

УПОТРЕБЛЕНИЕ ТАБАКА И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

КРАТКИЙ АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро



Аннотация

В настоящем кратком документе по вопросам политики основное внимание уделяется взаимосвязи между психическими расстройствами и употреблением табака. В нем рассматриваются фактические данные, лежащие в основе мер борьбы против табака, ориентированных на людей с психическими расстройствами, и предлагается обоснование необходимости их осуществления. Предлагаемые ключевые рекомендации по вопросам политики, направленные на снижение распространенности курения среди людей с психическими расстройствами, включают создание медицинских учреждений, полностью свободных от табака, посредством информационно-просветительских кампаний, ориентированных на специалистов в области охраны психического здоровья, и инвестиций в услуги по прекращению употребления табака для лиц с психическими расстройствами.

Ключевые слова

Tobacco control
Mental health
Policy
Health services
Tobacco cessation

© Всемирная организация здравоохранения 2020 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей.

Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

> Содержание

Выражение благодарности	iv
<u>Употребление табака как фактор риска</u>	1
<u>Психические расстройства: распространенность и смертность</u>	3
<u>Меры, направленные на прекращение употребления табака</u>	5
Медицинские учреждения, свободные от табака	5
Информационные кампании для специалистов в области охраны психического здоровья	6
Повышение налогов на табачные изделия	7
Предупреждения о потенциальных рисках для психического здоровья на упаковке табачных изделий	8
<u>Успешное прекращение употребления табака</u>	9
Зачем ориентировать вмешательства на людей с психическими расстройствами?	10
<u>Выводы</u>	12
<u>Библиография</u>	13

> Выражение благодарности

Настоящий краткий документ по вопросам политики был подготовлен Eleanor Salter, консультантом, и Felix Wittström, бывшим стажером Европейского регионального бюро ВОЗ, под руководством Kristina Mauer-Stender, руководителя программы по борьбе против табака, и Daniel Chisholm, руководителя программы по охране психического здоровья, Отдел неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни, Европейское региональное бюро ВОЗ.

Авторы благодарны Dongbo Fu, техническому сотруднику штаб-квартиры ВОЗ, и Alan Cohen, почетному преподавателю Медицинской школы Парацельс, Зальцбург, Австрия, за их полезные комментарии и помощь.

Авторы также хотели бы поблагодарить Bente Mikkelsen, Директора Отдела неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни, Европейское региональное бюро ВОЗ, за общее руководство и поддержку в разработке настоящего документа.

Публикация стала возможной благодаря финансированию правительства Германии.

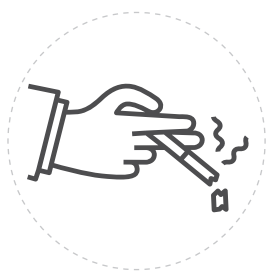
> УПОТРЕБЛЕНИЕ ТАБАКА КАК ФАКТОР РИСКА

Согласно прогнозам, в Европейском регионе ВОЗ целевые показатели сокращения употребления табака к 2025 году не будут достигнуты. Учитывая, что 44% всех сигарет в западных странах выкуривают люди с психическими расстройствами (1), решение проблемы употребления табака представителями этой группы открывает пока еще нереализованный потенциал в борьбе против табака и внесет значительный вклад в создание мира без табака.

В сентябре 2018 года на Третьем Сессии высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по вопросам профилактики неинфекционных заболеваний (НИЗ) и борьбы с ними была принята так называемая “повестка дня по борьбе с НИЗ 5x5”, в которой определяются пять категорий НИЗ и пять факторов риска, общих для всех НИЗ (рис. 1) (2).

Рис. 1.
Повестка дня по
борьбе с НИЗ 5x5





20,2%

взрослого населения
мира были текущими
курильщиками в 2015 году

Употребление табака является одним из факторов риска НИЗ и имеет сложные взаимосвязи как с другими факторами риска, так и с НИЗ. Например, употребление табака и вредное употребление алкоголя часто происходит параллельно (3), а курение среди людей с психическими заболеваниями встречается в два-три раза чаще по сравнению с населением в целом (4). Курение делает людей более уязвимыми к психическим заболеваниям, а психические заболевания приводят к повышению вероятности курения.

Согласно оценкам ВОЗ, в 2015 году курильщики составляли 20,2% взрослого населения планеты, с самой высокой в мире распространенностью курения в Европейском регионе ВОЗ: 29,9% населения Европы курит (5). В эту оценку включено текущее и ежедневное употребление табака или сигарет, но не учитывалось употребление бездымного табака, электронных сигарет или других устройств доставки никотина.

Курение является ведущим фактором риска преждевременной смертности и инвалидности: в 2015 году 11,5 миллионов смертей произошло по причине употребления табака (6). Такое значение обусловлено потерей трудоспособности и потенциально летальными исходами, связанными с курением: ишемической болезнью сердца, риск развития которой у курильщиков в 1,6-6,4 раза выше, и хронической обструктивной болезнью легких, риск развития которой у курильщиков в 11,5-15,3 раза выше по сравнению с населением в целом (6). Это весьма отрезвляющая статистика; для предотвращения заболеваемости и преждевременной смертности от НИЗ борьба против табака должна стать центральным звеном борьбы с НИЗ.

Наличие четкой взаимосвязи между употреблением табака и всеми НИЗ сформировало предпосылки для установления ВОЗ цели сокращения употребления табака на 30% к 2025 году по сравнению с показателем 2010 года (7). Согласно последним прогнозам, процент «отставания от цели» в Европейском регионе составит 3,9%, поэтому в следующие шесть лет необходимо принять срочные меры для изменения этой тенденции (5). Для достижения цели крайне важно содействовать осуществлению мер борьбы против табака с использованием справедливого подхода, ориентированного на группы риска, в том числе на людей с психическими расстройствами.



ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ

Психические расстройства воздействуют и, в свою очередь, зависят от других основных НИЗ (инфографический рисунок 1, *(8)*). Например, психические расстройства могут быть как предвестниками заболевания, так и следствиями различных хронических состояний, таких как сердечно-сосудистые заболевания, заболевания легких, диабет и рак. По сравнению с населением в целом, взрослые с любым психическим расстройством имеют на 5-10 лет меньшую продолжительность жизни *(9)*, и с большей степенью вероятности курят *(10)*. Обследования населения показывают, что наличие психического расстройства повышает вероятность курения примерно в два раза, с учетом других факторов, влияющих на курительное поведение *(11)*.

Продолжительность жизни людей с тяжелыми психическими расстройствами на 15-20 лет короче по сравнению с населением в целом. Большая часть такой избыточной смертности связана с одновременным наличием других НИЗ, которые могут усугубляться курением *(12)*. Считается, что курение является одной из основных причин избыточной смертности среди людей с тяжелыми психическими расстройствами *(13, 14)*, которые чаще курят, чем население в целом; две трети являются текущими курильщиками *(15)* и в среднем курят больше, чем население в целом (20-30% выкуривают более одной пачки сигарет в день, что примерно вдвое больше, чем среди населения в целом) *(16)*.

В глобальной борьбе против табака был достигнут значительный прогресс. По состоянию на 2019 год 136 стран осуществляют по меньшей мере одну ключевую меру политики, направленную на борьбу с употреблением табака *(17)*. В результате глобальный уровень распространенности курения табака среди взрослых в последние десятилетия неуклонно снижается *(5)*.

Несмотря на снижение уровня распространенности курения наблюдается и у людей с психическими расстройствами, оно не так значительно, как для населения в целом. На самом деле, разница в уровне распространенности курения среди населения в целом и среди людей с психическими расстройствами увеличивается *(6)*. В исследовании Lê Cook et al. *(18)* рассматривался процент самообобщенных курильщиков среди людей с вероятными

ИНФОГРАФИЧЕСКИЙ РИСУНОК 1. Психические расстройства

Психические расстройства, которыми страдает каждый десятый человек Европейского региона ВОЗ в любой отдельно взятый год, часто делятся на распространенные и тяжелые психические расстройства. К распространенным психическим расстройствам относятся депрессия и тревога, которыми, согласно оценкам, страдает 5-10% населения. К тяжелым психическим расстройствам относятся биполярные и психотические расстройства; они затрагивают лишь небольшой процент населения, но оказывают гораздо большее влияние на качество жизни и повседневное функционирование человека.

психическими расстройствами¹ и без них за период между 2004 и 2011 годами. Исследование показало, что, хотя доля курильщиков среди людей без психических расстройств снизилась примерно с 20% до чуть более 15%, доля курильщиков среди людей с вероятным психическим заболеванием оставалась неизменной на уровне 28-29% в течение всего периода исследования. Следовательно, разница в процентном соотношении между двумя группами увеличилась. Это предполагает, что меры борьбы против табака не так эффективно работают для людей с психическими расстройствами, представляющих собой социально-демографическую группу населения, которая «остаётся без внимания» в борьбе против табака. Для решения этой проблемы должны быть приняты срочные меры.

¹ Вероятное психическое расстройство определяется как состояние, в отношении которого пациент получает психиатрическую помощь, количество баллов по Шкале психологического дистресса Кесслера из 6 индикаторов превышает 12, или количество баллов в Опроснике здоровья пациента 2 превышает два балла (18).

> МЕРЫ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА ПРЕКРАЩЕНИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА

Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ ВОЗ) является договором, основанным на фактических данных, подписанным 50 государствами-членами Европейского региона ВОЗ (Инфографический рисунок 2, [19]). В руководящих принципах осуществления Конвенции изложен ряд стратегий регулирования, направленных на сокращение спроса на табак. Большинство этих мер борьбы против табака основано на фактических данных и ориентировано на все общество в целом, однако существует необходимость адаптации мер политики и кампаний для конкретных сообществ и групп населения, уделяя более пристальное внимание женщинам, группам гомосексуальных, бисексуальных, транссексуальных меньшинств, а также заключенным и людям с низким социально-экономическим статусом. Это подчеркивалось на 8-й Конференции Сторон РКБТ ВОЗ в 2018 году [20]. *Дорожная карта действий с целью усиления мер по осуществлению Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака в Европейском регионе на 2015-2025 гг.* также предлагает ряд мер вмешательства, направленных на группы риска [21], и подчеркивает важность политики борьбы против табака, которая учитывает нужды людей с психическими расстройствами.

Медицинские учреждения, свободные от табака

Несмотря на то, что во многих больницах запрещено употребление табака, отделения психиатрической помощи иногда исключаются из списка учреждений, на которые распространяется запрет на курение: например, только половина государств-членов Европейского союза полностью запретила курение во всех медицинских учреждениях [22]. Аналогичные ситуации, когда учреждения по охране психического здоровья освобождаются от необходимости выполнять законы, обеспечивающие бездымную среду [23], наблюдаются и в ряде других стран, входящих в Европейский регион ВОЗ. В связи с отсутствием всеобщего запрета на курение, у больниц возникает риск невыполнения своих задач здравоохранения, в том числе по предупреждению болезней, и увеличивается вероятность того,

ИНФОГРАФИЧЕСКИЙ РИСУНОК 2. РКБТ ВОЗ

В РКБТ ВОЗ содержится ряд мер борьбы против табака, рекомендованных ВОЗ для осуществления на правительственном уровне, в том числе:

- мониторинг употребления табака и стратегий профилактики;
- защита людей от табачного дыма;
- предложение помощи в целях прекращения употребления табака;
- предупреждение о вреде табака;
- обеспечение соблюдения запретов на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных изделий;
- повышение налогов на табачные изделия

что пациенты, персонал и посетители больниц будут подвергаться вреду от курения и вторичного табачного дыма.

В некоторой степени такая ситуация обусловлена тем, что организации по защите прав пациентов и табачная промышленность выступают за гипотезу самолечения, в соответствии с которой курильщикам нужно курить для ослабления симптомов своего психического расстройства (24). Однако многие исследования показывают, что отказ от курения связан с улучшением психического здоровья, а курящие люди с тяжелыми психическими расстройствами испытывают усиление симптомов психического заболевания (4). Собранные данные свидетельствуют о том, что отказ от курения ассоциируется с ослаблением симптомов депрессии, тревоги и стресса, а также с улучшением качества жизни людей с психическими расстройствами и без них (25).

Согласно докладу ВОЗ *Обзор прогресса. Борьба против табака в Европейском регионе ВОЗ в 2017 г.*, несмотря на исчерпывающие доказательства в пользу законодательства о запрете курения, способствующего снижению вреда от вторичного табачного дыма и поддерживающего социальные нормы отказа от табака, более трех четвертей стран Европейского региона не осуществляют рекомендованную политику борьбы с курением (26). Тем не менее, пятьдесят стран Региона ратифицировали РКБТ ВОЗ, в которой изложены меры по созданию бездымной среды (27); страны должны выполнить эти рекомендации и положения РКБТ ВОЗ в полной мере. Исключительно важно защитить людей, подвергающихся наибольшему риску вторичного табачного дыма, в том числе, обеспечив наличие психиатрических учреждений, полностью свободных от табака.

Информационные кампании для специалистов в области охраны психического здоровья

Популяризация сигарет в психиатрических учреждениях осуществляется на протяжении значительного времени. Табачная промышленность поставляет бесплатные или недорогие сигареты в психиатрические учреждения, причем запросы на них продолжали поступать до и, с большой долей вероятности, после 2000 года (24). Значительная часть специалистов в области охраны психического здоровья придерживается ряда неверных представлений о том, что пациенты не заинтересованы в отказе от курения, и отказ от курения – слишком большой запрос для пациентов (28). Это противоречит фактическим данным, свидетельствующим о том, что люди с психическими расстройствами так же мотивированы бросить

курить, как и население в целом (29). Кроме того, многие специалисты в области охраны психического здоровья представляют собой плохой образец для подражания, особенно когда они, например, используют перерывы на курение в качестве инструмента выстраивания терапевтических отношений с пациентом (28).

Деятельность табачной промышленности в области маркетинга, научных исследований и связей с общественностью представляет собой источник дезинформации, и правительства несут ответственность за информирование населения о вредных продуктах и моделях поведения. *Дорожная карта действий с целью усиления мер по осуществлению Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака в Европейском регионе на 2015-2025 гг.* четко указывает на необходимость инвестиций в проведение информационных кампаний о вреде табака, и специалисты в области охраны психического здоровья должны быть одной из целевых групп для таких кампаний (21). Поскольку медицинские работники могут рассматриваться пациентами как образцы для подражания, важно, чтобы они обладали правильной информацией об отказе от употребления табака для осуществления мер, направленных на снижение распространенности курения среди пациентов. Поскольку у значительной части работников здравоохранения неверные представления относительно употребления табака пациентами в психиатрических учреждениях, правительствам необходимо инвестировать в информационные кампании, чтобы защитить тех, кто подвергается наибольшему риску негативных последствий употребления табака для здоровья.

Повышение налогов на табачные изделия

Повышение налогов традиционно является одним из наиболее эффективных способов борьбы против табака. Это вмешательство на уровне всего общества обеспечивает положительные последствия для всех, хотя некоторые группы более чувствительны к росту цен, чем другие.

Эффективность повышения налогов на табачные изделия зависит от располагаемого дохода потребителя, поэтому повышение налогов может оказать существенное воздействие на употребление табака людьми с психическими расстройствами. Наличие психических расстройств может повлиять на способность человека зарабатывать средства к существованию, что означает, что экономическое бремя никотиновой зависимости особенно тяжело для этой группы. Например, исследование курящих людей с шизофренией показало, что в среднем, расходы на сигареты составляли 27% их месячного дохода (30).



27%

месячного дохода -
средние расходы на
сигареты среди
людей с шизофренией

Следовательно, повышение налогов на табачные изделия может способствовать прекращению курения в целом и внести весомый вклад в снижение распространенности курения в этой группе.

Однако важно, чтобы меры борьбы против табака имели сторонников в группах, поддерживающих людей с психическими расстройствами. Налоговые меры будут поддержаны с наибольшей вероятностью, когда сторонники мер будут четко понимать, на что будут тратиться налоги, и какую пользу это принесет людям с психическими расстройствами. В процессе увеличения налогов необходимо одновременное взаимодействие с затронутыми группами.

Предупреждения о потенциальных рисках для психического здоровья на упаковке табачных изделий

Предупреждения на упаковке табачных изделий, основанные на фактических данных, являются критически важными инструментами борьбы с употреблением табака и его профилактики. Иллюстрированные предупреждения очень эффективны для информирования общественности о рисках курения для здоровья (31). Предупреждения на пачках, однако, в первую очередь сообщают о рисках курения для физического здоровья. Использование предупреждений должно быть расширено и включать сообщения о рисках употребления табака для психического здоровья, например, “Воздействие вторичного табачного дыма связано с повышенным риском возникновения симптомов депрессии” (32). Эти сообщения не только позволят людям с психическими расстройствами осознать и почувствовать собственную подверженность риску, но также будут способствовать информированию широкой общественности о серьезных рисках для психического здоровья, связанных с употреблением табака.

> УСПЕШНОЕ ПРЕКРАЩЕНИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ТАБАКА

Имеются убедительные доказательства того, что нефармакологические вмешательства (такие как поддерживающие поведенческие программы) и фармакологическое лечение (в том числе варениклин, бупропион и никотинзаместительная терапия) увеличивают шансы населения в целом успешно бросить курить, а комбинированное вмешательство, как правило, увеличивает шансы на успех на 70-100% [33].

Эффективность таких вмешательств у людей с тяжелыми психическими расстройствами исследовалась в недавно опубликованном руководстве ВОЗ по лечению расстройств физического здоровья у взрослых с тяжелыми психическими расстройствами [34]. В руководстве делается вывод, что умеренное воздействие на прекращение употребления табака в этой группе оказывают два фармакологических вмешательства, с показателями прекращения курения, аналогичными показателям среди населения в целом. В связи с недостаточностью исследований в этой группе пациентов, продемонстрировать конкретное воздействие других вмешательств по прекращению курения затруднительно, однако некоторые из них предполагают наличие эффекта. Недавно проведенное исследование, на настоящий момент крупнейшее в своем роде, демонстрирует пользу и эффективность индивидуальных вмешательств по прекращению курения среди людей с тяжелыми психическими расстройствами [35]. В целом, в руководстве ВОЗ говорится, что доказательства несоответствия между фактическими данными об успехе вмешательств по прекращению употребления табака среди населения в целом и среди людей с тяжелыми психическими расстройствами отсутствуют, и что хотя фармакологические вмешательства по прекращению курения в целом можно считать безопасными, врачи клинической практики должны с осторожностью относиться к взаимодействию лекарственных препаратов для прекращения курения с другими психотропными препаратами [34].

Требуется определить барьеры, препятствующие доступу к этим вмешательствам для людей с тяжелыми психическими расстройствами, и предпринять соответствующие меры политики для их устранения. Специалисты в области охраны психического здоровья



70-100%

**увеличение шанса
успешно бросить
курить по сравнению
с непроведением
вмешательства**

сообщают, что обучение проведению консультирования по вопросам прекращения курения и вариантам поддержки пациентов на базе местного сообщества являются критически важными направлениями деятельности (36).

ВОЗ рекомендует странам интегрировать лечение табачной зависимости в систему первичной медико-санитарной помощи, поскольку эта отправная точка обеспечивает для пациентов хорошую платформу для поддержки на базе местного сообщества в процессе прекращения курения. ВОЗ разработала учебный пакет для содействия странам *Укрепление систем здравоохранения в интересах лечения табачной зависимости в учреждениях первичной помощи* (37), рассчитанный на разработчиков политики, руководителей служб и работников служб первичной помощи. Система первичной медико-санитарной помощи является реальной отправной точкой вмешательств по прекращению курения, ориентированных конкретно на людей с психическими расстройствами (35). В свете последних данных странам необходимо расширить доступ к мероприятиям по прекращению курения среди людей с психическими расстройствами, например, путем интеграции услуг по лечению табачной зависимости на базе системы первичной медико-санитарной помощи в службы охраны психического здоровья, а также предлагая индивидуальные вмешательства для этой группы пациентов.

Зачем ориентировать вмешательства на людей с психическими расстройствами?

Исследованиями давно доказано, что большинство мер по прекращению употребления табака являются экономически эффективными на уровне населения в целом (инфографический рисунок 3, (38)), а осуществление положений РКБТ ВОЗ в большинстве своем экономически выгодно для стран, причем повышение налогов на табак является наиболее экономически эффективным вмешательством, которое может осуществить правительство (39). Однако исследования соотношения экономической эффективности мер борьбы против табака для людей с психическими расстройствами ограничены.

Исследования в области прекращения употребления табака показывают, что лечение одинаково эффективно для курильщиков с психическими расстройствами и без них (40, 41). В этих исследованиях отмечается, что вмешательства в отношении прекращения курения для людей с психическими расстройствами являются высокоэффективными, снижают уровень смертности и повышают качество жизни, при затратах значительно ниже порога экономической



1,14
человеко-лет жизни

были добавлены для
каждого успешного
случая отказа от курения

эффективности затрат. Например, в одном исследовании приводятся затраты на каждый успешный случай отказа от курения, которые составляют 1272 долларов США, и в каждом успешном случае число добавленных лет жизни составляло 1,14 года (что соответствует 0,83 года жизни при полном восстановлении здоровья) (40).

Доказательства экономической эффективности стратегий распространения информации среди работников здравоохранения и законодательства о запрете курения, ориентированного на людей с психическими расстройствами, ограничены. Такие стратегии зачастую оказывают значительное воздействие на процессы денормализации курения и субъективные представления, которые трудно определить количественно. В целом, однако, эти действия часто приводят к предотвращению курения и более высоким показателям отказа от курения и, следовательно, к экономическим выгодам (15, 42).

Несмотря на то, что экономическая эффективность является важным фактором, который следует учитывать при инвестировании в меры борьбы против табака для людей с психическими расстройствами, существует также неотъемлемое преимущество в отношении улучшения состояния здоровья и сокращения страданий людей – обязательство, которое все государства-члены договорились выполнять, подписав Цели в области устойчивого развития Организации Объединенных Наций. Проект установления приоритетов Кокрановской группы по табачной зависимости определил людей, страдающих психическими расстройствами, в качестве приоритетной группы, поскольку воздействие на улучшение физического и психического здоровья каждого человека, вероятно, будет высоким (43). Учитывая, что Европейский регион будет значительно отставать от достижения целевого показателя в отношении распространенности употребления табака, если не будут предприняты дополнительные действия, решение проблемы употребления табака в этой группе населения имеет огромный потенциал, который еще предстоит полностью изучить.

ИНФОГРАФИЧЕСКИЙ РИСУНОК 3. ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

При расчете экономической эффективности затраты на проведение вмешательства (например, стоимость лекарства или расходы на проведение вмешательства персоналом) сопоставляются с эффектом от его проведения. Эффект чаще всего количественно определяется как число добавленных лет жизни, полученное при проведении вмешательства, по сравнению с его непроведением, с учетом качества жизни в эти годы. Например, в США для определения экономической эффективности вмешательства широко применяется пороговый показатель, определяющий стоимость добавленного года жизни при полном восстановлении здоровья; вмешательство считается эффективным, если показатель не превышает 50 000 долларов США.



ВЫВОДЫ

Таблица 1. Проблемы и варианты политики снижения употребления табака людьми с психическими расстройствами

В таблице 1 кратко сформулированы проблемы и варианты политики, направленные на снижение употребления табака людьми с психическими расстройствами.

ПРОБЛЕМЫ	ВАРИАНТЫ ПОЛИТИКИ
Социальные нормы употребления табака в психиатрических больницах Подверженность воздействию вторичного табачного дыма во время пребывания в больнице	Обеспечение полного осуществления РКБТ ВОЗ посредством исключения послаблений в отношении запрета на курение в психиатрических больницах из законодательства о запрете курения
Неверные представления специалистов в области охраны психического здоровья в отношении готовности и способности пациентов бросить курить	Информационные кампании для специалистов в области охраны психического здоровья Обучение проведению консультирования по вопросам прекращения курения для специалистов в области охраны психического здоровья
Низкая доступность программ отказа от употребления табака для людей с психическими расстройствами	Интеграция услуг по прекращению курения на базе первичной медико-санитарной помощи в психиатрические службы и предложение индивидуальных вмешательств для этой группы пациентов

Библиография

1. Schroeder SA, Morris CD. Confronting a neglected epidemic: tobacco cessation for persons with mental illnesses and substance abuse problems. *Annu Rev Public Health* 2010;31:297–314 [1p following 314].
2. Political Declaration of the Third High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. New York (NY): United Nations; 2018 (<https://www.who.int/ncds/governance/third-un-meeting/en/>).
3. Degenhardt L, Chiu W-T, Sampson N, Kessler RC, Anthony JC, Angermeyer M et al. Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLOS Med*. 2008;5(7):e141. doi:10.1371/journal.pmed.0050141.
4. Prochaska JJ, Das S, Young-Wolff KC. Smoking, mental illness, and public health. *Annu Rev Public Health* 2017;38(1):165–85. doi:10.1146/annurev-publhealth-031816-044618.
5. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000–2025, second edition. Geneva: World Health Organization; 2018 (<http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/trends-tobacco-smoking-second-edition/en/>).
6. Reitsma MB, Fullman N, Ng M, Salama JS, Abajobir A, Abate KH et al. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the global burden of disease study 2015. *Lancet* 2017;389(10082):1885–906.
7. Target 5: reduce tobacco use. Global monitoring framework for NCDs. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2019 (<http://www.who.int/nmh/ncd-tools/target5/en/>).
8. The European mental health action plan 2013–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/175672>).
9. Druss BG, Zhao L, Von Esenwein S, Morrato EH, Marcus SC. Understanding excess mortality in persons with mental illness: 17-year follow up of a nationally representative US survey. *Med Care* 2011;49(6):599–604. doi:10.1097/MLR.0b013e31820bf86e.
10. The NSDUH report: smoking and mental illness. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality; 2013 (<https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH093/NSDUH093/sr093-smoking-mental-illness.htm>).
11. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. *JAMA* 2000;284(20):2606–10. doi:10.1001/jama.284.20.2606.
12. Trainor K, Leavey G. Barriers and facilitators to smoking cessation among people with severe mental illness: a critical appraisal of qualitative studies. *Nicotine Tob Res*. 2017;19(1):14–23. doi:10.1093/ntr/ntw183.
13. Champion J, Checinski K, Nurse J, McNeill A. Smoking by people with mental illness and benefits of smoke-free mental health services. *Adv Psychiatr Treat*. 2008;14(3):217–28. doi:10.1192/apt.bp.108.005710.
14. Liu NH, Daumit GL, Dua T, Aquila R, Charlson F, Cuijpers P et al. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry* 2017;16(1):30–40. doi:10.1002/wps.20384.
15. Best practices user guide: health equity in tobacco prevention and control. Atlanta (GA): US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2015 (<https://www.cdc.gov/tobacco/stateandcommunity/best-practices-health-equity/index.htm>).
16. Williams JM, Ziedonis DM, Abanyie F, Steinberg ML, Foulds J, Benowitz NL. Increased nicotine and cotinine levels in smokers with schizophrenia and schizoaffective disorder is not a metabolic effect. *Schizophr Res*. 2005;79(2):323–35. doi:10.1016/j.schres.2005.04.016.
17. WHO report on the global tobacco epidemic 2019. Geneva: World Health Organization; 2019 (https://www.who.int/tobacco/global_report/en/).
18. Cook BL, Wayne GF, Kafali EN, Liu Z, Shu C, Flores M. Trends in smoking among adults with mental illness and association between mental health treatment and smoking cessation. *JAMA* 2014;311(2):172–82. doi:10.1001/jama.2013.284985.
19. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization; 2003 (http://www.who.int/fctc/text_download/en/).
20. COP8 policy briefing: gender. Geneva: Framework Convention Alliance; 2018 (<https://www.fctc.org/resource-hub/cop8-policy-briefing-gender/>).
21. Making tobacco a thing of the past: roadmap of actions to strengthen implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control in the European Region 2015–2025. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/publications/2015/making-tobacco-a-thing-of-the-past-roadmap-of-actions-to-strengthen-implementation-of-the-who-framework-convention-on-tobacco-control-in-the-european-region-2015-2025-2015>).
22. Report on the implementation of the Council recommendation of 30 November 2009 on smoke-free environments. Brussels: European Commission; 2013.

23. European tobacco use: trends report 2019. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/publications/2019/european-tobacco-use-trends-report-2019-2019>).
24. Prochaska JJ, Hall SM, Bero LA. Tobacco use among individuals with schizophrenia: what role has the tobacco industry played? *Schizophr Bull.* 2008;34(3):555–67. doi:10.1093/schbul/sbm117.
25. Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2014;348:g1151. doi:10.1136/bmj.g1151.
26. Taking stock: tobacco control in the WHO European Region in 2017. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/publications/2017/taking-stock-tobacco-control-in-the-who-european-region-in-20172017>).
27. Infographic – WHO FCTC implementation 2018 (download). In: WHO Regional Office for Europe [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/publications/key-policy-documents/who-framework-convention-on-tobacco-control-who-fctc/implementation-of-the-who-fctc/infographic-who-fctc-implementation-2018-download>).
28. Sheals K, Tombor I, McNeill A, Shahab L. A mixed-method systematic review and meta-analysis of mental health professionals' attitudes toward smoking and smoking cessation among people with mental illnesses. *Addiction* 2016;111(9):1536–53. doi:10.1111/add.13387.
29. Siru R, Hulse GK, Tait RJ. Assessing motivation to quit smoking in people with mental illness: a review. *Addiction* 2009;104(5):719–33. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02545.x.
30. Steinberg ML, Williams JM, Ziedonis DM. Financial implications of cigarette smoking among individuals with schizophrenia. *Tob Control* 2004;13(2):206.
31. Tobacco control playbook. Large pictorial pack warnings and plain packaging work. In: WHO Regional Office for Europe [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/policy/tobacco-control-playbook>).
32. Han C, Liu Y, Gong X, Ye X, Zhou J. Relationship between secondhand smoke exposure and depressive symptoms: a systematic review and dose–response meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16(8):1356. doi:10.3390/ijerph16081356.
33. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(3). doi:10.1002/14651858.CD008286.pub3.
34. Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders. WHO guidelines. Geneva: World Health Organization; 2018 (https://www.who.int/mental_health/evidence/guidelines_physical_health_and_severe_mental_disorders/en/).
35. Gilbody S, Peckham E, Bailey D, Arundel C, Heron P, Crosland S et al. Smoking cessation for people with severe mental illness (SCIMITAR+): a pragmatic randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry* 2019;6(5):379–90. doi:10.1016/S2215-0366(19)30047-1.
36. Okoli CTC, Otachi JK, Seng S. Assessing opinions and barriers to providing evidence-based tobacco treatment among health care providers within an in-patient psychiatric facility. *J Ment Health* 2019;Mar 12:1–11. doi:10.1080/09638237.2019.1581328.
37. Strengthening health systems for treating tobacco dependence in primary care. Building capacity for tobacco control: training package. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/tobacco/publications/building_capacity/training_package/treatingtobaccodependence/en/).
38. Warner KE. Cost effectiveness of smoking-cessation therapies. Interpretation of the evidence and implications for coverage. *Pharmacoeconomics* 1997;11(6):538–49. doi:10.2165/00019053-199711060-00003.
39. Tobacco control playbook. Tobacco taxation is one of the most cost-effective health interventions: government revenues increase while smoking rates fall. In: WHO Regional Office for Europe [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/policy/tobacco-control-playbook>).
40. Barnett PG, Wong W, Jeffers A, Hall SM, Prochaska JJ. Cost-effectiveness of smoking cessation treatment initiated during psychiatric hospitalization: analysis from a randomized, controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2015;76(10):e1285–1291. doi:10.4088/JCP.14m09016.
41. Goracci A, Rucci P, Forgiione RN, Campinoti G, Valdagno M, Casolaro I et al. Development, acceptability and efficacy of a standardized healthy lifestyle intervention in recurrent depression. *J Affect Disord.* 2016;196:20–31. doi:10.1016/j.jad.2016.02.034.
42. Friend K, Levy DT. Smoking treatment interventions and policies to promote their use: a critical review. *Nicotine Tob Res.* 2001;3(4):299–310. doi:10.1080/14622200110072165.
43. Lindson N, Richards-Doran D, Heath L, Hartmann-Boyce J, CTAG taps team. Setting research priorities in tobacco control: a stakeholder engagement project. *Addiction* 2017;112(12):2257–71. doi:10.1111/add.13940.



Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

Австрия	Италия	Сербия
Азербайджан	Казахстан	Словакия
Албания	Кипр	Словения
Андорра	Кыргызстан	Соединенное Королевство
Армения	Латвия	Таджикистан
Беларусь	Литва	Туркменистан
Бельгия	Люксембург	Турция
Болгария	Мальта	Узбекистан
Босния и Герцеговина	Монако	Украина
Венгрия	Нидерланды	Финляндия
Германия	Норвегия	Франция
Греция	Польша	Хорватия
Грузия	Португалия	Черногория
Дания	Республика Молдова	Чехия
Израиль	Российская Федерация	Швейцария
Ирландия	Румыния	Швеция
Исландия	Сан-Марино	Эстония
Испания	Северная Македония	

Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

UN City, Marmorvej 51
DK-2100, Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00
Факс: +45 45 33 70 01
Email: eurocontact@who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int