – 2018. – № 32 (3). – P. 418-424.

223. London, R.T. Is COVID-19 leading to a mental illness pandemic? / R.T. London // *ID PracEtitioner in MDedge Infectious disease.* – 2020. – № 3 – P. 213-222.

224. Lucas, S.J. High-intensity interval exercise and cerebrovascular health: curiosity, cause, and consequence / S.J. Lucas, J.D. Cotter, P. Brassard // *J Cereb Blood Flow Metab.* – 2015. – № 35(6). – P. 902–911.

225. Matthies, S. ADHD as a serious risk factor for early smoking and nicotine dependence in adulthood / S. Matthies, S. Holzner, B. Feige // *J Attention Dis.* – 2013. – № 17. – P. 176-186.

226. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak / J. Gao, P. Zheng, Y. Jia [et al]. // *PloS one.* – 2020. – № 4 (15). – P. 23-27.

227. Moreira-Almeida, A.WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry / A. Moreira-Almeida, A. Sharma, B.J. Van Rensburg // *Actas Espanolas de Psiquiatria.* – 2018. – № 46 (6). – P. 242-248.

228. Moskowitz, L. Anorexia nervosa / L. Moskowitz, E. Weiselberg // *Curr Probl Pediatr Adolescent Health Care.* – 2017. – № 47 (4). – P. 70-84.

229. Nishijima, T. Exercise and cerebrovascular plasticity / T. Nishijima, I. Torres, H. Soya // *Prog Brain Res.* – 2016. – № 225. – P. 43–68.

230. Norstrom, T. Alcohol consumption as a risk factor for suicidal behavior: a systematic review of associations at the individual and at the population level / T. Norstrom, I. Rossow // *Arch Suicide Res.* – 2016. – № 20 (4). – P. 489-506.

231. Othman, R.B. Nutritional Status of Depressive Patients J / R.B. Othman, O. Mziou, A. Gamoudi // *Diabetes Metab.* – 2018. – № 9. – P. 786-792.
232. Peres, M.P. Mechanisms behind religiosity and spirituality's effect on mental health, quality of life and well-being / M.P. Peres, H.H. Kamei, P.R. Tobo // *Journal of Religion and Health.* – 2018. – № 57 (5). – P. 1842-1855.
233. Prakash, R.S. Physical activity and cognitive vitality / R.S. Prakash, M.W. Voss, K.I. Erickson // *Annu Rev Psychol.* – 2015. – № 66. – P. 769–797.
234. Prochaska, J.J. Smoking, mental illness, and public health / J.J. Prochaska, S. Das, K.C. Young-Wolff // *Annu Rev Public Health.* – 2017. – № 38 (1). – P. 165-185.
235. Resilience and spirituality in patients with depression and their family members: A cross-sectional study / C. Ozawa, T. Suzuki, Y. Mizuno [et al.]. // *Comprehensive Psychiatry.* – 2017. – № 77. – P. 53-59.
236. Ribeiro, I.J. Stress and Quality of Life Among University Students: A Systematic Literature Review / I.J. Ribeiro // *Health Professions Education.* – 2018. – № 4. – P. 70-77.
237. Rometsch-Ogioun, E. Psychological Burden in Female, Iraqi Refugees Who Suffered Extreme Violence by the "Islamic State": The Perspective of Care Providers / E. Rometsch-Ogioun // *Front Psychiatry.* – 2018. – № 8 (9). – P. 562-571.
238. Rosmarin, D.H. Maintaining a grateful disposition in the face of distress: The role of religious coping / D.H. Rosmarin, S. Pirutinsky, D. Greer // *Psychology of Religion and Spirituality.* – 2016. – № 8 (2). – P. 134-140.
239. Schuch, F.B. Physical activity and incident depression: a meta-analysis of prospective cohort studies / F.B. Schuch, D. Vancampfort, J. Firth // *Am J Psychiatry.* – 2018. – № 175 (7). – P. 631-648.
240. Schwartz, B.J. New APA survey on public anxiety over COVID-19. High Anxiety in America Over COVID-19 / B.J. Schwartz // *Medscape.* – № 5. – 2020. – P. 102-117.

241. Sciolino, N.R. Galanin Mediates Features of Neural and Behavioral Stress Resilience Afforded by Exercise / N.R. Sciolino, J.M. Smith, A.M. Stranahan // *Neuropharmacology*. – 2015. – № 89. – P. 255-264.

242. Shabani, H. Personality and big five factor models of personality / H. Shabani // *International Refereed Scientific Journal Vision*. – 2018. – № 3 (1). – P. 105-118.

243. Smith, M.M. Perfectionism and the Five-Factor Model of Personality: A Meta-Analytic Review / M.M.Smith, S.B. Sherry, V. Vidovic // *Personality and Social Psychology Review*. – 2018. – № 1. – P. 1-24.

244. Souri, A. Personality classification based on profiles of social networks' users and the five-factor model of personality / A. Souri, S. Hosseinpour, A.M. Rahmani // *Human-centric Computing and Information Sciences*. – 2018. – № 8 (1). – P. 8-24.

245. Statement on the second meeting of the International Health Regulations Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). World Health Organization (WHO). – 2020. – Тест : электронный. <https://www.who.int/news-room/detail/> (дата обращения 30.06.21).

246. Strohle, A. Drug and exercise treatment of Alzheimer disease and mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis of effects on cognition in randomized controlled trials / A. Strohle, D.K. Schmidt, F. Schultz // *Am J Geriatr Psychiatry*. – 2015. – № 23 (12). – P. 1234–1249.

247. The Oxford handbook of the five factor model / J.L. Tackett, B.B. Lahey, T.A. Widiger [et al.]. – New York: Oxford University Press, 2017. – 506 p.

248. Trainor, K. Barriers and facilitators to smoking cessation among people with severe mental illness: a critical appraisal of qualitative studies / K. Trainor, G. Leavey // *Nicotine Tob Res*. – 2017. – № 19 (1). – P. 14-23.

249. Van der Heijden, A. Social-cognitive determinants of the tick check: a cross-sectional study on self-protective behavior in combatting Lyme disease / A. Van

der Heijden, B.C. Mulder, P.M. Poortvliet // BMC Public Health. – 2017. – № 17. – P. 900-912.

250. Webster, R.K. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence / R.K. Webster, L.E. Smith, L. Woodland // Lancet. – 2020. – № 395. – P. 912-920.

251. Weinschenk, A. The five factor model of personality and heritability: Evidence from Denmark / A. Weinschenk, S.R. Rasmussen, K. Christensen // Personality and Individual Differences. – 2022. – № 2. – P. 186-192.

252. Wen, L. Contribution of Variants in CHRNA5/A3/B4 Gene Cluster on Chromosome 15 to Tobacco Smoking: From Genetic Association to Mechanism / L. Wen, K. Jiang, W. Yuan // Mol Neurobiol. – 2016. – № 53 (1). – P. 472-484.

253. WHO report on the global tobacco epidemic 2019. Geneva: World Health Organization, 2019. – 209 p. Текст : электронный. (https://www.who.int/tobacco/global_report/en/).

254. Widiger, T.A. Neuroticism is a fundamental domain of personality with enormous public health implications / T.A. Widiger, J.R. Oltmanns // World Psychiatry. – 2017. – № 16 (2). – P. 144-145.

255. Wirth, M. Neuroprotective pathways: lifestyle activity, brain pathology, and cognition in cognitively normal older adults / M. Wirth, C.M. Haase, S. Villeneuve // Neurobiol Aging. – 2014. – № 35 (8). – P. 1873–1882.

256. World Health Organization. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak // WHO briefing note. – 2020. – Текст : электронный. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-healthconsiderations.pdf> (дата обращения 01.07.21).

257. Zaman, R. Lifestyle Factors and Mental Health / R. Zaman, A. Hankir, M. Jemni // Psychiatria Danubina. – 2019. – № 31 (3). – P. 217-220.