

## ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ВЛИЯЮЩИЕ НА НЕЕ ФАКТОРЫ В СТРАНАХ АФРИКИ

Д.А. Полянский, А.Б. Шмуклер, С.В. Шпорт

*Московский научно-исследовательский психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им В.П.Сербского» Минздрава России*

В течение последнего десятилетия во всем мире заметно улучшилось понимание ценности общественного здоровья. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) поддерживает правительства различных стран в их стремлении укреплять психическое здоровье граждан, налаживает взаимодействие с государственными органами власти и общественными организациями с целью координации этой деятельности и совместных действий [3].

Всемирная организация здравоохранения сообщает, что ежегодно до 13 миллионов человек в мире умирают от инфекционных заболеваний [<https://emergency-live.com/ru/health-and-safety/africa-health-exhibition-2019/>]. В Африке такие заболевания, как ВИЧ/СПИД, туберкулез, малярия и гепатит, являются причиной большинства этих смертей. В течение многих лет борьба с этими заболеваниями в основном велась с помощью специфических для каждой из нозологий программ, но такой способ решения проблемы инфекционных заболеваний отражал узкий подход к общественному здравоохранению и мало что делал для глобального укрепления системы здравоохранения в целом.

Вспышка лихорадки Эбола в Западной Африке, довольно быстро переросшая в региональную эпидемию, была вызвана очевидной слабостью и ограниченными ресурсами местных систем здравоохранения и высветила необходимость в надежном надзоре за здоровьем и улучшении медицинского обслуживания, как в интересах защиты населения стран региона, так и для безопасности в области здравоохранения в целом.

На основе уроков, извлеченных в ходе африканской борьбы с лихорадкой Эбола и ВИЧ, международные эксперты по общественному здравоохранению утвердились во мнении, что ликвидация инфекционных заболеваний требует заметно больше, чем просто лечение пациентов в медицинских организациях.

Данный факт стал очевидным на примере Южно-Африканской Республики и ее реакции на эпидемию ВИЧ/СПИДа, когда после эпохи абсолютного отрицания этой губительной инфекции остро

встала проблема развертывания антиретровирусного лечения для десятков тысяч нуждающихся пациентов. Быстро стало ясно, что стационарная (специализированная медицинская помощь) модель распределения антиретровирусного лечения не сможет охватить большинство пациентов.

В ЮАР было проведено системное объединение информационных и образовательных кампаний с целью изменения поведения людей, предотвращения распространения заболевания, децентрализации программы и перенос задачи по уходу за инфицированными и больными с врачей на средний медицинский персонал во всех общедоступных государственных медицинских организациях. Эти изменения, наряду с притоком международной донорской помощи, укрепили инфраструктуру здравоохранения снизу вверх, и сегодня в Южной Африке действует одна из крупнейших программ антиретровирусной терапии в мире.

Многие страны мира в настоящее время выделяют менее 2% или даже 1% бюджета здравоохранения на лечение и профилактику нейропсихиатрических расстройств, причем большинство финансовых средств обычно направлено на текущие расходы, связанные с психиатрическими больницами.

Ситуация особенно нерадостная в африканских странах с низким уровнем дохода, где в среднем один психиатр приходится на 1,7 миллиона людей, а одна психиатрическая койка на 42 000 жителей. Во многих странах Африки (например, Кении и Танзании) больные с тяжелыми психическими расстройствами в 76–85% случаев не получают никакого лечения вовсе.

Еще в 2010 году в системном обзоре общественной службы психического здоровья Африки, опубликованном в журнале «Всемирная психиатрия», в нескольких статьях авторов отмечалось, что в странах Африканского региона с низким уровнем дохода общественная служба психического здоровья, в основном, ограничивается психиатрической помощью, предоставляемой работниками первичной медицинской сети [9]. D.McDaid [10] отмечал, что

негосударственные (коммерческие) медицинские организации могут оказывать поддержку первичной сети, опираясь на социальный и материальный капитал определенных слоев общества в случае их заинтересованности либо нет. Другие авторы [6] писали, что настоящим лицом общественной службы психического здоровья в африканских странах, являются только медицинские организации с частной формой собственности.

Кения по сей день является ярким примером ситуации, когда три четверти врачей-психиатров и две трети психиатрических медсестер работают в частном (коммерческом) секторе. Любопытно структурированное интервью со специалистами сферы психического здоровья, работавшими в частном порядке (8 психиатров, 3 психиатрические медсестры), проведенное в 2012 году [8]. Средний возраст респондентов составил 46 лет, стаж работы в частном секторе – 9,2 года. Средняя нагрузка респондентов составляла 128 психиатрических пациентов, среднее число посетителей в смену – 5. В 55% случаев диагностировались «обычные» психические расстройства, в 25% случаев расстройства были тяжелыми, 15% приходилось на расстройства, связанные со злоупотреблением психоактивными веществами, 5% составляли эпилепсия, детские психические расстройства и умственная отсталость.

Средняя плата, взимаемая психиатрической медсестрой, составляла 13 долларов (500 кенийских шиллингов), что соответствовало 2,5 дням труда неквалифицированного сельскохозяйственного рабочего [11] – сумма для пациента существенная, но приемлемая. Средняя плата, взимаемая психиатром, составляла 55,3 доллара (2100 кенийских шиллингов), что соответствовало месячному заработку того же сельскохозяйственного рабочего и делала психиатрическую помощь недоступной для большинства.

Около двух третей специалистов меняли сумму оплаты в зависимости от длительности визита и платежеспособности пациента, частично оцениваемой по его профессии. Врачи-психиатры отмечали более высокое качество психиатрической помощи, которую они оказывали в частной практике, за счет более широкого выбора психотропных лекарств, особенно атипичных антипсихотических препаратов.

Вывод авторов показателен: в условиях, когда зарплата в государственных бюджетных учреждениях здравоохранения является низкой, частный (коммерческий) сектор может рассматриваться как часть системы общественного здравоохранения с перекрестным субсидированием, то есть завышенные цены для более обеспеченных клиентов дают возможность снизить цены для менее обеспеченных граждан.

Стоит отметить, что в условиях, когда социум связывает со словом «психическое расстройство» психотическое поведение, частная психиатрическая

клиника в Кении по настоящее время оказывает специализированную помощь в меньшей степениотягощенную подобной стигмой. Кроме того, только в условиях частной практики кенийские пациенты могут получать помощь конфиденциально [12].

Весьма важный фактор малой обращаемости к профессиональной психиатрической помощи – народные верования. **Африканский шаманизм** до сих пор окутан самой большой тайной и имеет много недосказанности [<https://www.sibirskiyshamanizm.com/afrikanskij-shamanizm>]. По местным поверьям считается, что африканский шаман может «узнать» местонахождение любого человека и независимо от того, насколько далеко индивид находится «добраться до него коротким путём». В Африке шаманизм проник во все сферы жизни людей – до сих пор во многих местах континента его используют в охоте, скотоводстве и земледелии, военном и судебном делах, в различных обрядовых процедурах. Такое массовое распространение шаманского верования базируется на вере в магию и ясновидение. Африканцы принимают способность некоторых людей вводить себя и других в состояние транса как особое магическое знание. В их культуре нет места случайностям: в болезнях, несчастьях, природных катаклизмах и даже в случайном обрушении старого амбара они видят знаки, считая, что эти события были запрограммированы заранее. К кому в этом случае обратиться за помощью? Конечно, к самой уважаемой и непререкаемой личности своего народа – шаману-прорицателю, который называет ему имена его врагов и указывает место, где он может переждать чёрную полосу в своей жизни. Прорицатели в африканской культуре – «посредники» между богами и людьми. Пойдёт ли дождь? Полюбит ли меня эта девушка? Я соберу хороший урожай? Что значит сон, приснившийся ночью? Почему я заболел? – с такими вопросами обращаются люди к шаману, чтобы услышать от него «волю богов» и получить понятное, доступное объяснение, которое принимается на веру и не обсуждается.

**ВИЧ-инфекция** представляет физическую угрозу для существования человека, а также формирует экономические, организационные, психолого-психиатрические проблемы не только для инфицированных больных, но и для общества в целом [7, 13]. В настоящее время у ВИЧ-инфицированных больных описан широкий спектр психических расстройств. Согласно литературным данным среди развивающихся психических расстройств у ВИЧ-инфицированных больных в первую очередь выделяются расстройства, связанные с реакцией личности на факт заболевания СПИДом, вторая группа – это психические расстройства, возникающие вследствие органического поражения головного мозга [4, 7, 13].

В Африке проживает 70% всех ВИЧ-позитивных людей в мире [ВОЗ, 09.12.2019, <https://spid.center/ru/posts/4002>]. Учитывая постоянный рост уровня

резистентности к терапии, ВОЗ призывает медицинские службы континента внедрять эффективные программы мониторинга устойчивых штаммов вируса иммунодефицита. Всемирная организация здравоохранения представила новый план, призванный остановить распространение резистентности к антиретровирусной терапии (АРВТ) в Африке. В Камеруне, Намибии, Уганде уровень первичной резистентности к препаратам первой линии класса нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы достигает, по данным ВОЗ, 10% и даже выше. Кроме того, ВОЗ рекомендует поддерживать качество предоставляемых медицинских услуг для людей с ВИЧ на высоком уровне. Основным фактором риска развития резистентности – перебой с поставками АРВ-терапии. Специалистами ВОЗ рекомендуется тщательное отслеживание состояния ВИЧ-инфицированных подростков, так как они являются главной группой риска развития устойчивости к АРВТ за счет слабой приверженности.

Как показывают исследования, проведенные с 2004 по 2019 год в 49 странах, уровень резистентности растет во всех регионах мира, несмотря на то, что широкий доступ к эффективной АРВТ существенно сократил количество СПИД-ассоциированных смертей. И в случае, если страны не предпримут действий к разработке национальных планов по борьбе с резистентностью, существует риск того, что все АРВ-препараты, существующие на рынке, могут оказаться частично или полностью неэффективными. Для стран Африки южнее Сахары резистентность в течение пятилетнего периода может стать причиной 135 000 ассоциированных с ВИЧ смертей. Как пока-

зывает статистика, больше всего людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, находится в Африке и других регионах с неразвитой экономикой. Карта стран по уровню распространения СПИДа свидетельствует, что уровень заболевания среди людей напрямую зависит от уровня жизни в стране и развития медицины в частности.

В табл. 1 представлено 12 стран Африки с наивысшим уровнем распространения ВИЧ/СПИД среди населения в возрасте 15–49 лет (данные из отчета *Всемирного экономического форума – The Global Competitiveness Index*, пункт «HIV prevalence»). В 2017 году насчитывалось около 36,9 млн. ВИЧ-инфицированных. Последний раз ТОП мировых стран по количеству больных СПИДом обновлялся в 2018 году.

Одной из важнейших психиатрических проблем, возникающих при чрезвычайных ситуациях,

Таблица 1

**ТОП-12 африканских стран по заражению ВИЧ, 2018 год**  
[<https://nonews.co/directory/lists/countries/hiv-prevalence>]

ТОП-12	Страна	% ВИЧ-инфицированных
1	Свазиленд	27,20
2	Лесото	25,00
3	Ботсвана	21,90
4	ЮАР	18,90
5	Намибия	13,80
6	Зимбабве	13,50
7	Замбия	12,40
8	Уганда	6,50
9	Кения	5,40
10	Танзания	4,70
11	ЦАР	4,00
12	Камерун	3,80

Таблица 2

#### Африканские вооруженные конфликты, жертвы

Война, конфликт	Основная страна действий	Участники войны	Число погибших 2017 год	Число погибших 2018 год	Убито 2019 год	Всего погибло
Движение в Исламском Магрибе, 2002	Алжир, Западная Сахара, Ливия, Мали, Чад, Марокко, Нигер, Тунис	Исламисты против правительств стран Магриба			260	16 873
Движение Боко Харам, 2009	Нигерия, Камерун, Нигер, Чад	Террор нигерийских исламистов	3 432	2 213	236	более 51 567 человек
Гражданская война в Южном Судане, 2011	Южный Судан	Межобщинные и межплеменные конфликты на фоне борьбы за власть в стране	3 528	1 166	93	400 тысяч человек
Гражданская война в Центральноафриканской республике, 2012	Центральноафриканская республика	Борьба христианских и мусульманских народов за власть в стране	1 757	838–842	9	более 8 тысяч человек
Гражданская война в Ливии, 2011	Ливия, Египет	Борьба за власть в стране, деятельность исламистов	1 564	727	2	29 859–42 253
Столкновения Соромо и Сомали, 2016	Эфиопия	Межэтнический конфликт на юго-востоке страны		865		более 1065 человек
Движение Армии Сопrotивления Господа, 1987	Демократическая республика Конго, Центральноафриканская республика	Движение христианской секты из Уганды в сопредельных странах		14		более 100 тысяч человек

особенно таких глобальных, как военные действия, является посттравматическое стрессовое расстройство (далее – ПТСР).

Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра **посттравматическое стрессовое расстройство** (шифр по МКБ-10 F43.1) возникает как отсроченный или затянувшийся ответ на стрессовое событие (краткое или продолжительное) исключительно угрожающего или катастрофического характера, которое может вызвать глубокий стресс почти у каждого. Типичные признаки ПТСР включают эпизоды повторяющихся переживаний травмирующего события в навязчивых воспоминаниях, мыслях или кошмарах, появляющихся на устойчивом фоне чувства оцепенения, эмоциональной заторможенности, отчужденности от других людей, безответности на окружающее и избегания действий и ситуаций, напоминающих о травме. С вышеупомянутыми симптомами часто связаны тревожность и депрессия, и не редкостью являются суицидальные мысли. Появлению симптомов ПТСР предшествует латентный период после травмы, колеблющийся от нескольких недель до нескольких месяцев. Течение расстройства различно, но в большинстве случаев можно ожидать выздоровления. Состояние может принять хроническое течение на многие годы с возможным переходом в устойчивое изменение личности (F62.0).

В 2019 году в Африке продолжались межгосударственные, межконфессиональные, межплеменные войны и конфликты последнего пятилетия [<https://warconflict.ru/rus/nowwars/?action=shwprd&id=2130>] (табл. 2).

В Нигерии, Камеруне, Судане, Эфиопии, Египте, Демократической Республике Конго конфликты продолжаются. Движение в Исламском Магрибе носит международный, трансграничный характер, именно войны исламистов уносят больше всего жизней. В Африке много конфликтов между племенами и народами. Только в 2018 году войны и конфликты унесли не менее 136 554 человеческих жизней.

### **Проблема наркопотребления в африканских странах**

Центральная, Восточная и Южная Африка являются мировым регионом по производству и сбыту наркотических веществ, среди стран: Кения, Сомали, Руанда, ЮАР. Производство героина налажено в Бурунди и Руанде. Пограничный и таможенный контроль на государственных границах этих стран плохо отработан, что позволяет беспрепятственно провозить наркотики [[https://studwood.ru/704885/ekonomika/narkobiznes\\_afrikanskih\\_stranah](https://studwood.ru/704885/ekonomika/narkobiznes_afrikanskih_stranah)].

В столице Кении Найроби среди многочисленных сортов наркотических препаратов наиболее распространены мираа – вещество, получаемое из растений, произрастающих в Сомали, бханг – разновидность гашиша и героин. Ежегодно полиция Найроби ликви-

дирует десятки килограммов наркотиков и это только вершина огромного айсберга. Невозможно точно определить, сколько дурмана ввозится в страну, сколько производится в Кении, и сколько уходит в другие страны транзитом.

Распространение наркотиков в Кении в последнее десятилетие приобрело грандиозные масштабы. Ряды кенийских наркоманов все более омолаживаются: 60% потребителей героина – молодежь в возрасте до 18 лет. Регулярно пользуются наркотиками до 35% старшеклассников и студентов. Проблема обостряется с каждым годом, всего несколько лет назад наркотики употребляли не более 10% молодежи. Наркоманы, которые не имеют возможности регулярно покупать сравнительно дорогие гашиш, героин или ЛСД, обращают внимание на зелье местного происхождения (мираа, бханг), которые попадают в Кению отчасти через границу с Сомали, где мираа сейчас, пожалуй, единственный экспортный товар.

Африканский континент оказался на перекрестке между производителями и потребителями наркотических веществ, что привело не только к расширению наркобизнеса в африканских странах, но и к увеличению наркопотребителей среди всех возрастных категорий населения.

В последние пять лет относительно благополучную Замбию захлестнула волна наркомании. Согласно исследованиям Замбийского университета, легкие наркотические вещества принимает каждый четвертый школьник [[https://studwood.ru/704885/ekonomika/narkobiznes\\_afrikanskih\\_stranah](https://studwood.ru/704885/ekonomika/narkobiznes_afrikanskih_stranah)].

Большая часть молодых наркопотребителей в Замбии – выходцы из малообеспеченных семей, с детских лет познавшие тяжелые материальные трудности и лишения. Социальная база для распространения наркомании в Замбии довольно обширна – это свыше трех миллионов безработных молодых людей и отсутствие осязаемых перспектив в обозримом будущем. Найти же наркотические вещества не представляет затруднений – весьма большими партиями они поступают контрабандой из Индии. В замбийской столице Лусаке, только по официальным данным, насчитывается почти семь тысяч наркоманов. По мнению же независимых наблюдателей, число тех, кто регулярно употребляет наркотические средства, достигает 50 тысяч (более 6% от общего числа жителей столицы Замбии Лусаке). Тем временем участились смертельные случаи в результате употребления чрезмерно больших доз наркотиков. Еще одной новой приметой стало проникновение на замбийский рынок более сильных видов дурмана: крэка и гормотекса, ведь до сих пор здесь в основном употребляли индийскую коноплю и кокаин.

Поддельные, некачественные или незаконно изготовленные таблетки трамадола чаще всего встречаются в изымаемых партиях синтетических опиоидов: в 2017 году во всем мире было изъято

рекордные 125 тонн, причем основная часть была изъята в Африке, в частности в Египте и Нигерии [2]. Демократическая Республика Конго, Мали, Того и Центральноафриканская Республика в 2017 году сообщали, что партии синтетических опиоидов, изымаемые на границах, состоят исключительно из трамадола, а согласно информации, предоставленной Камеруном и Нигерией, на трамадол приходится 75 процентов изъятий наркотиков. Оперативные данные, поступившие через систему ИОНИКС, свидетельствуют о крупных изъятиях синтетических опиоидов, в частности сильнодействующих таблеток, содержащих трамадол. В Гане проблема злоупотребления трамадолом приобрела общенациональный характер в 2016 году, когда были изъяты значительные количества сильнодействующих таблеток с немедицинской концентрацией трамадола (120 мг и более); в 2017 году – более 527 тыс. таблеток. Сообщения о злоупотреблении трамадолом и его изъятиях поступают также из Бенина, Гвинеи, Кот-д’Ивуара, Ливии, Сенегала, Судана и Чада. Ранее было установлено, что незаконная торговля трамадолом связана с финансированием действующих в некоторых районах Африки экстремистских групп, применяющих насилие [2].

Главной цитаделью наркобизнеса на континенте давно считается ЮАР. И причин очень много, дагга – так называют гашиш на юге Африки – самый доходный из всех легальных и нелегальных продуктов производства. И поэтому существование огромных плантаций индийской конопли, из которой и производится зелье, вызывает тревогу правительства страны. В последние пять лет среднегодовое изъятие гашиша полицией превышает 350 миллионов долларов – это при том, что около четырех тысяч тонн конопли сжигается на полях. Примечательно, что большая часть трофеев приходится на наиболее бедные районы страны, возделыванием культур, содержащих различные наркотические вещества, занимаются во многих районах ЮАР. Исследованиями установлено, что конопля, из которой получают гашиш, по размерам посевных площадей стала второй или даже первой товарной сельскохозяйственной культурой на территории ЮАР. Основные доходы фермеров складываются именно от ее продаж. Следует отметить, что эта «травка» в условиях Африки является одной из немногих культур, способных выжить даже в период засухи.

По мнению многих ученых, климат Южной Африки идеально подходит для высокопродуктивного товарного производства конопли. Этим в полной мере пользуются местные преступные синдикаты, закупающие наркотическое сырье и продающие уже готовую «продукцию» как в ЮАР, так и в страны Европы и Америки. Стоимость готовой «продукции» безмерно окупает ничтожные затраты. Следствием низкой себестоимости производства наркотиков стало то, что в последние годы Южная Африка

превратилась в крупный рынок кокаина, героина, ЛСД, крэка и других наркотических средств и обрела еще и сомнительную славу источника лучших сортов гашиша в мире.

Нескончаемая «война» правительств африканских стран с наркомафией заключается в уничтожении посевов «травки» и разгромах подпольных лабораторий. С одной стороны, уничтожая урожаи конопли и мираа, власти подрывают в незначительной степени позиции мирового наркобизнеса. С другой – для огромного количества мелких крестьянских хозяйств производство «травки» является единственным средством к существованию.

ВОЗ [<https://openbase.online/smertnost-ot-dtp-v-mire>] обращает внимание, что, несмотря на успешные мероприятия стран по **снижению дорожного травматизма** в мире, смертность в результате дорожно-транспортных происшествий продолжает расти и составляет 1,4 миллиона случаев смерти в год. Это более 3800 человек в сутки, или, в среднем, почти 19 человек на каждые 100 тыс. населения. В результате дорожно-транспортных происшествий (ДТП) от 30 до 50 млн. человек ежегодно получают травмы разной степени тяжести, приводящие к длительной потере трудоспособности. Больше половины смертельных случаев происходят среди наиболее уязвимых участников движения – пешеходов, велосипедистов и мотоциклистов. Любое ДТП с летальным исходом – это всегда преждевременная смерть с чередой последующих событий и финансовых потерь, которую должны восполнять родственники, работодатели, страховые компании, государство недополучает налоги, семья, в отдельных случаях, лишается кормильца.

Среди опасных факторов, которые могут являться причиной ДТП, ВОЗ выделяет алкогольное опьянение, превышение допустимой скорости движения, обгон в неполюженном месте, разговор с водителем, курение за рулем, усталость водителя. Все вместе взятые ДТП за отдельный год обходятся государственному бюджету в 3% от ВВП. Причины ДТП: плохая дорожная инфраструктура и не всегда уверенное управление автомобилем; крупногабаритный (внедорожный) автотранспорт; несоблюдение / игнорирование правил дорожного движения; небезопасное поведение участников дорожного движения в неблагоприятных условиях (рельеф местности, погодные условия).

Более 90% всех смертей на дорогах происходят в странах с низким уровнем дохода, чаще всего это страны африканского континента – в 2019 году по смерти в ДТП (количество погибших на 100 тыс. человек) лидировали: Либерия 38,2; Центральноафриканская Республика 34,8; Демократическая Республика Конго 34,2; Камерун 32,8; Чад 31,6; Буркина-Фасо 31,0.

На состояние дорожной безопасности влияние оказывает человеческий фактор, который является

Статистика по ДТП в некоторых африканских странах (рейтинг)

Рейтинг	Страна	Смертность на 100 000 человек 2016 год *	Смертность на 100 000 человек 2019 год **	Количество погибших на дорогах в 2019 г. **
0	Мир	18,1	18,9	1 466 671
4	Нигерия	21,4	22,3	46 274
6	Эфиопия	26,7	28,2	32 575
8	ДР Конго	33,7	34,2	30 877
18	Кения	27,8	26,6	14 342
19	Уганда	29,0	30,7	14 246
20	Судан	25,7	27,2	11 961
25	Камерун	30,1	32,8	8 759
35	Марокко	19,6	1,5	6 830
38	Нигер	26,2	26,0	6 356
57	Сенегал	23,4	20,1	3 391
65	Тунис	22,8	21,3	2 523
75	Либерия	35,9	38,2	1 943
77	Центрально-африканская Республика	33,6	34,8	1 678
80	Конго	27,4	28,4	1 577

Примечания: \* – цифры для 2016 года – данные Мирового банка; \*\* – цифры для 2019 года окончательно еще не посчитаны, поэтому указаны в виде прогноза с учетом интерполяции.

ключевым для большинства дорожно-транспортных происшествий. Человек является самым уязвимым звеном в системе «автомобиль-водитель-пешеход-водитель». Психическое и соматическое здоровье водителей автомобильных транспортных средств имеют прямое отношение к безопасности дорожного движения. Сохранение и укрепление здоровья водителей способствует снижению дорожно-

транспортных происшествий и дорожного травматизма [1, 5].

Таким образом, очевидными проблемными факторами здравоохранения африканского региона являются психические расстройства при ВИЧ/СПИД, у пострадавших при чрезвычайных ситуациях (военных конфликтах), агрессивное поведение водителей на дорогах, наркотическая зависимость.

## ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ВЛИЯЮЩИЕ НА НЕЕ ФАКТОРЫ В СТРАНАХ АФРИКИ

Д.А. Полянский, А.Б. Шмуклер, С.В. Шпорт

В течение последнего десятилетия во всем мире заметно улучшилось понимание ценности общественного здоровья. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) поддерживает правительства различных стран в их стремлении укреплять психическое здоровье граждан, налаживает взаимодействие с государственными органами власти и общественными организациями с целью координации этой деятельности и совместных действий. Совершенно нерадостная ситуация в африканских странах с низким уровнем дохода, где в среднем один психиатр приходится на 1,7 миллиона людей, а одна психиатрическая койка на 42 000 жителей. Во многих странах Африки

больные с тяжелыми психическими расстройствами в 76–85% случаев не получают лечение в течение последнего года вовсе. Ведущие проблемы связаны с психическими расстройствами при ВИЧ/СПИД, у пострадавших при чрезвычайных ситуациях (военных конфликтах), агрессивное поведение водителей на дорогах, наркотические зависимости.

**Ключевые слова:** психиатрическая помощь в странах Африки, деструктивные факторы психического нездоровья в Африке, ВИЧ, безопасность дорожного движения, организация психиатрической помощи.

## PROBLEMS OF ORGANIZING PSYCHIATRIC CARE AND FACTORS AFFECTING IT IN AFRICA

D.A. Polyanskiy, A.B. Shmukler, S.V. Shport

The understanding of the value of public health has improved markedly over the past decade around the world. The World Health Organization (WHO) supports the governments of various countries in their endeavors to improve the mental health of citizens, WHO is establishing interaction with government authorities and public organizations in order to coordinate these activities and joint actions. The situation is utterly bleak in low-income African countries, where an average of 1.7 million people have one psychiatrist

and one psychiatric bed for 42,000 inhabitants. Patients with severe mental disorders have not received treatment during the past year in many African countries in 76–85% of cases. The leading problems are related to mental disorders in HIV/AIDS, victims of emergency situations (military conflicts), aggressive behavior of drivers on the roads, drug addiction.

**Key words:** psychiatric care in Africa, destructive factors of mental ill health in Africa, HIV, road safety, organization of psychiatric services

## ЛИТЕРАТУРА

1. Васильченко А.С., Шпорт С.В., Булыгина В.Г. Медико-психологические факторы дорожно-транспортных происшествий (современное состояние проблемы) // Российский психиатрический журнал. 2016. № 4. С. 81–88.
2. Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2019 год. Глава III, Раздел А, пункт 9, параграфы 437–438. С. 77–78.
3. Качаева М.А., Шпорт С.В., Трущелев С.А. Стратегические направления деятельности ВОЗ по охране психического здоровья населения // Российский психиатрический журнал. 2017. № 6. С. 10–23.
4. Полянский Д.А., Калинин В.В., Ольшанский А.Я. Клинико-биологические взаимосвязи у ВИЧ-инфицированных больных шизофренией и шизоаффективным расстройством // Психиатрия. 2018. №78 (02). С. 73–78.
5. Шпорт С.В., Васильченко А.С., Шалимов Д.Р. Психологические маркеры опасного поведения на дорогах // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2017. Т. 6, № 4А. С. 118–133.
6. Barnes J., O'Hanlon B., Feeley F. Private health sector assessment in Kenya. Washington: World Bank, 2010.
7. Bushman F.D., Nabel G.J., Swanson R. (Editors). HIV: From biology to prevention and treatment. Cold Spring Harbor, New York, USA: Cold Spring Harbor Laboratory Press. 2012. P. 321–343.
8. De Meni V., Knapp M., McDavid D., Raja S., Kingori J., Waruguru M., Kippen W. Cost-effectiveness of the mental health and development model for schizophrenia-spectrum and bipolar disorders in rural Kenya // Psychol. Med. 2015. N 45. P. 2747–2756.
9. Hanlon C., Wondimagegn D., Alem A. Lessons learned in developing community mental health care in Africa // World Psychiatry. 2010. N 9. P. 185–189.
10. McDavid D., Knapp M., Raja S. Barriers in the mind: promoting an economic case for mental health in low-and middle-income countries // World Psychiatry. 2008. N 7. P. 79.
11. Ministry of Labour Kenya. The regulation of wages (agricultural industry) (amendment). Kenya Gazette, 2012. Suppl. 68
12. Ndeti D.M., Khasakhala L., Maru H. Clinical epidemiology in patients admitted at Mathari psychiatric hospital, Nairobi, Kenya // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2008. N 43. P. 736–742.
13. Querques J., Freudenreich O. Psychiatric aspects of HIV infection and AIDS. In Massachusetts General Hospital. Comprehensive Clinical Psychiatry. Stern T.A., Fava M., Wilens T.E., Rosenbaum J.F. Second Edition. Elsevier. 2016. Ch. 57. P. 627–637.

---

**Полянский Дмитрий Алексеевич** – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения терапии психических расстройств, осложненных болезнями зависимости Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: dmi2792@yandex.ru

**Шмуклер Александр Борисович** – доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: ashmukler@yandex.ru

**Шпорт Светлана Вячеславовна** – кандидат медицинских наук, и.о. директора Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail: svshport@mail.ru