



ОБЩЕСТВЕННОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ



*ТЕНДЕНЦИИ
И ПРОБЛЕМЫ*



Вологда • 2006



РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУК
ВОЛОГДСКИЙ НАУЧНО-КООРДИНАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ЦЭМИ РАН
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛОГДСКОЙ ОБЛАСТИ

ШМАТОВА Ю.Е., ФАЛАЛЕЕВА О.И., ГУЛИН К.А.

**ОБЩЕСТВЕННОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ:
ТЕНДЕНЦИИ И ПРОБЛЕМЫ**

ВОЛОГДА
2006

ББК51.1(2Рос-4Вол)
Ш71

Публикуется по решению
Ученого совета
ВНКЦ ЦЭМИ РАН

Шматова, Ю.Е. Общественное психическое здоровье: тенденции и проблемы / Ю.Е. Шматова, О.И. Фалалеева, К.А. Гулин. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2006. – 186 с.: ил.

Научные консультанты:

доктор экономических наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ
директор Вологодского НКЦ ЦЭМИ РАН

В. А. Ильин

кандидат медицинских наук, заслуженный врач России
начальник Департамента здравоохранения Вологодской области

А. А. Колянько

В книге рассмотрены теоретические подходы к изучению общественного психического здоровья, представлен разработанный на их основе методологический и методический аппарат исследования.

Монография содержит результаты измерения уровня психического здоровья населения Вологодской области, анализа социально-экономического ущерба от деструктивных явлений в данной сфере (психические и поведенческие расстройства, самоубийства, алкоголизм, наркомания и др.), оценки существующей в стране и регионе системы охраны психического здоровья и ее соответствия потребностям населения.

Предложены приоритетные направления и конкретные меры совершенствования межведомственной политики охраны, стабилизации и укрепления психического здоровья населения в регионе.

Книга предназначена руководителям и специалистам государственных и муниципальных органов управления, работникам сферы здравоохранения, широкому кругу ученых, преподавателям вузов, аспирантам, студентам, а также всем интересующимся проблемами охраны и укрепления здоровья населения.

Рецензент

доктор экономических наук, профессор
заведующий отделением ЦНИИ организации и информатизации
здравоохранения Министерства здравоохранения и социального развития РФ

А. Е. Иванова

ISBN 5-93299-083-X

© Шматова Ю.Е., Фалалеева О.И., Гулин К.А., 2006

© ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2006

© Департамент здравоохранения Вологодской области, 2006

ОГЛАВЛЕНИЕ

<i>Дмитриева Т.Б. К читателям</i>	5
<i>Введение</i>	6
Глава 1. Теоретико-методологические основы исследования	9
1.1. Теоретические подходы к исследованию психического здоровья населения и психических расстройств	9
1.2. Современные методики социально-экономического анализа в сфере психического здоровья	28
1.3. Используемые процедуры исследования	38
Глава 2. Исследование состояния психического здоровья населения Вологодской области	47
2.1. Оценка современного состояния общественного психического здоровья	47
2.2. Определение цены психического здоровья посредством стоимостного анализа	69
2.3. Оценка потребности населения региона в квалифицированной психологической и психиатрической помощи ...	84
Глава 3. Совершенствование организационно-экономических механизмов укрепления общественного психического здоровья в регионе	91
3.1. Анализ деятельности региональных органов охраны психического здоровья населения	91
3.2. Приоритеты региональной политики охраны психического здоровья	102

3.3. Программно-целевой подход к решению проблем психического здоровья на региональном уровне и формы его реализации	114
3.4. Система мониторинга общественного психического здоровья	120
<i>Заключение</i>	131
<i>Приложения</i>	136
1. Формулы расчета в различных методах экономического анализа в здравоохранении	137
2. Анкета (апрель 2004 г.)	139
3. Тесты, включенные в анкету	150
3.1. Тест ММРІ (сокращенный вариант)	150
3.2. Методика изучения социальной фрустрированности (Л.И. Вассерман)	153
3.3. Экспресс-диагностика невроза (К. Хек и Х. Хесс)	154
3.4. Методика измерения депрессивных состояний (Зунге)	156
3.5. Госпитальная шкала тревоги и депрессии	157
3.6. Блок вопросов по востребованности социально-психологической помощи и степени удовлетворенности ею жителей области	159
4. Перечень государственных учреждений, оказывающих социально-психологическую, психотерапевтическую, психиатрическую помощь населению Вологодской области	161
5. Направления мониторинга общественного психического здоровья населения региона	168
<i>Глоссарий</i>	172
<i>Литература</i>	175
<i>Сведения об авторах</i>	185

К ЧИТАТЕЛЯМ



С удовольствием представляю вам монографию Ю.Е Шматовой, О.И. Фалеевой и К.А. Гулина «Общественное психическое здоровье: тенденции и проблемы».

Авторы настоящего исследования, основываясь на современных достижениях, разработали методологический и методический аппарат исследования психического здоровья населения.

В результате проведенного исследования ими определены уровни психического здоровья различных групп населения Вологодской области, проанализированы прямые затраты и непрямые потери внутреннего регионального продукта вследствие психических и поведенческих расстройств, самоубийств, алкоголизма, наркомании и др., т.е. определена «стоимость болезни».

На основе изучения реальных потребностей населения в определенных видах психиатрической помощи и клинико-экономического анализа предложены современные подходы к планированию и управлению службы охраны психического здоровья. Авторами разработаны конкретные меры совершенствования межведомственной политики охраны, стабилизации и укрепления психического здоровья населения в регионе.

Использование предлагаемых авторами подходов и методов планирования и управления системой оказания психиатрической, психотерапевтической и наркологической помощи будет способствовать повышению доступности и качества психиатрической помощи.

ДМИТРИЕВА ТАТЬЯНА БОРИСОВНА

доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН
главный внештатный специалист-эксперт психиатр
Министерства здравоохранения и социального развития РФ
директор Государственного научного центра социальной и
судебной психиатрии им. В.П. Сербского

ВВЕДЕНИЕ

Главное богатство любой общественной системы – человеческий потенциал, в конечном счете определяющий могущество страны и общества. Страна с большим демографическим ресурсом при прочих равных условиях обладает и большей совокупной мощью. Разумеется, сам этот ресурс сегодня определяется не только и не столько количественными, сколько качественными параметрами¹, к которым относятся, среди прочих, физическое, психическое и социальное здоровье².

Полное физическое, психическое и социальное благополучие Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определила как здоровье, делая акцент на том, что под «здоровьем» нельзя понимать лишь отсутствие болезней или физических недостатков. Три стороны здоровья существуют как единое целое, обуславливая друг друга³. Говоря о здоровье, нужно иметь в виду не только физическое состояние человека, но и состояние его психоэмоциональной и ценностно-нравственной сфер, степень его социальной адаптации. Уровень психического здоровья популяции, степень распространенности в ней психических заболеваний, алкоголизма и наркомании, умственной отсталости, суицидов объединены в предложенное ВОЗ понятие «общественное психическое здоровье»⁴.

По мнению экспертов ВОЗ, масштаб проблемы дает основания рассматривать психические болезни, включая алкоголизм и наркоманию, в качестве основной угрозы здоровью и продуктивности

¹ Римашевская Н.М. Человеческий потенциал России и проблемы «сбережения населения» // Российский экономический журнал. – 2004. – №9-10. – С. 22-40.

² Римашевская Н.М. Качественный потенциал населения России: взгляд в XXI век // Проблемы прогнозирования. – 2001. – №3. – С. 34-48.

³ Ильина Л. Здоровье – это стиль и образ твоей жизни [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.yakutia.ru/~resp/n29290/2-33.htm>

⁴ Зозуля Т.В. Основы социальной и клинической психиатрии. – М.: Академия, 2001. – С. 9.

нации. Психическое здоровье является важным элементом воспроизводства образовательного и трудового потенциала общества, а психические расстройства имеют огромные негативные экономические и социальные последствия. ВОЗ выступает с аргументированных позиций признания первостепенными по важности проблем психического здоровья.

Психическими и поведенческими расстройствами страдает в течение жизни свыше 25% населения планеты¹. В списке десяти основных факторов нетрудоспособности психические заболевания занимают четыре позиции. Ущерб вследствие нервно-психических заболеваний в мире составляет 13% «мирового бремени болезней» (в которое входит 150 различных заболеваний). Причем если в группе неинфекционных заболеваний в 2002 г. они занимали третье место, уступая лишь сердечно-сосудистым и онкологическим, то в 2004 г. вышли на первое место². Наибольший урон наносят депрессивные расстройства (4,5%) и алкоголизм (1,4%). Около 79% всех психиатрических диагнозов составляют тревога и депрессия. По прогнозам экспертов ВОЗ, в первой четверти XXI века ущерб от нервно-психических заболеваний вырастет до 15,4%. Депрессивные расстройства к 2020 г. займут второе место в рейтинге оценки социального бремени различных заболеваний в мире вслед за ишемической болезнью сердца, а при снижении частоты последней в экономически развитых странах могут и лидировать. В странах со средними и высокими показателями самоубийств их «стоимость» (т.е. обусловленные суицидами потери) составляет до 1,5% годового валового внутреннего продукта (ВВП).

По данным Института мозга РАН, проблемы с психическим здоровьем в России имеют 15% детей, 25% подростков и 40% призывников. Ученые пришли к выводу о том, что каждый третий взрослый россиянин нуждается в психологической поддержке для противостояния стрессам³. Начиная с 1999 г. в Российской Федерации стремительно растет количество алкогольных психозов, увеличивается число женщин, страдающих алкоголизмом. По официальным

¹ World Health Organization. The World Health Report 2001. Mental health; new understanding, New hope. – Geneva: WHO, 2001. – 178 p.

² World Health Organization. The World Health Report 2004. – Geneva: WHO, 2004. – P. 126-131.

³ Римашевская Н.М. Человеческий потенциал России и проблемы «сбережения населения» // Российский экономический журнал. – 2004. – №9. – С. 22-40.

статистическим данным, число лиц, находящихся под наблюдением наркологических диспансеров, в России за последние 10 лет возросло в 9 раз. По уровню самоубийств она занимает второе место в мире после Литвы.

Вологодская область – один из тех российских регионов, в которых показатели общественного психического здоровья хуже, чем в целом по стране. Смертность от психических расстройств в регионе в период с 1991 по 2003 г. выросла в 10 раз и превышает среднероссийский показатель. Уровень алкоголизации населения превышает средний по России на 60%, уровень суицидов – на 40%, а предельно допустимый ВОЗ – в 2,5 раза.

Проблемы в сфере общественного психического здоровья оказывают негативное влияние на здоровье населения в целом, на формирование качества интеллектуального, трудового и человеческого потенциала, вызывают огромные социально-экономические потери, способствуют нарастанию в обществе напряженности. По мнению академика *Н.П. Федоренко*, затраты государства на здравоохранение и все другие «инвестиции в человека» должны рассматриваться не как непроизводительное потребление, а как инвестиции, дающие непосредственный хозяйственный эффект и в конечном счете обеспечивающие прирост национального богатства¹. В связи с этим возникает необходимость проведения исследований, направленных на изучение факторов и особенностей распространения психических расстройств, наркомании, алкоголизма, суицидов, на поиск путей укрепления и охраны общественного психического здоровья.

В данной книге представлены результаты одного из таких исследований, проведенного автором в 2001–2005 гг. под научным руководством директора ВНКЦ ЦЭМИ РАН доктора экономических наук, профессора В.А. Ильина. Очередным этапом работы была изданная в 2003 г. книга, обобщившая некоторые полученные результаты².

Цель настоящей работы – осмысление современных проблем общественного психического здоровья населения, существующих в регионе и России в целом, научное обоснование и выработка управленческих решений, направленных на сохранение качества человеческого потенциала.

¹ Федоренко Н.П. Россия на рубеже веков. – М.: Экономика, 2003. – С. 86.

² Гулин К.А., Фалалеева О.И., Ослопова Ю.Е. Проблемы психического здоровья населения. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2003. – 71 с.

ГЛАВА 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1.1. Теоретические подходы к исследованию психического здоровья населения и психических расстройств

Понятие «здоровье», по определению ВОЗ, охватывает сферы физического, социального и психического состояния индивида. Под физическим здоровьем понимается нормальная работа всех органов и систем человеческого организма. Социальное здоровье – это уважение общечеловеческих ценностей, морали и законов, успешная социальная адаптированность. Наконец, психическое здоровье – это состояние душевного благополучия, характеризующееся отсутствием болезненных психических проявлений и обеспечивающее адекватную условиям окружающей действительности регуляцию поведения, деятельности¹.

Основные причины роста числа психических расстройств в современном мире, по мнению экспертов ВОЗ, – это возрастание плотности населения; урбанизация; разрушение природной среды; усложнение производственных и образовательных технологий; лавинообразно нарастающий информационный прессинг; рост числа чрезвычайных ситуаций; ухудшение физического, в том числе репродуктивного, здоровья; рост числа травм головного мозга и родовых травм; интенсивное постарение населения. В результате всего этого стремительно растет число социальных аномалий, входящих в такое понятие, как «общественное психическое здоровье», и являющихся его неотъемлемой составляющей. Данное понятие было введено ВОЗ.

¹ Психология: Словарь / Под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – 2-е изд. – М., 1990.

Общественное психическое здоровье характеризуется уровнем распространенности в популяции психических болезней, алкоголизма и наркомании, умственной неполноценности, суицидов¹.

Под психическими болезнями (синоним – душевные болезни) понимаются, согласно Медицинской энциклопедии², болезни, обусловленные патологией головного мозга, проявляющиеся в виде расстройства психической деятельности. К психическим болезням относятся как грубые расстройства отражения реального мира с нарушениями поведения (психозы), так и легкие изменения психической деятельности (неврозы, психопатии). В результате психического заболевания возникает психическое расстройство, которое также может быть проявлением и других болезней, например некоторых инфекционных. Совокупность признаков психического расстройства называется психическим состоянием.

Алкоголизм, как толкуется в Медицинской энциклопедии³, – это неумеренное потребление спиртных напитков, оказывающее пагубное влияние на здоровье, быт, трудоспособность населения, благосостояние и нравственные устои общества. Хронический алкоголизм является заболеванием, характеризующимся совокупностью психических и соматических расстройств, возникших в результате систематического злоупотребления алкоголем. Наркомания, согласно той же энциклопедии, определяется как хроническое заболевание, вызываемое злоупотреблением лекарственными или нелекарственными наркотическими средствами. Ранняя алкоголизация и злоупотребление наркотиками относятся к так называемому аддиктивному поведению.

Суицид – это умышленное лишение себя жизни. Раньше полагали, что самоубийство совершают только психически больные люди. Современная концепция суицидов рассматривает их как следствие социально-психологической дезадаптации (или кризиса) личности в условиях переживаемых ею микроконфликтов.

Алкоголизм, наркомания и суицид являются формами аутоагрессивного поведения. Первые две формы – скрытые. Аутоагрессия – это любое насильственное действие, направленное против собственной личности.

¹ Зозуля Т.В. Основы социальной и клинической психиатрии. – М.: Академия, 2001. – С. 9.

² Медицинская энциклопедия: в 10 т. [Электронный ресурс]. – М.: Новый Диск, 2003. – 2 электрон. опг. диска (CD-ROM).

³ Там же.

Общественное психическое здоровье – индикатор интеллектуального и нравственного состояния общества, его духовного потенциала¹.

Представления о психическом здоровье меняются и развиваются вместе с развитием общества, науки и практики оказания помощи. Важнейшими достижениями в разработке проблемы психической патологии на современном этапе можно считать все большее признание интегративного подхода, тенденцию к синтезу различных частных научных воззрений, за которыми стоят знания и практика разных специалистов (психиатров, психологов, социологов, экономистов), отказ представителей различных наук от претензии на владение истинным знанием². В современной психиатрии, а также клинической психологии биологический и психологический редукционизм сменяются осознанием необходимости целостного комплексного подхода к проблеме психических расстройств.

Начиная с конца 1950-х годов в мире стали проводиться систематические междисциплинарные исследования, доказавшие влияние не только биологических, но и социальных и социально-экономических факторов на распространение и течение психических заболеваний (биопсихосоциальная модель). Перечислим наиболее значимые направления в этой области.

1. Кросскультурные исследования³ доказали, что число депрессивных нарушений выше в тех культурах, где в процессе воспитания детей применяются жесткие стандарты и требования с частой критикой и наказаниями за отклонения от них, где существует модель замкнутого существования с изоляцией от остального мира и концепцией восприятия окружения как враждебного, а жизни как труд-

¹ Зогуля Т.В. Основы социальной и клинической психиатрии. – М.: Академия, 2001. – С. 9.

² Холмогорова А.Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа изучения психических расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – Т. 12. – Вып. 3. – С. 97-104.

³ Brugha T.S. Social support and psychiatric disorder overview of evidence // Social support and psychiatric disorder. – Cambridge: University Press, 1995. – P. 18-35; Ciompi L. Affektlogik – Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung. – Stuttgart: Klett-Cotta, 1994; Engel G.L. The clinical application of the biopsychosocial model // Am. J. Psychiatry. – 1980. – V. 137. – P. 535-544; Lipowski Z.J. Holistic – medical foundations of American psychiatry: a bicentennial // Am. J. Psychiatry. – 1981. – V. 138. – №7. – P. 975-989.

ной и опасной («юдоли скорби»), где особо значимы индивидуальные достижения. К носителям такой культуры относятся, например, племена индейцев, проживающих в США ¹, а также католические сообщества ².

2. Я.Л. Морено ³ [95] ввел понятие «социального атома» как всей системы социальных связей человека и термин «социальной смерти», желая подчеркнуть, что резкое сужение поддерживающих социальных связей в социальном атоме может приводить к преждевременному старению, способствовать развитию психических и физических недугов. Таким образом, Морено был одним из первых психиатров, призывавших работать с социальным окружением больных в целях психопрофилактики и с социальным окружением здоровых людей ради создания положительно заряженного эмоционального поля, в целительном действии которого он убеждался и в психиатрических больницах, и на обычных предприятиях. Исследования связи, существующей между социальным положением и психическими заболеваниями, выявили большее распространение последних среди городского населения по сравнению с сельским, а в городе – главным образом среди малообеспеченных социальных слоев ⁴.

3. Исследования госпитализма или длительного пребывания в клинике (institutionalism) продемонстрировали, что к наиболее существенным его последствиям относятся разрушение социальных связей больного и утрата социальных навыков ⁵.

4. Работы в рамках теории ярлыков (labeling-theory) показали: психические нарушения ведут к «наклеиванию ярлыка» психически больного, а «ярлык» усугубляет болезнь за счет неадекватного отношения к больному и его заболеванию со стороны социального

¹ Eaton J.W., Weil R.L. Culture and mental disorders. – NY: Glencoe Free press, 1955. – 128 p.

² Parker S. Eskimo psychopathology in the context of Eskimo personality and culture // Am. anthropologist. – 1962. – Vol. 64. – P. 76-96.

³ Лейтц Г. Классическая психодрама Я.Л. Морено. Теория и практика. – М.: Прогресс, 1994. – 248 с.

⁴ Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer / S.A. Everson, D.E. Goldberg, G.A. Caplan, J.T. Salonen // Psychosomatic Medicine. – 1996. – V. 58. – P. 113-121.

⁵ Wing J. Institutionalism and schizophrenia / J. Wing, G. Broun. – Cambridge, 1970. – 214 p.

окружения¹. Для характеристики последствий предвзятого отношения к психическим нарушениям исследователи применяют термин «стигматизация» (stigmatisation). Стигма – устойчивое труднопреодолимое убеждение. В более широком смысле – это исключение из социума определенных групп лиц на основании их непохожести на большинство представителей общества. Уровень и формы стигмы меняются в зависимости от степени цивилизованности общества и его культуры². Причем в рамках данной теории доказано, что стереотипы восприятия «безумия», вырабатываются еще в детстве и постепенно закрепляются, зачастую неумышленно, в процессе обычных социальных отношений³.

5. Ряд работ посвящен проблеме влияния стрессогенных жизненных событий на возникновение и течение психических заболеваний (stressful life events study)⁴. Имеются в виду стрессы вследствие смерти близких людей, разлуки, развода.

6. Работы, направленные на изучение влияния коммуникативного стиля семьи на течение заболевания, установили зависимость между частотой обострений болезни и уровнем эмоциональной экспрессии в семье. Так, высокий уровень семейной критики и других негативных эмоций вдвое увеличивает количество рецидивов заболевания⁵, конфликтное поведение родителей, направленное на одного из подростков, объясняет более 60% проявлений его асоциального поведения и 37% – симптомов депрессии⁶. Заброшенность ребенка⁷, физическое, сексуальное насилие⁸ и депривация в первые годы жизни может задержать развитие коры головного мозга.

¹ Scheff T.J. On being mentally ill. – London, 1999. – 72 p.

² Зозуля Т.В. Основы социальной и клинической психиатрии. – М.: Академия, 2001. – С. 199.

³ Scheff T.J. Das Etikett der Geisteskrankheit. – Frankfurt, 1973. – 144 s.

⁴ Brown G.W., Birley J.L. Crises and life changes and the onset of schizophrenia // J. Health Soc. Behav. – Albany, 1968. – Vol. 9. – №3. – P. 203-235.

⁵ Brown G.W., Birley J.L., Wing J.K. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders // Br. J. Psychiatry. – 1972. – V. 121. – № 562. – P. 241-258.

⁶ Reiss D., Hetherington E.M., Plomin R. Genetic questions for environmental studies – differential parenting and psychopathology in adolescence // Arch. Gen. Psychiatry. – 1995. – V. 52. – P. 925-936.

⁷ Габбард Г. Нейробиологические аспекты психотерапии // Обзор современной психиатрии. – 2001. – №2. – С. 8-14.

⁸ Bremner J.D., Randall P., Vermetten E. Magnetic resonance imaging based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse A preliminary report // Biol. Psychiatry. – 1997. – V. 41. – P.23-32.

В отечественной психиатрии о необходимости перехода к биопсихосоциальной модели неоднократно писали также *И.Я. Гурович* и его сотрудники¹, *А.Б. Холмогорова*². Биопсихосоциальная модель является важным шагом на пути преодоления биологического, психологического и социологического редукционизма в подходе к проблеме психического здоровья человека.

Вывод о сложной многофакторной биопсихосоциальной природе психических расстройств привел к тому, что во всем мире все большее значение стала приобретать социальная психиатрия, направленная на изучение роли социальных и социально-психологических факторов, и взаимоотношений больных с их окружением в возникновении и течении психических заболеваний³.

Социальная психиатрия как научная дисциплина не имеет четких границ и находится на пересечении психиатрии, социологии и психологии⁴. Она представляет собой самостоятельный раздел психиатрии, изучающий социальные аспекты психических заболеваний. К ним относятся влияние социальных, культуральных, этнических и экологических факторов на психическое здоровье; связь этих факторов с распространенностью, возникновением, клиническими проявлениями и динамикой психических расстройств, а также возможности социальных воздействий в терапии, реабилитации и профилактике психической патологии⁵. Это наиболее полное определение социальной психиатрии было дано сотрудниками Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского (*Т.Б. Дмитриева, Б.С. Положий*). Практическая цель

¹ Гурович И.Я. Психическое здоровье населения и психиатрическая помощь в России: Материалы XIII съезда психиатров России, г. Москва, 10-13 октября 2000 г. – М., 2000. – 421 с.; Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. Социальная психиатрия и социальная работа в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8. – №4. – С. 5-20.

² Холмогорова А.Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа изучения психических расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – Т. 12. – Вып. 3. – С. 97-104.

³ Finzen A. Sozialpsychiatrie als Sozialwissenschaft // Schweizer Archiv Fur Neurologie und Psychiatrie. – Zurich, 1987. – Bd. 38. – №6. – S. 25-34.

⁴ Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. Психосоциальная реабилитация в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – Т. 11. – №3. – С. 5-13.

⁵ Зозуля Т.В. Основы социальной и клинической психиатрии. – М.: Академия, 2001. – С. 6

данной дисциплины – выздоровление и реабилитация психически больного человека посредством оптимальной организации его социально-психологической среды¹.

В современных условиях все более отчетливо выявляется зависимость психического здоровья людей от социальных факторов, условий их жизни. Остановимся на этом подробнее.

Концентрированным индикатором для фиксации воздействия различных социально-экономических, политических, экологических и других факторов на социально-психологический климат и психическое состояние населения выступает социальное настроение, которое отражает особенности психической направленности, состояние духовной атмосферы общества в процессе экономического реформирования. Эмоциональное состояние людей, их поведение зависят от остроты социальных проблем и противоречий, удовлетворения социальных интересов, характеризующих деятельность человека². Социальное настроение состоит из двух внутренне сочлененных компонентов – социального и психологического³. Преобладание негативных тенденций в настроении на протяжении довольно длительного времени не может не сказываться на психическом состоянии человека. При слабоинтенсивных аффектах изменения в нервной системе незначительны и компенсируются силой воли самого человека. Во время сильных аффектов его работоспособность нарушается на некоторое время. Длительное действие слабых раздражителей отрицательного характера, особенно если они являются непрерывными, в итоге может привести к срыву деятельности нервной системы.

В последнее время в среде психических отклонений различной степени тяжести выделяются особые психосоциальные расстройства, обусловленные во многом именно социальными причинами (общая интенсификация жизни, повышение требований к человеку, смена

¹ Гурович И.Я. Психическое здоровье населения и психиатрическая помощь в России: Материалы XIII съезда психиатров России, г. Москва, 10-13 октября 2000 г. – М., 2000. – 421 с.; Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. – СПб., 1998. – 258 с.

² Гулин К.А. Духовное здоровье населения Вологодской области // Народонаселение. – 2000. – №4. – С. 117-124.

³ Тощенко Ж.Т., Харченко С.В. Социальное настроение [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://soc.rsuh.ru/index.php?option=content&task=view&id=195&Itemid=55>

социальных ценностей, резкое расслоение общества по уровню доходов, обнищание, безработица, социальные и национальные конфликты, техногенные аварии и катастрофы, войны, терроризм и пр.). В этой связи выделяются потенциальные группы риска – категории населения, находящиеся в ситуациях, способствующих более высокой опасности заболевания психическими и соматическими болезнями (беженцы и перемещенные лица; люди, живущие за чертой бедности; дети – сироты, выгнанные родителями из дому, живущие в обстановке насилия или совместно с алкоголиками и наркоманами; люди, живущие или побывавшие в зоне военных действий или вооруженных конфликтов, и т.п.). К особым «группам риска» отнесены лица, злоупотребляющие алкоголем, наркотиками и токсическими веществами, общее число которых в мире неуклонно растет. От психосоциальных расстройств страдают не только сами заболевшие, но и их родные, близкие, соседи, все общество в целом¹.

Существует категория больных, помощь которым в России пока практически отсутствует, и точных данных об их числе нет. Это лица с *посттравматическим стрессовым расстройством* (ПТСР). Их психическое состояние непосредственно связано с потрясениями последнего времени (войны, природные и техногенные катастрофы, взрывы в мирных городах и др.). Проводятся исследования² ПТСР, которые также подтверждают влияние на психическое состояние человека социальных и экономических факторов.

В 1991 г. сотрудниками Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского было высказано предположение о наличии группы так называемых *социально-стрессовых расстройств* (ССР), основанное на анализе состояния психического здоровья населения республик бывшего Советского Союза, наблюдавшегося во время начавшейся во второй половине 1980-х гг.

¹ Ютан К. Что такое охрана психического здоровья [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.aiha.com/russian/pubs/fall00/intro03.cfm>.

² Elliott D.M. Traumatic events prevalence and delayed recall in the general population // J. Consult Clm Psychol. – 1997. – V. 65. – №5. – P. 811-820; Post traumatic stress disorder in the community an epidemiological study/ J.R. Davidson, D. Hughes, D.G. Blazer, L.K. George // Psychological Medicine.– 1991. – V. 21. – №3. – P. 713-721; Тукаев Р.Д. Психическая травма и суицидальное поведение: аналитический обзор литературы с 1986 по 2001 годы // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13. – Вып. 1. – С. 151-163.

перестройки общества¹. Следует отметить, что социально-стрессовые расстройства не являются диагнозом по классификации МКБ-10 (как ПТСР), а во многом тождественны ранее приведенному понятию «психосоциальные расстройства». ССР проявляются в различных клинических диагнозах (тревожно-депрессивные, невротические и другие расстройства). Они представляют собой особую группу психических расстройств и развиваются прежде всего у людей, находящихся под влиянием макросоциальных общегрупповых психогенных факторов. ССР принципиально не отличаются от других нарушений, наблюдаемых в обычных и экстремальных условиях, однако они обусловлены общими причинами и одновременно развиваются у большого числа людей.

Массовому распространению ССР в России способствовала ситуация, сложившаяся с началом рыночных реформ. Радикальные и далеко не всегда продуманные изменения, происходившие в стране, вызвали изменение образа жизни, дискредитацию или игнорирование (на властном уровне, уровне различных элит, СМИ и пр.) одних ценностей в условиях, когда другие либо еще не найдены, либо не принимаются обществом. Значительное количество людей утратили смысл жизни, испытывают трудности социальной адаптации и самореализации. Реальностью стали снижение или исчезновение у конкретного человека психической установки на перспективу – мотивации на лучшую жизнь и деятельность на благо общества. Развивающиеся вследствие этого состояния психоэмоционального перенапряжения и психической дезадаптации по существу являются своеобразной коллективной травмой. Затянувшийся и нарастающий характер воздействия негативных внешних факторов обусловил множество мелких внутриличностных и межличностных конфликтов. Эти конфликты в силу своей массовости создали огромный и трудноклассифицируемый конгломерат социально-психологической напряженности, на фоне которого у многих людей формируются психологические (доклинические) и клинически оформившиеся варианты социально-стрессовых расстройств².

¹ Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства при соматических заболеваниях [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.consilium-medicum.com/media/psycho/>

² Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 1992. – №2. – С. 3-12.

Они, в свою очередь, способствуют ухудшению здоровья, заболеваниям, высокой смертности. В итоге страна теряет большое количество людей, утрачивается ее интеллектуальный, духовный, производственный и воспроизводственный потенциал.

По мнению члена-корреспондента РАН *Н.М. Римашевской*, ухудшение здоровья россиян в 1990-е гг. также в значительной мере явилось следствием социально-экономических реформ, которые разворачивались без использования необходимых социальных «предохранителей»¹. Избранная для реализации в постсоветской России «шоковая» модель трансформации априори была «безразлична» к возможностям медико-биологической адаптации человека к радикально меняющимся условиям жизни. Роковую роль сыграло перманентное гипертрофированное стрессовое состояние людей, снижающее сопротивляемость организма и вызывающее характерные патологические изменения. «Шоковые» ситуации активизировали и другой деструктивный механизм, сопряженный с нарушением того «динамического стереотипа», который, как известно еще со времен *И.П. Павлова*, обеспечивает устойчивое и экономное функционирование организма. Подобное нарушение подавляет его адаптационные возможности и вызывает у человека депрессии и другие психические расстройства.

Академик РАН *Д.С. Львов* также считает, что необходимо осознать «летальную» опасность продолжения нынешнего курса реформ, оградить общество от безнравственных лидеров и перейти к нравственной экономике. По его мнению, сделать это можно с помощью соответствующих законов, возлагающих на власть всю меру ответственности, вплоть до уголовной, за выполнение принятых на себя общественных обязательств. Вот тогда вымирание народа прекратится, нравственный климат в экономике и обществе восстановится². Большую, если не определяющую, роль в этом процессе *Д.С. Львов* отдает Церкви. В историческом плане у России нет другой более значимой константы сохранения и развития населяющих ее народов. Во все времена Церковь скрепляла общество, сохраняла нравственное здоровье нации. Нынешняя тяга населения к религии не случайна: она отражает начавшийся процесс выздоровления нации.

¹ Римашевская Н.М. Человеческий потенциал России и проблемы «сбережения населения» // Российский экономический журнал. – 2004. – №9. – С. 22.

² Львов Д.С. Экономика развития. – М.: Экзамен, 2002. – С. 140.

В своих выводах Д.С. Львов опирается на результаты многолетних исследований доктора медицинских наук *И.А. Гундарова*, которые позволили выявить причинно-следственную связь эпидемии смертности с трансформационными процессами в экономике последних лет¹. Главная причина – разрушение духовно-нравственного здоровья нации в результате проводимых «шоковых» реформ.

И.А. Гундаров сосредоточил внимание на исследовании факторов, послуживших причинами негативных изменений в общественном здоровье, и провел обстоятельное эпидемиологическое обследование, направленное на выяснение причин эпидемии инфарктов и инсультов, возникшей с началом радикальных реформ в России. В своем исследовании он обосновал вывод о том, что в России отсутствуют «биологические» и «социально-гигиенические» предпосылки для роста сердечно-сосудистых заболеваний (например, снизился уровень содержания холестерина в крови, уменьшилась степень гиподинамии, улучшилась экологическая ситуация и пр.). В этой связи ученый обратился к анализу фактора стресса.

В России наблюдается существование ряда социально-культурных тенденций, которые оказывают воздействие на психическое здоровье. Это ослабление семейных, соседских связей и взаимопомощи, все более усиливающееся у индивидуумов чувство отчужденности от государственной власти и системы управления, превалирование материальных ценностей над духовными, распространение половой свободы, быстрое увеличение социальной и географической мобильности. Кризисное состояние общества, резкие экономические изменения, сопровождаемые снижением уровня жизни, смена ценностей и идеологических представлений, межнациональные конфликты, а также природные и техногенные катастрофы, вызывающие миграцию населения, ломка жизненных стереотипов существенным образом отражаются на психическом состоянии людей, порождают у них стрессы, фрустрацию, тревогу, чувство неуверенности, депрессию².

¹ Гундаров И.А. Демографическая катастрофа в России: причины, механизмы, пути преодоления.– М.: УРСС, 2001. – 164 с.

² Гундаров И.А. Духовное неблагополучие как причина демографической катастрофы: почему умирают в России, как нам выжить? – М.: Медиа-Сфера, 1995. – 100 с.

Эта тенденция выражается, в первую очередь, в росте психосоматических – сердечно-сосудистых и иных «болезней цивилизации», в чрезмерной наркотизации и алкоголизации населения, в увеличении смертности от них, а также от несчастных случаев, травм и отравлений. Психосоматические расстройства – психогенно либо преимущественно психогенно обусловленные нарушения функций внутренних органов или физиологических систем (кровообращения, дыхания, пищеварения, мочеотделения и т.п.)¹. Противоположное этому понятие «соматопсихические расстройства» включает различные, обычно достаточно тяжелые психические нарушения, возникающие вследствие острых или хронических органических заболеваний внутренних органов или физиологических систем.

Сегодня в результате большого количества эпидемиологических наблюдений выявлено, что жизнеспособность человека в значительной мере зависит от его психологического состояния. Наличие выраженной депрессии ухудшает физическое здоровье², в 1,5–2 раза увеличивает смертность³. Безысходность, подавленность, бессмысленность жизни, тревожность приводят к угнетению иммунной системы, что способствует развитию раковых заболеваний⁴. Наличие у человека озлобленности, враждебности, цинизма, гневливости ведет к значительному сокращению продолжительности его жизни⁵.

¹ Мальцев В.И., Ефимцева Т.К., Белоусов Д.Ю. Типы и методы проведения фармакоэкономических исследований [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.apteka.ua/apteka/contribution/s_358_37_230902_021.asp

² Kopp M., Skrabski A., Szedmak S. Psychosocial risk factors, inequality and self-rated morbidity in a changing society // *Social science and medicine*. – 2000. – V. 51. – P. 1351-1361; Psychological stress and incidence of ischemic heart disease / I. Moore, F. Meyer, M. Perusse, B. Candtin, G. Danenais, I. Bairati, J. Savard // *Journal of Epidemiology*. – 1999. – V. 28. – P. 652-658.

³ Appels A. The year before myocardial infarction. – Basel: Karger, 1983. – 204 p.; Furner R., Dufouil C., Antonucci T.C. Psychological disorder and mortality in French older adult: do social relation modify the association? // *American Journal of Epidemiology*. – 1999. – V. 149. – №2. – P. 116-126.

⁴ Everson S.A., Goldberg D.E., Caplan G.A., Salonen J.T. Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer // *Psychosomatic Medicine*. – 1996. – V. 58. – P. 113-121; Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. – М., 1999. – 287 с.

⁵ Everson A., Kauhanen J. Hostility and increased risk of mortality infarction: the mediating role of behavioral risk factors // *American Journal of the Epidemiology*. – 1998. – V. 146. – №2b. – P. 142-152.

А ощущение социальной значимости и полезности, наличие планов на будущее, желание жить, удовлетворенность бытием, напротив, создают предпосылки для ее увеличения. Таким же эффектом обладают и социальные связи, общественная поддержка¹. Стремление к познанию, активная умственная деятельность снижают риск опасных для жизни заболеваний².

Поэтому в последние десятилетия все большее значение приобретает проблема помощи так называемому внедиспансерному контингенту больных. Расстройства у этих пациентов носят клинически невыраженный, «стертый», характер и поэтому длительное время остаются нераспознанными. Больные годами безуспешно лечатся у врачей общих специальностей, прежде чем наконец попадают в поле зрения психотерапевтов, психиатров.

К психосоматическим расстройствам традиционно относятся прежде всего артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, неспецифический язвенный колит, бронхиальная астма³.

По данным различных исследований, число больных с психическими расстройствами в общесоматической сети колеблется в широких пределах – от 10 до 50% всех обратившихся за медицинской помощью⁴. По данным исследования, проведенного в различных странах мира, клинически значимые проблемы психического здоровья обнаруживаются у четверти пациентов общей медицинской сети: это прежде всего депрессии, тревожные и соматоформные расстройства, а также злоупотребление алкоголем⁵. Согласно

¹ Furner R., Dufouil C., Antonucci T.C. Psychological disorder and mortality in French older adult: do social relation modify the association? // *American Journal of Epidemiology*. – 1999. – V. 149. – №2. – P. 116-126; Rose R. How much does social capital add to individual health? A survey and mortality in nursing homes // *Social science and medicine*. – 2000. – V. 51. – P. 1421-1425.

² Smith C.H., Deeg D. Cognitive functioning and health as determinants of mortality in an older population. // *American Journal of Epidemiology*. – 1999. – V. 150. – №9. – P. 978-986.

³ Краснов В.Н. Психиатрические расстройства в общей медицинской практике [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.rmj.ru/main.htm/rmj/t9/n25/1187.htm>

⁴ Козырев В.Н. Модели интеграции психиатрической службы в систему медицинской помощи населению: Автореф. на соиск. уч. ст. д-ра мед. наук: 08.00.14. – М., 2001.

⁵ Ustun T.B., Sartorius N. *Mental Illness in General Health Care: An International Study*. – Chichester: Wiley, 1995. – 189 p.

другому исследованию¹, выраженные симптомы психических расстройств продолжительностью не менее 1 недели в течение календарного года могут быть выявлены у 31,5% популяции, а расстройства, соответствующие определенным диагностическим категориям психических расстройств, – у 10,5% популяции. Сплошное обследование больных на терапевтическом участке одной из территориальных поликлиник г. Москвы, проведенное под руководством Ю.А. Александровского (Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского), показало, что пограничные психические расстройства имеют более половины из них (51,6%). Причем при заболеваниях органов пищеварения вторичные психопатологические проявления отсутствуют лишь в 10% случаев². По мнению А.Б. Смулевича, частота психосоматических расстройств среди населения достаточно высока и варьируется в пределах от 15 до 50% (в общей медицинской практике – от 30 до 57%)³.

Неврозы всегда считались классическим примером расстройств, «пограничных» между соматической медициной и психиатрией. Поэтому в их диагностике и терапии принимали участие самые разные специалисты, отнюдь не только психиатры. Неврозы – обратимые пограничные психические нарушения, осознаваемые больными, обусловленные воздействием психотравмирующих факторов и протекающие с эмоциональными и соматовегетативными расстройствами⁴. Основной причиной возникновения неврозов является психическая травма.

Безусловно, наиболее значимой и перспективной клинической категорией в качестве объекта взаимодействия врачей общей практики и психиатров являются депрессии. Депрессия – это состояние, характеризующееся угнетенным или тоскливым настроением и снижением психической активности, сочетающимися с двигательными

¹ Годдберг Д., Хаксли П. Распространенные психические расстройства: биосоциальная модель: Пер. с англ. – К.: Сфера, 1999. – 255 с.

² Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства при соматических заболеваниях [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.consilium-medicum.com/media/psycho/>

³ Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // <http://www.consilium-medicum.com/media/psycho/>

⁴ Медицинская энциклопедия: в 10 т. [Электронный ресурс]. – М.: Новый Диск, 2003. – 2 электрон. опт. диска (CD-ROM).

расстройствами и разнообразными соматическими нарушениями¹. Депрессия с полным основанием может рассматриваться как обще-медицинская, а отнюдь не только психиатрическая проблема. Это связано со спецификой клинических проявлений депрессий, в существенной мере затрагивающих различные соматические функции, сон, общую активность и физический тонус.

Депрессия может провоцировать соматическое заболевание (например, ишемическую болезнь сердца, артериальную гипертензию), являясь фактором, ухудшающим прогноз таких болезней, как паркинсонизм, диабет, злокачественные новообразования, СПИД и др. Клинически очерченная депрессия у соматических больных чаще приводит к инвалидизации, чем отдельно взятое соматическое заболевание. Депрессия повышает и риск летального исхода соматического заболевания².

В рамках данного исследования была поставлена задача определения масштабов распространения среди населения пограничных психических расстройств: неврозов, тревоги и депрессии.

В силу существующих предубеждений и опасений население предпочитает не обращаться по поводу депрессивных расстройств в психиатрические учреждения, обладающие наибольшим опытом и необходимым арсеналом методов диагностики и лечения депрессий. Между тем, при изменении системы помощи больным, страдающим депрессиями в их обычных непсихотических формах, их лечение может осуществляться в медицинских учреждениях общего типа, в частности в наиболее доступных из них – территориальных поликлиниках. Разумеется, это предполагает существенные изменения в системе профессиональной подготовки и организации работы участковых терапевтов.

Масштаб проблем психического здоровья нации требует существенных изменений в организации соответствующей консультативной и лечебной помощи вместе с развитием новых ее форм, выходящих за рамки традиционной специализированной психиатрической службы, и с объединением усилий различных специалистов: психи-

¹ Там же.

² Дубницкая Э.Б. Психосоматические соотношения при депрессиях у больных с соматическими заболеваниями // Психотерапия и психофармакотерапия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.consilium-medicum.com/media/psycho/>

атров, терапевтов, кардиологов, неврологов, психологов и социальных работников¹. Новая система организации специализированной психиатрической помощи обеспечит значительное снижение экономического бремени психических расстройств².

Доминирующая тенденция в экономически развитых странах на протяжении последних 40 лет, как указывают многие авторы, заключается во внедрении в здравоохранительную практику принципов общественно-ориентированной психиатрической службы³. При всех особенностях формирования этих служб в разных странах, несмотря на появляющиеся критические выступления, указанная концепция сохраняет свои позиции, а совершенствование психиатрической помощи связано с дальнейшим развитием этой тенденции.

Общественно-ориентированная психиатрия на начальной стадии своего развития была связана с быстро нарастающими изменениями (деинституционализацией) в психиатрических службах ряда стран. Эти изменения обуславливались, скорее, социальным движением, целью которого являлась интеграция психически больных в социальную реальность. Лишь в дальнейшем общественно-ориентированная психиатрия обрела большую методологическую обоснованность, опираясь на понимание многофакторности генеза психических расстройств – их биопсихосоциальной природы. Была разработана организационная структура помощи, обозначен ее полипрофессиональный характер, большое значение стало иметь ее методическое оснащение, прежде всего, система психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации больных.

¹ Краснов В.Н. Психиатрические расстройства в общей медицинской практике [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.rmj.ru/main.htm / rmj/ t9/ n25/ 1187.htm](http://www.rmj.ru/main.htm/rmj/t9/n25/1187.htm)

² Козырев В.Н. Модели интеграции психиатрической службы в систему медицинской помощи населению: Автореф. на соиск. уч. ст. д-ра мед. наук: 08.00.14. – М., 2001.

³ Mueser K.T., Bond G.R., Drake R.E., Resnick S.G. Models of community care for severe mental illness A review of research on case management // *Schizophrenia Bull.* – 1998. – V. 24. – №1. – P. 37-74; Thornicroft G. Becker T., Holloway F. Community mental health teams evidence or belief // *Br. J. Psychiatry.* – 1999. – V. 175. – P. 508-513; Thornicroft G., Sussner G. Evidence-based psychotherapeutic interventions in the community care of schizophrenia (Editorial) // *Br. J. Psychiatry.* – 2001. – V. 178. – P. 2-4; Tyrer P. Cost-effective or profligate community psychiatry // *Br. J. Psychiatry.* – 1998. – V. 172. – P. 1-3; Tyrer P. Whither community care (Editorial) // *Br. J. Psychiatry.* – 1998. – V. 173. – P. 359-360; Ньюфельдт О.Г. Принципы и практика общественной психиатрии // *Социальная и клиническая психиатрия.* – 2002. – Т. 12. – №3. – С. 5-13.

Таким образом, общественно-ориентированная психиатрическая служба в настоящее время является наиболее эффективной и перспективной. Это общий путь совершенствования психиатрической помощи, в том числе и для отечественной психиатрии.

Рассмотрим следующие основные принципы или концептуальные основы общественно-ориентированной психиатрии, выделенные И.Я. Гуровичем и Я.А. Сторожаковой¹ и поддерживаемые различными учеными:

1. Более полное перемещение психиатрической помощи непосредственно в социальную сферу (этот принцип также отстаивает Дж. Лефф²). Расширение сети учреждений, оказывающих психологическую помощь, и повышение доступности их услуг для населения.

2. Отказ от замкнутости традиционной матрицы специализированной службы и использование других государственных и общественных структур (сеть психотерапевтических кабинетов³, совместная работа с гастроэнтерологами, кардиологами⁴; реализация идеи геронтопсихиатрического кабинета в Центре социального обслуживания⁵). Отсутствие квалифицированной психиатрической помощи в общесоматической сети не только сказывается на утяжелении состояния больного, но и приводит к снижению его трудоспособности (у части пациентов – к инвалидности), резкому

¹ Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. Общественно-ориентированная психиатрическая служба (служба с опорой на общество) // Клиническая и социальная психиатрия. – 2003. – Т. 13. – Вып.1. – С. 5-10.

² Leff J. Why is care in the community perceived as a failure // Br. J. Psychiatry. – 2001. – V. 179. – P. 381-383.

³ Богдан М.Н. Пациенты психиатрического кабинета поликлиники: недовыявленные диспансером больные или новый контингент? // Журнал ин-та невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1997. – Т. 97. – №3. – С. 53-56; Богдан М.Н., Долгов С.А., Ротштейн В.Г. Эпидемиология депрессий // Депрессии и коморбидные расстройства / Под ред. А.Б. Смулевича. – М., 1997. – С. 139-164; Ковалев В.В., Гурович И.Я. О внедиспансерном разделе психиатрической помощи // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1986. – Т. 86. – №9. – С. 1410-1416; Козырев В.Н. Интегрированная медицина – модель организации помощи больным с депрессивными расстройствами // Депрессии в общемедицинской практике. – М, 2000. – С. 121-128.

⁴ Краснов В.Н. Выявление и лечение депрессий в первичной медицинской сети: Науч.-практ. программа // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – Т.9. – №4. – С. 5-9; Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства (клинические аспекты) // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – Т. 7. – №1. – С. 5-18.

⁵ Полищук Ю.И. и др. Анализ некоторых показателей состояния психического здоровья пенсионеров, посещающих территориальный центр социального обслуживания // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – Т. 7. – №3. – С. 25-30.

ухудшению качества жизни. Возрастают финансовые затраты соответствующих предприятий, родственников, самих пациентов и учреждений здравоохранения¹.

3. Изменение структуры психиатрической службы на принципах деинституционализации, децентрализации, приближения к населению в условиях маломасштабного социального окружения.

4. Полипрофессиональное бригадное обслуживание, как наиболее адекватное для службы с опорой на сообщество².

5. Оказание помощи с участием социального (микросоциального) окружения (наиболее эффективна работа с семьей³).

6. Система психосоциального (наряду с фармакотерапией) лечения и психосоциальной реабилитации.

7. Обеспечение доступа ко всем организациям и учреждениям в сообществе (районе обслуживания), деятельность которых могла бы быть использована для улучшения социального функционирования и качества жизни больных.

В настоящее время различают⁴ несколько основных вариантов участия психиатров в деятельности первичного медицинского звена:

– смещенная амбулаторная модель (психиатр работает в структуре амбулаторного поликлинического учреждения, самостоятельно принимает больных, которых направляют ему врачи поликлиники);

¹ Козырев В.Н. Интегрированная медицина – модель организации помощи больным с депрессивными расстройствами // Депрессии в общемедицинской практике. – М., 2000. – С. 121-128.

² Liberman R.P. Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients.–Washington: DC American Psychiatric Press, Inc, 1988. – 311 p.; Mueser K.T., Bond G.R., Drake R.E., Resnick S.G. Models of community care for severe mental illness A review of research on case management // Schizophrenia Bull. – 1998. – V. 24.– №1. – P. 37-74; Scott J.E., Dixon L.B. Assertive community treatment and case management for schizophrenia // Schizophrenia Bull. – 1995. – V. 21. – №4.– P. 657-668; Simmonds S., Coid J., Joseph P. Community mental health team management in severe mental illness a systematic review // Br. J. Psychiatry. – 2001. – V. 178. – P. 497-502; Thornicroft G., Becker T., Holloway F. Community mental health teams evidence or belief // Br. J. Psychiatry. – 1999. – V. 175. – P. 508-513; Thornicroft G., Susser E. Evidence-based psychosocial interventions in the community care of schizophrenia (Editorial) // Br. J. Psychiatry. – 2001. –V. 178. – P. 2-4;

³ Tyrer P. Cost-effective or profligate community psychiatry // Br. J. Psychiatry. – 1998. – V. 172. – P. 1-3; Tyrer P. Whither community care (Editorial) // Br. J. Psychiatry. – 1998. – V. 173. – P. 359-360.

⁴ Anderson C.M., Reiss D.J., Hogarty G.E.. Schizophrenia and the family practitioner's guide to psychoeducation and management. – New York: Guilford Press, 1986. – 164 p.; Appels A. The year before myocardial infarction.– Basel: Karger, 1983.– 204 p.; Liberman R.P. Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients. – Washington: DC American Psychiatric Press, Inc, 1988. – 311 p.

- консультативная модель (психиатр большую часть рабочего времени проводит с врачами общей практики, консультируя больных);
- смешанная модель (30–60% посвящено консультациям плюс прием больных).

По мнению *О.Г. Ньюфельдта*¹, ключевые элементы минимально достаточной системы эффективной помощи (в рамках подходов общественной реабилитации в психиатрии) душевно больным следующие:

- должны существовать способы выявления психиатрических проблем, а также способы предоставить помощь человеку, у которого есть проблемы;
- людям нужно место, где они будут жить и чувствовать себя как дома, в безопасности; им необходим также достаточный доход, чтобы обеспечить себе приличное существование;
- люди нуждаются в источниках чувства собственного достоинства и своей неповторимой индивидуальности. В большинстве стран для взрослых в возрасте от 16 до 60 лет это обеспечивается путем трудоустройства;
- существует необходимость доступа к разнообразным средствам профессиональной и околопрофессиональной поддержки;
- необходимо поощрять развитие групп самопомощи и взаимопомощи среди потребителей психиатрического обслуживания, их семей и друзей.

*В.Н. Краснов*³ указал на следующие направления реформирования психиатрии на основе комплексной биопсихосоциальной модели психического здоровья: от профессиональной самодостаточности – к полипрофессиональному взаимодействию, от врача-психиатра – к специалистам по психическому здоровью, от внутрибольничной работы – к «полевой» работе, сочетающей организационную и просветительскую деятельность.

Кроме того, необходимо повышение осведомленности населения относительно целесообразности и возможности обращения за

¹ Голдберг Д., Хаксли П. Распространенные психические расстройства: Биосоциальная модель: Пер. с англ.– К.: Сфера, 1999. – 255 с.

² Ньюфельдт О.Г. Принципы и практика общественной психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – Т. 12. – №3. – С. 5-13.

³ Краснов В.Н. Охрана психического здоровья – общая ответственность // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – Т. 11. – №2. – С. 5-7.

медицинской помощью в общесоматические учреждения по поводу «эмоциональных» и иных, не имеющих определенного физического выражения, проблем здоровья¹.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что в отечественной и зарубежной науке накоплен значительный опыт исследования проблем психического здоровья, существует множество теорий и моделей изучения факторов и последствий распространения психических заболеваний, а также различных подходов к поиску оптимальной системы организации помощи лицам, страдающим психическими расстройствами, алкоголизмом и наркоманией.

1.2. Современные методики социально-экономического анализа в сфере психического здоровья

В последние годы в программах совершенствования системы помощи, наряду с учетом клинических и социальных факторов, большое внимание уделяется вопросам экономической политики в области охраны психического здоровья, учету экономических механизмов регулирования деятельности психиатрических служб, поиску источников финансирования самой службы².

Как мы уже отметили при рассмотрении биопсихосоциальной модели и социальной психиатрии, человек – существо психосоциальное. Социальные условия определяют развитие и формирование человека. Поэтому психическое здоровье индивида, а также общественное психическое здоровье непосредственно зависят от условий жизни в обществе. В зависимости от социального состояния общество может или способствовать нормальному развитию личности, сохранению психического здоровья, или оказывать патогенное воздействие на него. В свою очередь, психическое здоровье нации влияет на социально-экономическое состояние государства.

В последние годы различными авторами выдвигаются идеи нового подхода к организации психиатрической помощи населению – создание «интегрированной медицины», которая, помимо клиничес-

¹ Краснов В.Н. Психиатрические расстройства в общей медицинской практике [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.rmj.ru/main.htm/rmj/t9/n25/1187.htm>

² Национальные психиатрические службы на рубеже столетий / Р.А. Хальфин, В.С. Ястребов, Б.А. Казаковцев, И.А. Митихина, В.Г. Митихин // Психиатрия. – 2004. – №2. – С. 7-22.

кого и терапевтического аспектов, имеет экономическую направленность¹. Для определения масштабов бремени психической болезни и поиска путей его уменьшения многогранное научно-прикладное значение имеют результаты фармакоэкономического исследования.

Фармакоэкономика – развивающаяся в русле экономики здравоохранения и оперирующая клиническими и общеэкономическими категориями область медицинского знания. Фармакоэкономический анализ – методология определения совокупных (медицинских и социальных) издержек болезни, их изменения при выборе различных лекарственных средств и схем лечения на различных этапах оказания медицинской помощи².

Растущее научно-прикладное значение отечественных экономических исследований в психиатрии, направленных на анализ экономических потерь и эффективности проводимых государством программ и методов лечения, объясняется рядом объективных предпосылок³:

- реформированием психиатрических служб;
- необходимостью поддержания и повышения качества специализированной помощи в условиях финансовых ограничений;
- появлением новых поколений лекарств на фармацевтическом рынке и широким диапазоном их отпускных цен, не связанных непосредственно с результатами лечения;
- повышением роли медикаментозной составляющей в терапевтическом процессе;
- растущим вниманием к удовлетворению нужд потребителей психиатрической помощи (пациентов и их родственников).

Несмотря на возрастающую потребность в фармакоэкономических исследованиях, данная тема в России остается малоизученной.

Самым, на наш взгляд, масштабным было исследование, проведенное д.э.н. *А.Е. Ивановой* в конце 1990-х гг. Одна из задач ее работы была определена как «оценка социально-демографического ущерба от психических заболеваний путем моделирования потерь

¹ Козырев В.Н. Модели интеграции психиатрической службы в систему медицинской помощи населению: Автореф. на соиск. уч. ст. д-ра мед. наук: 08.00.14.– М., 2001.

² Гурович И.Я., Любов Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии.– М.: Медпрактика-М, 2003. – С. 7.

³ Там же. – С. 8.

активной жизни за счет различных видов нетрудоспособности и преждевременной смертности, обусловленных психическими заболеваниями»¹. Задача была выполнена посредством демографического мультистатусного моделирования. В результате сделан вывод о том, что риск психического заболевания отнимает от гипотетической продолжительности здоровой жизни населения от 9,4 до 12,8 года (или от 13,5 до 18,4% ее общей продолжительности). Фактическое число «потерянных лет» (вследствие многолетней госпитализации, тяжелой инвалидности, преждевременной смертности) составляет из них 4,1–7,8 года (или 5,8–11,2% ожидаемой продолжительности жизни)².

Исследование специалистов Научного центра психического здоровья в г. Москве, проведенное под руководством В.С. Ястребова, показало, что экономические расходы на лечебно-профилактическое обслуживание, социальное страхование и обеспечение больных, материально-техническое обеспечение службы, проведение образовательных программ по психиатрии составили в 1999 г. 0,4% ВВП страны. Непрямые потери недовоспроизведенного вследствие смертности или утраты трудоспособности ВВП составили 1,5% от его общего объема³.

Существуют многочисленные зарубежные исследования ущерба от различных психических заболеваний, например от шизофрении⁴. Согласно их результатам ущерб от шизофрении составляет около 2% ВВП и 40% всех затрат на психические болезни. В России исследование экономических потерь от шизофрении было проведено

¹ Иванова А.Е. Социально-демографическая цена психического здоровья населения: Дис. на соиск. уч. ст. д-ра экон. наук: 08.00.18. – М., 1998. – С. 12

² Там же.

³ Ястребов В.С. Психическое здоровье населения накануне третьего тысячелетия // Русский медицинский журнал. – 2001. – Т. 2. – №1.

⁴ Gunderson J.G., Mosher L.R. The cost of the schizophrenia // Am. J. Psychiatry. – 1975. – V. 132. – P. 901-906; Knapp M.R. Cost of the schizophrenia // Br. J. Psychiatry. – 1997. – V. 171. – P. 509-518; Lecompte P., M. van Dijk. A 1-year cost-effectiveness model for the treatment of chronic schizophrenia with acute exacerbation in Belgium // Value in Health. – 2001. – V. 3. – P. 1-11; Rice D.P., Miller L.S. The economic burden of schizophrenia: conceptual and methodological issues and cost estimates // Handbook of mental health economics and health policy. – V. 1.; Moscarelli M., Rupp A., eds. Schizophrenia. – NY: J. Wiley and Sons, 1996; Rupp A., Keith S.J. The cost of schizophrenia: assessing the burden // Psychiatry clinical North America. – 1993. – V. 16. – P. 413-423.

И.Я. Гуровичем и Е.Б. Любовым в 2002 г. Его результаты, полученные посредством стоимостного анализа, показали, что совокупные издержки от шизофрении соответствовали 0,3% валового регионального продукта, произведенного в г. Москве и 0,2% ВВП – России в целом¹.

Рассмотрим наиболее современные *методы экономического анализа в здравоохранении*. К ним относятся: анализ минимизации затрат, метод «затраты – эффективность», «затраты – полезность», «затраты – выгода»². Ряд авторов выделяет также метод анализа стоимости болезни³ (или «стоимостной анализ», суть которого будет раскрыта во второй главе), метод анализа «затраты – последствия»⁴.

1. Анализ минимизации затрат – элементарный уровень фармакоэкономической оценки. Используется при необходимости сравнения альтернатив, которые дают примерно одинаковые результаты. По критерию минимальных затрат клинические исследования предназначены для определения меньших затрат на реализацию одного из двух или более методов лечения. Их клиническая эффективность либо известна, либо считается эквивалентной. При проведении таких исследований учитываются все виды медицинского обслуживания, которое относят к каждому методу лечения, и определяют затраты на них. Минимальные затраты рассчитывают по формулам⁵, приведенным в *приложении 1*.

Таким образом, центральный момент анализа минимизации затрат – естественный выбор более дешевого лекарства, но оценка ресурсопотребления шире подсчета затрат на лекарственное потребление. Простой и недорогой в исполнении стоимостно-минимизирующий анализ игнорирует важные характеристики лекарственного средства, определяющие клиническую эффективность, предпочтения врача и

¹ Гурович И.Я., Любков Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. – М.: Медпрактика-М, 2003. – С. 136.

² Ермаков С.П., Дуганов М.Д., Макеев А.Н., Колинко А.А. Финансовый макроанализ в здравоохранении (рекомендации по использованию на региональном и муниципальном уровнях). – М., 2000. – 96 с.

³ Экономическая оценка эффективности лекарственной терапии (фармакоэкономический анализ) / Под ред. П.А. Воробьева. – М.: Ньюдиамед, 2000. – 80 с.

⁴ Гурович И.Я., Любков Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. – М.: Медпрактика-М, 2003. – 264 с.

⁵ Мальцев В.И., Ефимцева Т.К., Белоусов Д.Ю. Типы и методы проведения фармакоэкономических исследований [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.apteka.ua/apteka/contribution/s_358_37_230902_021.asp

пациента, динамику показателей качества жизни в процессе терапии¹. Стихийное применение данного метода как инструмента стоимостного контроля за назначением и использованием психотропных средств приводит к неминусовому вытеснению дорогостоящих лекарственных средств.

Основной недостаток анализа минимизации затрат заключается в том, что он сводится к определению стоимости лекарственных средств, не показывая, как затраты на более дорогие лекарства (включая психотропные средства нового поколения) компенсируются уменьшением медицинских и социальных издержек.

2. Анализ «затраты – эффективность» используется в тех случаях, когда для измерения эффекта применяется только один количественный показатель (например, число сохраненных человеко-лет жизни)².

Анализ эффективности затрат является наиболее привычным и, вероятно, наиболее полезным видом фармакоэкономических исследований. Сравняются общие затраты на весь объем медицинских услуг, связанных с альтернативными видами лечения, их клиническими эффектами. Возможно клинко-экономическое сопоставление результатов разнородных медицинских вмешательств (например, электросудорожная терапия и медикаментозное лечение депрессивных расстройств)³. Формула⁴, применяемая в данном методе анализа, также приведена в *приложении 1*.

Примером использования этого метода на практике с целью оценки эффективности здравоохранения по предотвращению социальных потерь вследствие преждевременной смертности по разным классам заболеваний (в том числе психических) стало исследование, проведенное в Вологодской области в рамках Программы Европейского

¹ Гурович И.Я., Любов Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. – М.: Медпрактика-М, 2003. – С. 30.

² Ермаков С.П., Дуганов М.Д., Макеев А.Н., Колинько А.А. Финансовый макроанализ в здравоохранении (рекомендации по использованию на региональном и муниципальном уровнях). – М., 2000. – 96 с.

³ Гурович И.Я., Любов Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. – М.: Медпрактика-М, 2003. – С. 30.

⁴ Мальцев В.И., Ефимцева Т.К., Белоусов Д.Ю. Типы и методы проведения фармакоэкономических исследований [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.apteka.ua/apteka/contribution/s_358_37_230902_021.asp

союза «Тасис» в 2000 г. Затраты на здравоохранение соотносились с интегральным показателем потерянных лет потенциальной жизни (ПППЖ). ПППЖ – это оценка социальных потерь общества, вызванных преждевременной смертностью, заболеваемостью и инвалидностью населения. Однако в вышеуказанном исследовании два последних показателя не учитывались.

Существует много методов оценки величины потерянных лет жизни вследствие преждевременной смертности, самый простой из которых – расчет потерь лет потенциальной жизни, вычисляемых по следующей формуле:

$$\sum_{x=0}^{x=L} d_x(L-x),$$

где:

L – базовое значение продолжительности жизни, обозначающее возраст, такой, что все смерти ранее этого возраста считаются преждевременными;

x – возраст;

d_x – число смертных случаев в возрасте x;

Σ – сумма.

Ясно, что ПППЖ можно рассчитать не только для смертности в целом, но и для смертности от отдельных заболеваний или их групп. Так, индекс ПППЖ, рассчитанный по группам болезней, часто применяется для определения приоритетов развития здравоохранения определенной территории. Учитывая, что уровень смертности от психических расстройств, несмотря на рост в последнее время, остается невысоким по сравнению с другими видами заболеваний, расчет ПППЖ вследствие смертности может оказаться малоинформативным. Однако среди пациентов психиатрических учреждений значительная часть являются инвалидами, то есть имеет смысл оценить ПППЖ вследствие инвалидности по причине психических расстройств, а также ПППЖ вследствие преждевременной смертности от самоубийств (как косвенного показателя неблагоприятного психологического климата в обществе).

Отметим в заключение, что сопоставление затрат и результатов, выраженных в терминах потерь, – это не совсем то, что требуется для проведения анализа «затраты – эффективность», правильнее было бы результаты деятельности измерять в терминах

предотвращенных потерь¹. В сфере оценки и организации психиатрической помощи выразительным показателем затратного эффекта психотропных средств служит сокращение потребности в дорогостоящих госпитальных службах, «эффект возмещения» дополнительных затрат на лекарственное обеспечение².

Таким образом, анализ «затраты – эффективность» весьма действенный метод экономической оценки лекарственных средств и лечения в целом. Но при этом он имеет два основных недостатка, ограничивающих его применение в определенных условиях: 1) будучи одномерным, метод не может быть использован для сравнения различных видов врачебного вмешательства, которые оказали разное воздействие на состояние здоровья; 2) указывая наиболее эффективный путь действия, метод не позволяет определить свою общественную полезность³.

3. Анализ «затраты – выгода» используется в тех случаях, когда последствия применения лекарственного препарата измеряются с помощью более чем одного показателя, либо последствия реализации различных программ сопоставляются по разным критериям. В основе метода лежит пересчет всех последствий к единому денежному эквиваленту с последующим сопоставлением вариантов по критерию наибольшего денежного эффекта на единицу затрат⁴. Данный метод позволяет компенсировать второй недостаток анализа «затраты–эффективность», обусловленный невозможностью оценить общественную ценность лекарственного средства, лечения или здоровья. В этом случае за единицу оценки клинических результатов принимают денежный эквивалент. Таким образом, прямые затраты на лечение можно сравнивать с денежным выражением непосредственного эффекта, полученного в ходе лечения.

¹ Ермаков С.П., Дуганов М.Д., Макеев А.Н., Колинько А.А. Финансовый макроанализ в здравоохранении (рекомендации по использованию на региональном и муниципальном уровнях). – М., 2000. – С. 15.

² Гурович И.Я., Любов Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. – М.: Медпрактика-М, 2003. – С. 33.

³ Мальцев В.И., Ефимцева Т.К., Белоусов Д.Ю. Типы и методы проведения фармакоэкономических исследований [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.apteka.ua/apteka/contribution/s_358_37_230902_021.asp

⁴ Ермаков С.П., Дуганов М.Д., Макеев А.Н., Колинько А.А. Финансовый макроанализ в здравоохранении (рекомендации по использованию на региональном и муниципальном уровнях). – М., 2000. – С. 14.

В рамках данного типа исследования подсчитываются экономические составляющие: 1) по отношению к обществу (государственным учреждениям небезразличны затраты, обусловленные тем или иным заболеванием или лечением, равно как и их влияние на качество жизни); 2) со стороны пациента; 3) со стороны организаций здравоохранения (их больше беспокоят факторы, влияющие на качество жизни пациента) и 4) со стороны плательщика (страховые компании).

Такой способ представляется логичным, однако существуют трудности в оценке подобных результатов: как представить сохраненную жизнь или дополнительные годы жизни в денежном выражении? В силу этих и многих других трудностей анализ «затраты – выгода» используют редко.

4. Анализ полной экономической оценки «затраты–полезность» используется, когда все последствия альтернативных программ измеряются посредством корректировки с учетом специального свойства этих программ для потребителей – полезности, в качестве которой могут выступать такие величины, как годы жизни, скорректированные по качеству (QALY – quality-adjusted life years), либо эквивалент лет здоровья (HYE – healthy-years-equivalent)¹. Анализ «затраты – полезность» позволяет произвести всеобъемлющую оценку результатов лечения с позиций пациента и его ближайшего окружения, включая их предпочтения, показатели восстановления (улучшения) социального функционирования и качества жизни как общего итога и «сверхзадачу» медицинских мероприятий².

Таким образом, он представляет собой тип исследования по критерию эффективности затрат, который приводит клинический исход лечения в плоскость его полезности³ (формула представлена в *прил. 1*).

По данным ВОЗ, психиатрические расстройства – одна из наиболее распространенных причин утраты качества жизни⁴. Поэтому

¹ Там же.

² Гурович И.Я., Любов Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. – М.: Медпрактика-М, 2003. – 264 с.

³ Мальцев В.И., Ефимцева Т.К., Белоусов Д.Ю. Типы и методы проведения фармакоэкономических исследований [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.apteka.ua/apteka/contribution/s_358_37_230902_021.asp

⁴ Масштаб неврологических и психиатрических проблем в последнем десятилетии 20 века и тенденции их будущего развития в свете статистическо-эпидемиологических данных ВОЗ // Журнал неврологии и психиатрии. – 1999. – Т. 99. – С. 46-47.

фармакоэкономические исследования все большее внимание уделяют социальному функционированию, качеству жизни и благополучию пациентов и их близких.

Влияние лечения на физическое, психологическое, когнитивное и социальное функционирование пациента, его благополучие измеряются в неспецифических единицах (количество продленных лет жизни с поправкой на качество жизни пациента – QALY)¹. Для расчета показателя QALY (связанные с качеством жизни годы) каждый год предстоящей жизни умножается на ожидаемое качество жизни, представленное в виде баллов от 0 до 1, где 0 – это смерть, а 1 – это состояние полного физического и психического здоровья. Существуют попытки стандартизировать подходы к оценке QALY, поскольку оценка качества жизни – параметр субъективный и разные пациенты по-разному оценивают качество своей жизни. Некоторые авторы рекомендуют использовать таблицу коэффициентов Роснера и Ватса (Матрица Роснера и Ватса)².

Концепция DALY является другой стандартизированной формой QALY. Она была разработана К. Мюрреем и А.Д. Лопесом (1993 – 1994 гг.) для количественного определения потерь вследствие болезни в исследовании, проведенном Всемирным Банком совместно с ВОЗ³. Метод расчета DALY отражает популяционные эффекты как от применения медицинских технологий, так и от результатов воздействия на население экономических, социальных, экологических, урбанистических и других неблагоприятных факторов.

Формула⁴ и значения показателей⁵, используемых для подсчета DALY, представлены в *приложении 1*.

¹ Гурович И.Я., Любов Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии.– М.: Медпрактика-М, 2003. – С. 34.

² Экономическая оценка эффективности лекарственной терапии (фармакоэкономический анализ) / Под ред. П.А. Воробьева.– М.: Ньюдиамед, 2000. – 80 с.

³ Там же.

⁴ Определение бремени психических и поведенческих расстройств в концепции DALY / Е.Б. Любов, О.В. Белякова, В.В. Загиев, Л.Н. Литвинцева // Социальная и клиническая психиатрия.– 2003.– Т. 13.– Вып. 1.– С. 11-14.

⁵ Экономическая оценка эффективности лекарственной терапии (фармакоэкономический анализ) / Под ред. П.А. Воробьева.– М.: Ньюдиамед, 2000. – 80 с.; Гурович И.Я., Любов Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии.– М.: Медпрактика-М, 2003. – С. 34.

К преимуществам данной методики можно отнести следующее:

- возможность проведения непосредственного сопоставления социального бремени болезней;
- наличие объективного доказательства выбора финансовых приоритетов в здравоохранении;
- возможность непосредственного сопоставления терапевтических результатов в различных странах (регионах). Причем не промежуточных показателей эффективности лечения (определяющихся объемом прямых затрат, длительностью госпитализации и др.), а конечных результатов, выраженных улучшением социального функционирования больных;
- количественная оценка качества;
- возможность сравнения ресоциализирующего вклада различных терапевтических (медикаментозных) программ в снижении бремени болезни.

Рассмотрим недостатки метода расчета DALY. Если количество приобретенных DALY вследствие лечения одинаково, следовательно, для пациента равно предпочтительны длительная жизнь низкого качества или короткая продуктивная, что ставит под сомнение затратно-эффективное доминирование программы с большим количеством DALY.

5. В рамках анализа «стоимость – последствия» всевозможные затраты лечения оцениваются с целью принятия информированного решения о выборе конкретного медикаментозного вмешательства, но не сводятся к соотношению стоимость – польза или стоимость – эффект¹. При осуществлении данного метода чаще используются возможности математического моделирования прогноза выбора той или иной медикаментозной стратегии, необходимого при планировании фармацевтического бюджета лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ)².

К преимуществам этого метода можно отнести следующее:

- возможность долгосрочного выбора альтернативных медикаментозных стратегий (программ) как альтернативы дорогостоящим (трудоемким) фармакоэкономическим исследованиям;

¹ Гурович И.Я., Любов Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. – М.: Медпрактика-М, 2003. – С. 34.

² Экономическая оценка эффективности лекарственной терапии (фармакоэкономический анализ) / Под ред. П.А. Воробьева. – М.: Ньюдиамед, 2000. – 80 с.

➤ допустимость использования метода даже при отсутствии, неполноте и недостаточной достоверности или распространяемости экономических и клинических данных для их дополнительной верификации;

➤ возможность экстраполяции интегрированных результатов на другие группы пациентов (другие регионы);

➤ относительная «дешевизна» по сравнению с проспективными исследованиями.

Однако данная модель имеет ряд недостатков:

☉ сужается и упрощается клиническая проблема (например, она сводится к анализу принятия решения о выборе психотропного средства);

☉ достоверность модели базируется на допущениях, которые могут не подтвердиться;

☉ качество модели зависит от качества вводимой в нее информации;

☉ существует проблема обобщаемости полученных результатов;

☉ затруднено распознавание различий эффектов лечения в отдельных субпопуляциях больных;

☉ сложность информации для восприятия неподготовленного потребителя.

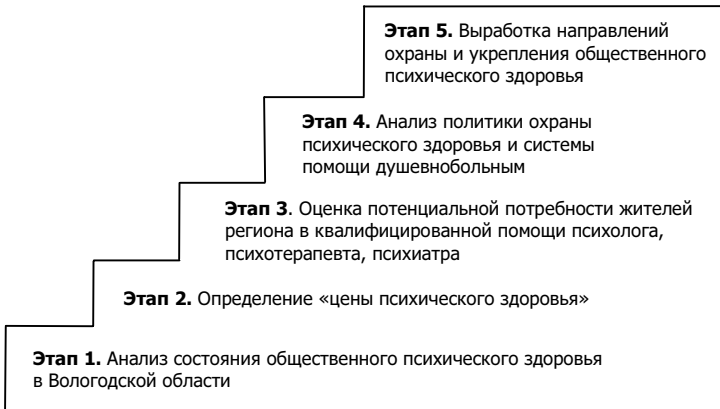
Итак, в здравоохранении могут быть использованы те или иные методы экономического анализа. Приоритет использования каждого из них определяется поставленными целями и задачами. Конечной целью, как правило, является снижение социально-экономического бремени болезни и улучшение качества жизни пациентов.

1.3. Используемые процедуры исследования

Последовательность и комплексность представленного в данном издании научного исследования проблемы общественного психического здоровья обеспечивалась этапами (*рис. 1.1*), соответствующими поставленным задачам.

Первый этап, в свою очередь, состоит из нескольких шагов (*рис. 1.2*). Для анализа клинико-эпидемиологической ситуации в Вологодской области были взяты за основу данные территориального органа государственной статистики по заболеваемости и болезненности психическими расстройствами, а также смертности по этой причине. Аналогичным образом была собрана информация о степени распространения в регионе социальных аномалий,

Рис. 1.1. Этапы исследования



дополненная результатами социологических опросов, проведенных Вологодским научно-координационным центром ЦЭМИ РАН, по следующим вопросам: о чувстве безопасности, об отношении к террористическим актам, правоохранительным органам и актуальным проблемам современной России.

Рис. 1.2. Шаги первого этапа исследования



Авторами исследования была разработана собственная анкета для социологического опроса, структура и содержание которой незначительно менялись в зависимости от поставленных в период исследования задач с целью дальнейшего совершенствования. В качестве примера в *приложении 2* приведена анкета, использованная в 2004 г. Периодичность проведения опросов также была различной (в 2000 – 2001 гг. – два раза в год, в последующем – один раз в год).

Социологические опросы проводились ВНКЦ ЦЭМИ РАН в городах Вологде и Череповце, а также в 8 районах области (Бабаевском, Великоустюгском, Вожегодском, Грязовецком, Кирилловском, Никольском, Тарногском, Шекнинском). Объем выборки – 1500 респондентов. Выборка целенаправленная, квотная. Репрезентативность выборки была обеспечена соблюдением следующих условий: пропорций между городским и сельским населением; пропорций между жителями населенных пунктов различных типов (сельские населенные пункты, малые и средние города); половозрастной структуры взрослого населения области. Ошибка выборки не превышала 3,5%. Техническая обработка информации производилась в программах SPSS и Excel.

С целью выявления неучтенных пограничных психических расстройств, различных предболезненных состояний в регионе за период 2000 – 2004 гг. использовались следующие тесты, включенные в анкету для социологического опроса:

1. Миннесотский многофакторный личностный опросник (тест MMPI).
2. Методика изучения социальной фрустрированности Л.И. Вассермана.
3. Методика экспресс-диагностики невроза К. Хека и Х. Хесса.
4. Методика измерения депрессивных состояний Зунге.
5. Госпитальная шкала тревоги и депрессии.

С их помощью нельзя провести точную качественную диагностику психических заболеваний, то есть по их результатам невозможно определить, является ли исследуемый человек психически больным, и поставить соответствующий диагноз. Тесты отражают психическое состояние испытуемого в момент исследования, и с их помощью вычисляется определенная предрасположенность испытуемого к каким-либо формам психической патологии, выявляется субъективная самооценка испытуемым своего психического состояния.

Данные методики позволяют существенно повысить надежность эпидемиологических исследований, изучающих распространенность психических нарушений и отклонений в социальной среде. Они имеют также профилактическое значение, поскольку дают возможности выявления лиц и групп, нуждающихся во внимании психолога, психиатра; определения факторов возникновения и формирования пограничных состояний, установления путей их нейтрализации; организации по результатам опроса профилактических психогигиенических мероприятий.

Применяемые тесты способны выполнять прогностическую функцию, определяя тенденции развития психики или изменения психического состояния человека, группы, социальной общности. Остановимся подробнее на вышеупомянутых методиках.

Миннесотский многофакторный личностный опросник был создан в 1941 г. американскими психологами *Хатвэем и Маккинли* с целью возможно более полного исследования различных психических аспектов и актуальных состояний личности. Им удалось создать методику для широкого практического использования, эмпирически стандартизированную, позволяющую статистически контролировать получаемый результат. Тест ММПІ используется в исследованиях, в которых требуются: количественное выражение и сопоставимость результатов, изучение большого числа испытуемых в ограниченные промежутки времени, установление корреляций особенностей личности и психического состояния с любыми независимыми переменными. Тест, в оригинале состоящий из 550 вопросов, в нашей стране был адаптирован и стандартизирован психологами *Ф. Б. Березиным и М. П. Мирошниковым*. Они же разработали свой сокращенный, но достаточно эффективный вариант теста, состоящий из 71 вопроса, который использовался в нашем исследовании (*прил. 3.1*). Он состоит из 11 шкал, три из которых контрольные (шкала лжи; шкала достоверности и шкала коррекции).

Основные шкалы:

- шкала ипохондрии (сверхконтроль за здоровьем, соматизация тревоги);
- шкала депрессии (подавленное психическое состояние);
- шкала истерии (вытеснение факторов, вызывающих тревогу);

- шкала психопатии (импульсивность, реализация эмоциональной напряженности в непосредственном поведении);
- шкала паранойяльности (ригидность – устойчивость – аффект);
- шкала психастении (фиксация тревоги и ограничительное поведение);
- шкала шизоидности (индивидуалистичность, аутизация);
- шкала гипомании (оптимизм, активность, отрицание тревоги).

Шкалы, определяющие выраженность мужских и женских черт характера, а также социальную экстравертированность-интровертированность, были исключены Ф. Б. Березиным и М. П. Мирошниковым. Проверочные шкалы контролируют истинность предоставленных испытуемыми сведений. Основные шкалы выявляют возможную предрасположенность испытуемых к различным группам психических патологий или близость их к психической норме.

С помощью теста выстраивается психический профиль личности, по которому со значительной долей точности можно охарактеризовать особенности психики испытуемого и определить его психическое состояние на данный момент. Профиль измеряется в баллах, подсчитав которые, можно с достаточной долей уверенности определить психологические особенности исследуемого (в нашем случае – среднего представителя определенной группы лиц), выявить возможные затруднения в психической сфере, характер и в какой-то мере степень этих затруднений. Условно каждая шкала разбивается на 5 участков: высокие значения (выше 70 баллов), позволяющие говорить о наличии психических проблем (или, если это проверочная шкала, о недостоверности ответов); повышенные значения (56 – 70 баллов); средние значения (45 – 55 баллов); пониженные значения (30 – 44 баллов); низкие значения (ниже 30 баллов; *рис. 1.3*).

Рисунок 1.3. Значения шкал ММРП (в балах)



После использования теста ММРІ в 2000 – 2001 г. авторы монографии были вынуждены отказаться от него в последующие годы исследований в связи с большим объемом (71 вопрос), сложностью обработки полученных данных и дублированием некоторых других применяемых методик.

Методика изучения социальной фрустрации ¹ *Л.И. Вассермана* в модификации *В.В. Бойко* представляет собой тест, в котором перечислены основные сферы жизнедеятельности, взаимоотношений и личных достижений человека (всего 20 позиций; *прил. 3.2*). Респонденту предлагается указать, насколько он удовлетворен степенью реализации своих интересов, потребностей, ожиданий в каждой из этих сфер. Вопрос ставится следующим образом: «Отметьте, пожалуйста, удовлетворены ли Вы лично..?» Варианты ответов:

- 1) полностью удовлетворен;
- 2) скорее удовлетворен;
- 3) затрудняюсь ответить;
- 4) скорее не удовлетворен;
- 5) полностью не удовлетворен.

Каждому из ответов присуждаются баллы – соответственно 0; 1; 2; 3 и 4. Для вычисления показателя социальной фрустрированности необходимо:

- 1) получить отдельно произведения числа респондентов, выбравших тот или иной ответ, и баллов, присужденных ответам;
- 2) подсчитать сумму этих произведений;
- 3) разделить ее на общее число ответивших на этот пункт.

Можно определить итоговый средний индекс уровня социальной фрустрированности. Для этого надо сложить показатели фрустрированности по всем пунктам и разделить сумму на число пунктов (20).

¹ Фрустрация (frustratio – обман, тщетное ожидание) – это психическое состояние, возникающее вследствие реальной или воображаемой помехи, препятствующей достижению цели. Проявляется в ощущениях гнетущего напряжения, тревожности, отчаяния, гнева и др. Сила фрустрации зависит от степени значимости блокируемого поведения и субъективной близости достижения цели. Фрустрация усиливает мотивацию, когда причины ее рассматриваются человеком как устранимые, в результате появляется повышенное эмоциональное возбуждение и острое желание уничтожить преграды. Фрустрация возникает только тогда, когда степень неудовлетворенности выше того, что человек может вытерпеть, то есть зависит от порога терпимости, толерантности каждого человека. Порог терпимости зависит от самооценки, характера ведущих мотивов личности и темперамента (Словарь социально-психологических понятий. – Лениздат, 1987).

Интерпретация результатов производится по величине баллов:

3,5 – 4 – очень высокий уровень фрустрированности;

3,0 – 3,4 – повышенный уровень;

2,5 – 2,9 – умеренный уровень;

2,0 – 2,4 – неопределенный;

1,5 – 1,9 – пониженный;

0,5 – 1,4 – очень низкий уровень фрустрированности;

0 – 0,4 – отсутствие фрустрированности.

Использование этой методики позволяет при выявлении источников социальной фрустрированности охватить максимально расширенный спектр сфер жизнедеятельности респондентов и избежать одностороннего подхода, не ограничиваясь какой-то одной сферой, будь то материальное положение, трудовая деятельность, жилищно-бытовые условия и т.п.

Методика экспресс-диагностики невроза К. Хека и Х. Хесса, которую авторы впервые применили в исследовании в 2001 г., состоит из 40 вопросов (прил. 3.3). Ответу «Да» присуждается 1 балл, ответу «Нет» – 0. Интерпретация результатов производится путем подсчета положительных ответов. В случае если сумма баллов превышает 24, вероятность наличия у исследуемой личности невроза определяется высокой.

По методике Зунге (измерение депрессивных состояний) респонденту задается вопрос: «Изменилось ли, по Вашему мнению или мнению окружающих, Ваше поведение за последний месяц? Если да, то как?» и предлагаются тринадцать позиций (прил. 3.4), отражающих характерные для депрессивного состояния особенности поведения и самочувствия. Варианты ответов по каждой позиции: 1) совсем нет; 2) значительно; 3) довольно сильно; 4) очень сильно. Каждому из ответов присуждаются баллы – соответственно 0, 1, 2 и 3 балла.

Интерпретация результатов производится по величине баллов:

0 – 13 баллов – отсутствуют признаки, свидетельствующие о депрессии;

14 – 26 баллов – по всей вероятности, развивается депрессия; следует проконсультироваться с врачом;

27 – 30 баллов – явная депрессия; следует немедленно обратиться к врачу.

В 2003 г. по рекомендации главного психиатра Вологодской области в исследовании впервые была использована *госпитальная шкала тревоги и депрессии*, разработанная, адаптированная и рекомендованная экспертами ВОЗ. Она включает две шкалы по 7 вопросов

(прил. 3.5), поэтому проста в применении и обработке полученных результатов. Данная методика позволяет оценить три уровня тревоги и депрессии.

Каждому ответу «1» присваивается 0 баллов, ответу «2» – 1 балл, ответу «3» – 2 балла, ответу «4» – 3 балла. Если сумма ответов по каждой отдельной шкале составила от 0 до 7, то это свидетельствует об отсутствии тревоги или депрессии. Сумма от 8 до 14 говорит о наличии субклинической тревоги или депрессии, что свидетельствует о необходимости консультации исследуемого со специалистом и психокоррекции. Если количество набранных баллов более 14, то у респондента, по всей вероятности, обнаружены признаки клинически выраженной тревоги или депрессии (требуется срочная госпитализация и психофармакотерапия).

В связи с применением данной методики из исследования была исключена методика измерения депрессивных состояний Зунге.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии использовалась нами также для оценки уровня распространения пограничных (психосоматизированных) психических расстройств (тревожности и депрессивности) среди пациентов лечебно-профилактических учреждений. В период 2002–2003 гг. было опрошено более 256 пациентов Устюженской ЦРБ; 690 человек, обратившихся к врачам общей практики поликлиники №3 г. Вологды; 552 человека, проходивших лечение в многопрофильной больнице г. Вологды.

В ходе исследования, для определения вероятности воздействия некоторых факторов на психику жителей региона, выделены различные категории населения (по полу, возрасту, месту проживания, семейному положению, уровню образования, роду занятий, уровню среднедушевого дохода, социальной самоидентификации). Деление по возрастным группам, применяемое нами, было следующим: молодежь (от 18 до 30 лет); люди среднего возраста (мужчины – в возрасте от 31 до 60 лет, женщины – в возрасте от 31 до 55 лет); люди пожилого возраста (мужчины старше 60 и женщины старше 55 лет). Социальная самоидентификация заключалась в отнесении респондентом себя к одной из категорий: «богатые», «среднеобеспеченные», «бедные» или «нищие».

Второй этап исследований (оценка социально-экономического бремени «психической патологии») проводился в 2004 г. посредством стоимостного анализа, с помощью которого были рассчитаны

прямые и косвенные потери региона. К последним относятся потери вследствие смертности душевнобольных, временной нетрудоспособности и инвалидности по причине психического расстройства, а также из-за безработицы данной категории лиц. Для сравнения данных потери выражались в доле валового регионального продукта (ВРП) за исследуемый год. Более подробно примененная для расчета «цены психического здоровья» методика стоимостного анализа описана во второй главе (см. п. 2.2).

В рамках третьего этапа изучения общественного психического здоровья решалась задача, впервые поставленная в 2002 г.: оценить уровень потребности жителей региона в квалифицированной помощи психолога, психотерапевта, психиатра. Для этого в анкету для социологического опроса был добавлен соответствующий блок вопросов (*прил. 3.6*). С помощью анализа ответов респондентов мы смогли оценить уровень востребованности социально-психологической помощи в регионе.

С целью оценки возможности удовлетворения данной потребности населения возникла необходимость дать характеристику политики охраны психического здоровья и территориальной системы помощи душевнобольным. Анализ проводился на основании данных медицинской статистики о функционировании учреждений здравоохранения (уровень госпитализации, работа койки, обеспеченность врачами и младшим медицинским персоналом, количество нарко- и психодиспансеров и др.). Были использованы и предоставленные департаментами здравоохранения, образования, труда и социального развития Вологодской области данные о количестве подведомственных им учреждений, оказывающих помощь лицам с психическими расстройствами (школы для умственно отсталых детей, интернаты для душевнобольных и др.), их кадровом обеспечении и оказываемых услугах.

Были рассмотрены законодательные и нормативные акты, обеспечивающие гарантии помощи изучаемой категории лиц и формирующие политику охраны психического здоровья.

Таким образом, в данном исследовании применялись следующие методы: аналитический, социологический, психометрический, статистический, клинико-статистический, экономический.

ГЛАВА 2

ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

2.1. Оценка современного состояния общественного психического здоровья

Общая численность больных психическими расстройствами в России достигает 3,97 млн. человек, не считая больных наркоманией и алкоголизмом. Из них дети до 15 лет составляют 22%, а лица старше 60 лет – 14,8%. В интернатах социального обеспечения находится около 130 тыс. человек, в том числе детей – 13,2%. Следует учитывать, что за психиатрической помощью обращается лишь небольшая часть нуждающихся. По имеющимся официальным данным, совпадающим с оценками независимых экспертов ВОЗ, в нашей стране в квалифицированной психолого-психиатрической помощи в настоящее время нуждаются примерно 15 – 20% населения. По экспертным оценкам, общее число лиц, страдающих психическими расстройствами (от самых тяжелых до едва заметных), может составить 52 млн. человек, или треть населения страны¹.

В Вологодской области эта проблема не менее актуальна. По данным Областного бюро медицинской статистики, на начало 2006 г. 30 817 жителей региона страдали психическими расстройствами, причем 16 462 тыс. – в тяжелой форме и поэтому состояли на диспансерном учете, а остальные получали консультативную помощь.

¹ Зозуля Т.В. Основы социальной и клинической психиатрии. – М.: Академия, 2001. – С. 18.

По сравнению с 1991 г. заболеваемость¹ и болезненность² психическими расстройствами в регионе в 2005 г. незначительно снизились (на 15%), однако по сравнению с 2001 г. эти показатели увеличились на 15% (табл. 2.1). Пик заболеваемости психическими расстройствами пришелся на 1995 г. (14 случаев на 1000 населения), а болезненности – на 1991 г. (53 случая на 1000 населения). Растет доля лиц, страдающих пограничными расстройствами (непсихотическими, психосоматическими, депрессиями)³.

Таблица 2.1. Заболеваемость, болезненность и смертность по причине психических расстройств в Вологодской области в 1998 – 2003 гг.

Психические расстройства	1991 г.	1995 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	В % к 1991 г.	Темп роста к 1991 г., (в разах)
Заболеваемость (на 1000 населения)	8,1	14,0	8,1	7,7	8,2	6,1	6,3	7,8	7,0	7,1	88	0,9
Болезненность (на 1000 населения)	53	41	44	45	42	40	43	47	46	47,4	89	0,9
Смертность (на 100 тыс. населения)	0,7	13,5	1,3	3,8	4,1	4,8	5,5	7,3	5,4	6,2	88,6	8,9

Источники: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 1991, 1995, 1998 – 2005 гг. – Вологда, 1992, 1996, 1999 – 2006 гг.

Согласно данным областного бюро медицинской статистики, отмечается неравномерность распространения психической патологии в районном разрезе. Наиболее опасная ситуация в сфере психического здоровья населения в период 2003 – 2005 гг. наблюдалась в Бабаевском и Сямженском районах, самая благоприятная (относительно среднего показателя) – в Череповецком и Тарногском районах (табл. 2.2).

¹ Заболеваемость – медико-статистический показатель, определяющий совокупность заболеваний, впервые зарегистрированных за календарный год среди населения, проживающего на какой-то конкретной территории. Исчисляется количеством заболеваний на 100, 1000 или 10 000 жителей (Большая советская энциклопедия).

² Болезненность (в мед. статистике) – совокупность всех заболеваний, обнаруженных и зарегистрированных в данном календарном году (независимо от времени их возникновения и первичного диагностирования), приходящихся на 1000 чел. населения (большинство болезней), на 10000 населения (психические болезни) или на 100 000 населения (инфекционные болезни, Словарь медицинских терминов).

³ О состоянии здоровья населения и деятельности системы здравоохранения Вологодской области в 2003 г.: Государственный доклад. – Вологда, 2004. – 215 с.

Таблица 2.2. Заболеваемость психическими расстройствами в районах Вологодской области (взято под наблюдение больных с диагнозом, установленным впервые; среднее за 2003 – 2005 гг.; на 100 тыс. населения)

Район	2003 – 2005 гг.	Район	2003 – 2005 гг.	Район	2003 – 2005 гг.
Бабаевский	1 357,8	Кадуйский	176	Усть-Кубинский	234
Бабушкинский	118,8	Кирилловский	228,8	Устюженский	250,8
Белозерский	168,3	Кичм.-Городецкий	303,3	Харовский	415
Вашкинский	142,6	Междуреченский	432,7	Чагодоценский	173,5
Великоустюгский	361,6	Никольский	175,7	Череповецкий	95,2
Верховажский	421,9	Нюксенский	337,7	Шекснинский	330,7
Вожегодский	331,8	Сокольский	412,4	г. Вологда	477,6
Вологодский	230,7	Сямженский	698,9	г. Череповец	264,8
Вытегорский	318	Тарногский	86,4	Среднее по области	340,1
Грязовецкий	170,5	Тотемский	190,5		

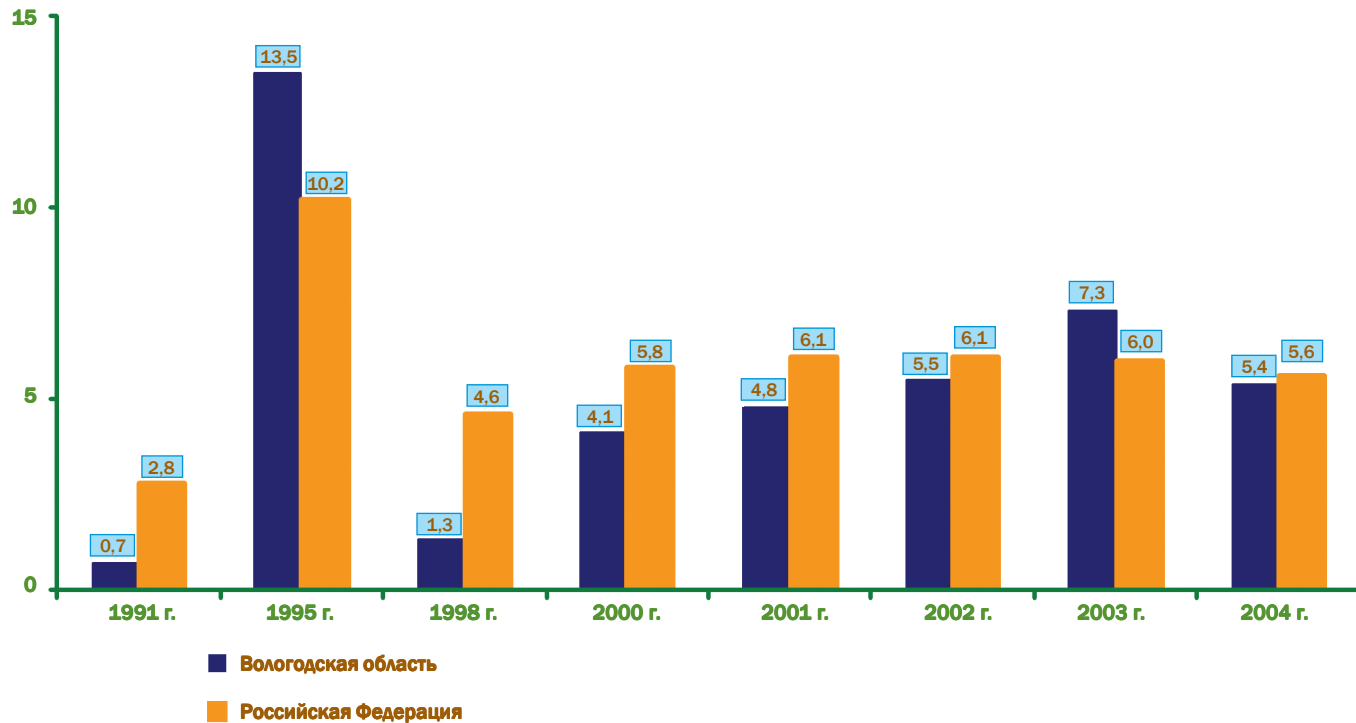
Источник: данные Департамента здравоохранения Вологодской области.

Для соотнесения нескольких показателей (заболеваемости, болезненности, уровня распространения некоторых пограничных психических расстройств, а также деятельности служб помощи данной категории лиц) в районном разрезе нами был введен специальный коэффициент. При его расчете за единицу ($K = 1$) был взят среднеобластной уровень каждого показателя. В случае превышения данного уровня коэффициент становится больше единицы ($K > 1$), и, наоборот, если показатель ниже среднего значения по региону, то коэффициент меньше единицы ($K < 1$).

Стабильная ситуация с показателями заболеваемости и болезненности психическими и поведенческими расстройствами объясняется во многом тем, что в используемых статистических сборниках в группу этих расстройств не включены алкогольные психозы, количество которых за последнее десятилетие стремительно возросло. Это отражается в значительном увеличении показателя смертности по причине психических расстройств, преимущественно вследствие именно алкогольных психозов. Статистические данные¹ показывают, что в период начала социально-экономических реформ в Вологодской области произошел резкий рост смертности: с 0,7 чел. на 100 тыс. населения в 1991 г. до 13,5 чел. в 1995 г. (по РФ – соответственно с 2,5 до 9,6 чел.; см. *цв. вклейку, рис. 2.1*). Затем наблюдался некоторый спад, а начиная с 1998 г. данный показатель неуклонно растет (в Вологодском регионе к 2003 г. увеличился более чем в 5,5 раза).

¹ Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 1991 – 2003 гг.: Стат. сборник / Вологодский облкомстат. – Вологда, 1992 – 2004.

Рис. 2.1. Смертность по причине психических расстройств в России и Вологодской области в период 1991 – 2004 гг.
(умерших на 100 тыс. населения)



Очередное снижение данного показателя отмечено лишь в 2004 г. По всей видимости, пики смертности от психической патологии связаны с кризисами 1991, 1998 гг. В целом в период после начала реформ за 1991 – 2003 гг. смертность от психических расстройств в регионе возросла более чем в 10 раз.

Значительный рост смертности свидетельствует об остроте проблемы психического здоровья населения. Во-первых, потому что учащаются случаи смерти психически больных, что может быть вызвано несвоевременным или некачественным лечением. Во-вторых, косвенно это говорит о малоэффективности системы учета и диагностики лиц, страдающих психическими расстройствами (как правило, после осуществления просветительских программ по охране здоровья наблюдается всплеск заболеваемости), что также влечет за собой повышение уровня смертности. Вероятно, данная проблема связана со стигматизацией психически больных и самой системы психиатрической помощи и, кроме того, с отсутствием программ, направленных на освещение проблем психического здоровья.

Негативные показатели психического здоровья наблюдаются среди детского населения Вологодской области: в 2004 г. заболеваемость детей и подростков психическими расстройствами на треть выше, чем взрослых (883,9 и 652,2 случая на 100 тыс. нас. соответственно).

Опасность складывающейся ситуации демонстрирует динамика роста детской инвалидизации. Так, например, в период 2001 – 2005 гг. число несовершеннолетних, имевших группу инвалидности

Таблица 2.3. Динамика показателей инвалидизации несовершеннолетних в возрасте до 15 лет в Вологодской области в 2001 – 2003 и 2005 гг. (физических лиц)

Заболевание, по поводу которого установлена группа инвалидности	2001 г.		2002 г.		2003 г.		2005 г.	
	Впервые	На конец года	Впервые	На конец года	Впервые	На конец года	Впервые	На конец года
Всего	15	159	42	159	48	275	75	885
Шизофрения	1	4	1	5	3	9	3	20
Психозы	-	-	1	1	1	2	4	21
Психические расстройства вследствие эпилепсии	2	22	3	25	2	27	3	104
Умственная отсталость	6	53	18	64	23	116	34	381

Источник: Медицинский статистический отчет Вологодской областной психиатрической больницы за 2001 – 2003 и 2005 г.

по причине психического расстройства, увеличилось в 5,6 раза (табл. 2.3), а получивших ее впервые – в 5 раз.

Аналогичные тенденции отмечаются и среди молодежи. Это демонстрируют результаты деятельности медицинской комиссии, дающей оценку состояния здоровья призывников. Так, по данным военного комиссара Вологодской области генерал-майора В. Варшавского, основной патологией, явившейся причиной освобождения и отсрочки граждан от призыва на военную службу по состоянию здоровья, на протяжении последних лет остаются психические расстройства (16,3% – 1 место среди всех причин).

Помимо социально-экономических проблем современного общества отрицательное влияние на качество обеспечения призыва граждан на военную службу оказывают такие факторы, как неукомплектованность штатов военкоматов в отдельных административных территориях необходимыми специалистами (около 50%) и отсутствие у психологов и психиатров военных комиссариатов современных автоматизированных тестовых методик для выявления нервно-психической, эмоционально-волевой неустойчивости призывников, алкоголизма и наркомании.

Ухудшение психического здоровья детей и подростков является фактором, угрожающим воспроизводству образовательного и трудового потенциала региона – неотъемлемому условию его дальнейшего развития.

Негативные тенденции в области психического здоровья населения, как видно из анализа официальных статистических данных о клинко-эпидемиологической ситуации, не только не исчезли, но и приняли скрытый и затяжной характер. Об этом говорит ряд косвенных показателей: социальное настроение, уровень социальной фрустрированности, а также рост числа преступлений, алкоголизма, наркомании, суицидов и т.д., характеризующих такую категорию, как общественное психическое здоровье, являющихся отражением и следствием негативного психологического климата, накопления напряжения в меж- и внутриличностных отношениях и служащих индикаторами степени социального неблагополучия, неблагоприятной психологической и ценностно-нормативной обстановки в обществе. В то же время рост социальных аномалий и патологий способствует распространению среди жителей региона тревоги, беспокойства, различных фобий, пограничных психических расстройств.

Сведения о степени негативных изменений в общественных отношениях можно почерпнуть из данных региональной статистики, а также социологических опросов населения, проводимых ВНКЦ ЦЭМИ РАН.

Рассмотрим динамику такого феномена, как социальное настроение. В 1999 – 2005 гг. доля жителей области, испытывавших «напряжение, раздражение» или «страх, тоску», уменьшилась вдвое – с 64 до 32% (по России – с 53 до 36%). Удельный вес тех, кто испытывал «прекрасное настроение» или находился в «нормальном, ровном состоянии», увеличился за аналогичный период в два раза – с 31 до 62% (в среднем по России – с 39 до 59%). Социальное настроение в Вологодской области остается более негативным, чем в России.

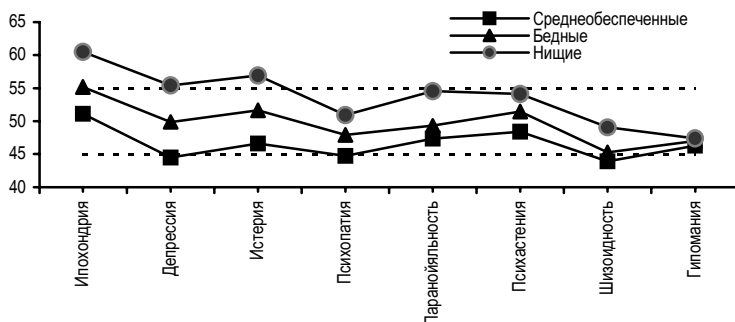
Негативное настроение чаще свойственно женщинам (34%) неблагополучным в семейном плане (разведенные, вдовы), нежели мужчинам (29%).

Значительное влияние на настроение оказывает социальная самоидентификация респондентов. Чем выше оценивает человек свое общественное положение и уровень благосостояния, тем лучше его настроение. И напротив, снижение социального статуса влечет за собой серьезное ухудшение настроения. Так, если среди «среднеобеспеченных» в 2005 г. 73% испытывали «прекрасное настроение» или находились в «нормальном, ровном состоянии», то среди «нищих» – 45%. У жителей области с позитивным настроением фактический доход на одного члена семьи, по оценкам, составлял в 2005 г. 3904 руб., в то время как среднедушевой доход населения с негативным настроением был равен 3345 руб. Таким образом, повышение доходов является важнейшей предпосылкой улучшения социально-психологического состояния населения.

Несмотря на преобладание в последнее время в сфере социального настроения в целом позитивных тенденций, настораживает тот факт, что каждый третий житель Вологодской области находится в состоянии «напряжения», испытывает «раздражение» или «страх, тоску». Длительное переживание данных эмоций приводит к формированию состояния дистресса с вытекающими из этого последствиями для здоровья и функционирования человека (истощение иммунной системы, снижение сопротивляемости организма к заболеваниям, развитие психосоматических расстройств, снижение работоспособности и т.д.).

Результаты тестирования, проведенного в 2000 – 2001 гг. по методике ММРІ в рамках социологического опроса, также подтверждают существенную зависимость психического состояния общества от уровня дифференциации доходов (рис. 2.2). У людей, считающих себя «бедными» или «нищими», показатели ипохондрии, депрессии, истерии и т.п. стабильно выше, чем среди «среднеобеспеченных».

Рис. 2.2. Характеристика психологических состояний групп различной социальной самоидентификации (в баллах*)



*30–44 баллов – пониженный уровень; 45–55– средний; 56–70 – повышенный.

В рамках исследования был также измерен уровень социальной фрустрированности населения региона. По данным опроса жителей, в 2002 – 2005 гг. средний индекс фрустрированности в регионе остается на одном и том же уровне – 1,4 балла, что ниже, чем в 2000 г. (1,9 балла) и в 2001 г. (1,7 балла). Это соответствует очень низкому уровню фрустрированности (по шкале от 0 до 4 баллов; табл. 2.4).

Наиболее же высокие индексы по-прежнему фиксируются по таким позициям, как обстановка в обществе (государстве), личное материальное положение, сфера медицинского обслуживания.

В наименьшей степени неудовлетворенность, как и прежде, затрагивает сферу личных взаимоотношений.

С целью выявления факторов, способствующих распространению фрустрированности в региональном сообществе, рассмотрим

Таблица 2.4. Уровни социальной фрустрированности (в баллах)

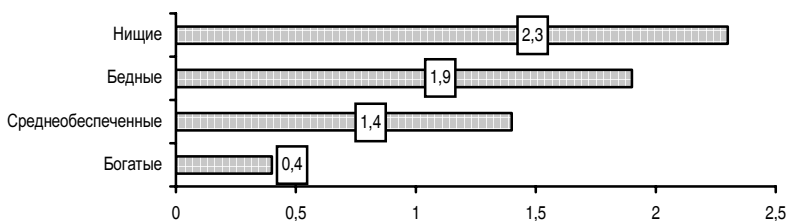
Уровень фрустрированности	Индекс
Отсутствие фрустрированности	0,0 – 0,4
Очень низкий	0,5 – 1,4
Пониженный	1,5 – 1,9
Неопределенный	2,0 – 2,4
Умеренный	2,5 – 2,9
Повышенный	3,0 – 3,4
Очень высокий	3,5 – 4,0

зависимость уровня фрустрированности жителей региона от их половозрастной принадлежности, уровня образования, семейного положения, социально-экономического статуса и постараемся выделить на их основе «группы риска».

Так, у женщин фрустрированность выражена несколько сильнее (1,4 балла), чем у мужчин (1,3 балла). При анализе по возрастному признаку обнаружено, что уровень фрустрированности лиц пенсионного возраста выше (1,4), чем среднего (1,3) и молодежи (1,2). Среди вдов (вдовцов) и холостых (незамужних) зафиксирован очень низкий уровень фрустрации (1,0 и 1,3 балла соответственно). Гражданский брак и особенно развод значительно повышают вероятность фрустрации (1,5 и 1,8). Фрустрированность городских жителей (1,4 балла) выше, чем тех, кто проживает в сельской местности (1,2). Наиболее высокий уровень фрустрированности обнаружен среди жителей региона, имеющих среднее специальное образование (1,5 балла).

Очевидна зависимость фрустрированности населения от социально-экономического положения респондентов, их общественного статуса, социальной самоидентификации. У респондентов, причисляющих себя к категории «богатые» (менее 1% всех опрошенных), фрустрированность отсутствует. И наоборот, чем более бедным считает себя человек, тем выше у него уровень фрустрированности (рис. 2.3).

Рис. 2.3. Зависимость уровня фрустрированности от социальной самоидентификации (в баллах)



Выявлена подобная же зависимость уровня фрустрированности от размера среднедушевого дохода в семье респондентов (табл. 2.5).

Итак, наиболее высокие индексы фрустрированности наблюдаются у женщин пенсионного либо среднего возраста, у тех, кто состоит в разводе либо проживает в гражданском браке, и тех, кто

Таблица 2.5. Зависимость уровня фрустрированности от размера среднедушевого дохода в семье (в %)

Уровень фрустрированности	Доля в выборке	Ниже 1 прожиточного минимума	1 – 2 прожиточных минимума	Более 2 прожиточных минимумов
Очень низкий уровень фрустрированности или ее отсутствие	35,6	33,1	21,5	11,4
Пониженный или неопределенный уровень фрустрированности	54,3	45,5	26,4	7,0
Умеренный уровень фрустрированности	7,5	54,1	29,4	5,5
Повышенный или очень высокий уровень фрустрированности	2,6	73,7	15,8	0,0
По области в целом	100	42,5	24,6	8,3

относит себя к категории «бедные» и «нищие». Нельзя вместе с тем игнорировать тот факт, что, судя по данным других опросов, проведенных ВНКЦ ЦЭМИ РАН, значительная часть жителей региона являются «бедными» и «нищими», вынужденными постоянно заботиться о первичных потребностях; они оценивают политическую ситуацию как напряженную, критическую, взрывоопасную, опасаются пребывания на улицах вечером и днем и не чувствуют себя в безопасности даже дома. Все это свидетельствует о наличии хронического стресса, это описание соответствует классическому состоянию фрустрации. Таким образом, необходимо сопоставление и дополнительный анализ полученных результатов с данными методик исследования психического здоровья населения, например с уровнем распространенности среди населения пограничных психических расстройств, с целью получения наиболее полной и достоверной информации о состоянии общественного психического здоровья.

Учитывая влияние экономических факторов на состояние общественного психического здоровья, необходимо изучить динамику основных показателей социально-экономического положения в регионе. Наиболее негативные условия для психического здоровья населения сложились в 90-х гг. прошлого века.

С начала радикальных социально-экономических преобразований номинальные доходы населения области постоянно росли, однако основной вклад в этот процесс, за исключением 2000 – 2002 гг., вносила инфляция. Реальные же доходы населения в период с 1991 по 1998 г. снизились на 32% (табл. 2.6). Уровень безработицы за аналогичный период увеличился в 2,5 раза (с 5 до 13%).

Таблица 2.6. Денежные доходы населения Вологодской области

Показатель	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.
Среднедушевые денежные доходы, руб.*	499	699	877	870	1 371	1 985	2 638	3 406	4 362
Реальные располагаемые денежные доходы, в %к предыдущему году	91,2	92,5	109,2	82,3	89,1	118,8	111,8	111,5	109,4
К 1995 г.	100	92,5	101,0	83,1	74,1	88,0	98,4	109,7	120,0
К 1991 г.	91,5	84,6	92,4	76,0	67,7	80,5	90,0	100,3	109,7

*1995 – 1997 гг. – тыс. рублей.

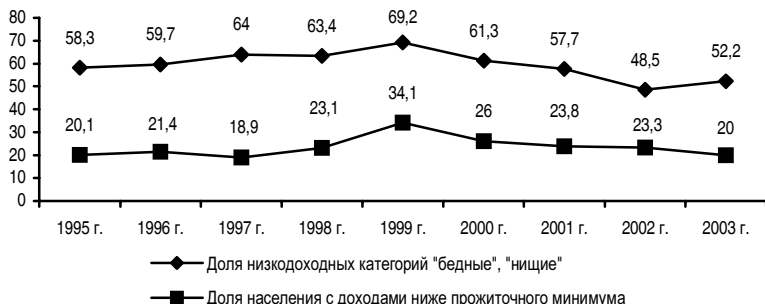
Источник: Статистический ежегодник Вологодской области за 1991 – 2003 гг.

Нельзя не отметить позитивных изменений, произошедших в этой сфере после 1999 г. Уровень реальных денежных доходов населения области постепенно увеличивался, хотя темп прироста этого показателя после 2000 г. снизился.

В период с 1999 по 2003 г. в регионе отмечалось сокращение доли населения с доходами ниже прожиточного минимума (с 34 до 20%), увеличение доли экономически активного населения (51 и 52%), снижение уровня безработицы (с 12 до 5% безработных в группе экономически активного населения).

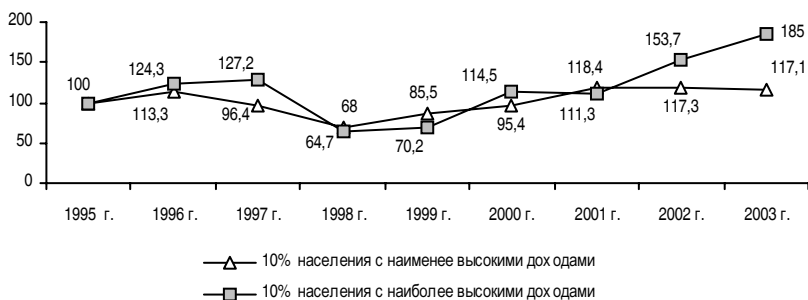
Тем не менее не теряет своей актуальности проблема бедности. В 2003 г. ниже черты бедности, по официальным оценкам, проживал каждый пятый житель области. Однако реально, как показывают социологические измерения, проводимые ВНКЦ ЦЭМИ РАН, к разряду бедных и крайне бедных можно отнести примерно половину населения (рис. 2.4).

Рис. 2.4. Динамика уровня бедности в Вологодской области
(в % от общей численности населения; нижняя линия – по данным госстатистики, верхняя – по данным социологических измерений ВНКЦ)



Результаты экономического роста служат пока, в первую очередь, укреплению благосостояния наиболее обеспеченных слоев населения. Как видно из данных *рисунка 2.5*, прирост реальных располагаемых доходов самых бедных слоев регионального сообщества в 2002 – 2003 гг. был в 1,3–1,6 раза ниже, чем наиболее обеспеченных. По официальной статистике, за период с 1999 по 2003 г. соотношение доходов 10% наиболее и 10% наименее обеспеченного населения увеличилось с 7,2 до 10,8 раза и превысило предельно-критический уровень, составляющий 10 раз¹.

Рис. 2.5. Динамика доходов различных групп населения Вологодской области (в % к 1995 г., по данным государственной статистики)



Результаты социологического опроса, проведенного нами в 2005 г., подтверждают, что перечень наиболее острых для жителей Вологодской области проблем открывают инфляция (66% населения), социальная незащищенность граждан (55%), снижение уровня жизни и невозможность улучшения жилищных условий (54%), рост безработицы (42%).

Таким образом, сложившаяся в регионе социально-экономическая обстановка сохраняет условия для формирования у части населения отрицательных эмоций (приводит к росту неуверенности в завтрашнем дне, беспокойству, тревоге) и может способствовать распространению в этой группе различных пограничных психических расстройств и предболезненных состояний, а также развитию косвенных проявлений психического неблагополучия.

¹ В развитых странах Европы и США этот показатель составляет от 4 до 8 раз.

Последние можно условно разделить на два типа: гетеродеструктивные (преступные) и аутодеструктивные формы поведения (алкоголизм, наркомания, суициды и т.д.). Их анализ позволил сделать следующие выводы.

Проблема «роста преступности», по мнению жителей региона, устойчиво занимает второе место по степени актуальности и остроты после «инфляции» (в 2005 г. так считало 60% опрошенных).

Официальные данные подтверждают сложившееся мнение. За последнее десятилетие в Вологодском регионе криминогенная обстановка стала более напряженной. Количество преступлений в 2004 г. возросло почти на 80% по сравнению с 1991 г. (в т.ч. убийства – на 40%, хулиганство – на 66%, а грабежи и разбои – в 4 раза; табл. 2.7).

Таблица 2.7. Криминогенная обстановка в Вологодской области (в среднем преступлений за месяц)

Показатели	1991 г.	1995 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2003 г.	2004 г.	Темпы роста к 1991 г. (в %)
Зарегистрировано случаев преступлений	1 578	2 279	2 594	2 950	2 889	2 878	2 579	2 825	179
Из них:									
- убийств	15,6	18,8	19,8	20,7	20,0	24,2	21,7	21,8	140
- хулиганства	110,7	194,4	160,8	162,7	163	178,3	180,4	184,1	166
- изнасилований и покушений на изнасилование	8,2	7,5	10,2	9,5	8,7	9,7	10,0	8,1	98
- грабежей и разбоев	72,3	127,3	137,5	157,9	164,4	170,6	201,6	294,4	407

Источник: О положении в экономике и социальной сфере Вологодской области за 1991 – 2003 гг.: Доклады Госкомстата РФ.

Еще одним показателем негативной обстановки в сфере общественного психического здоровья служит высокий уровень самоубийств. Суицидальное поведение является одной из форм саморазрушающегося (аутодеструктивного) поведения. Некоторые исследователи определяют его как «скрытое самоубийство» или «бессознательное суицидальное поведение». К аутодеструктивному поведению относятся любые действия, над которыми у человека имеется некоторый реальный или потенциальный волевой контроль, способствующие продвижению индивида в направлении более ранней физической смерти. Таким образом, скрытое самоубийство включает в себя курение, злоупотребление алкоголем и наркотиками, сознательное несоблюдение правил дорожного движения и многие другие актуальные проблемы современного общества.

Девять из десяти стран в списке государств с наивысшим уровнем самоубийств относятся к Восточной Европе¹, а первые пять мест по смертности от суицида в мире занимают страны бывшего СССР. По данным ВОЗ², это Литва, Россия, Беларусь, Латвия, Эстония.

Россия, согласно классификации ВОЗ, входит в последнюю, третью, группу «высокого и очень высокого уровня самоубийств», наряду со странами Балтии. Смертность от самоубийств в Вологодской области (в 2003 г. – 52 случая на 100 тыс. нас.; см. *цв. вклейку, рис. 2.6*) выше среднего по России (36 случаев на 100 тыс. нас.) на 45% и предельно допустимого ВОЗ (20 на 100 тыс. нас.) в 2,5 раза. В 2004 г., тем не менее, уровень суицидов в регионе снизился до 47 случаев на 100 тыс. нас.

Резкий рост уровня суицидов в регионе (как и в России в целом) наблюдался в период 1991 – 1994 гг. (с 31 до 57 случаев на 100 тыс. нас.); затем всплеск самоубийств был зафиксирован в 1999 г. (61 случай на 100 тыс. нас.), что, на наш взгляд, явилось следствием финансово-экономических кризисов в стране.

В ряде районов области уровень самоубийств в 7 раз превышает предельно-критический (например, в 2004 г. в Вожегодском районе он составил 133, в Верховажском – 142 случая на 100 тыс. нас.; см. *цв. вклейку, рис. 2.7*).

По данным статистики³, в регионе в 2004 г. 86% покончивших жизнь самоубийством составляли мужчины, 62% – жители села, 58% – люди среднего возраста. Однако следует учесть, что женщины чаще склонны к так называемым демонстрационным и незавершенным суицидам. Каждый шестой завершенный суицид был совершен лицом, не достигшим 30 лет, каждый пятнадцатый – ребенком до 18 лет. Таким образом, молодежь составляет на сегодняшний день суицидально опасную референтную группу, особенно те ее представители, которые имеют нарушения межличностных отношений – «одиночки», а также лица, злоупотребляющие алкоголем и наркотиками, отличающиеся девиантным или криминальным поведением, включающим насилие.

¹ Ютан К. Что такое охрана психического здоровья [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.aiha.com/russian/pubs/fall00/intro03.cfm>.

² Suicide rates. World Health Organization/http://www.who5.int/mental_health

³ Структура причин смерти населения Вологодской области в 2003 году: Экспресс-информация / Вологодский облкомстат. – Вологда, 2004. – 138 с.

Рис. 2.6. Уровень самоубийств в России и Вологодской области в период 1990 – 2004 гг. (умерших на 100 тыс. населения)

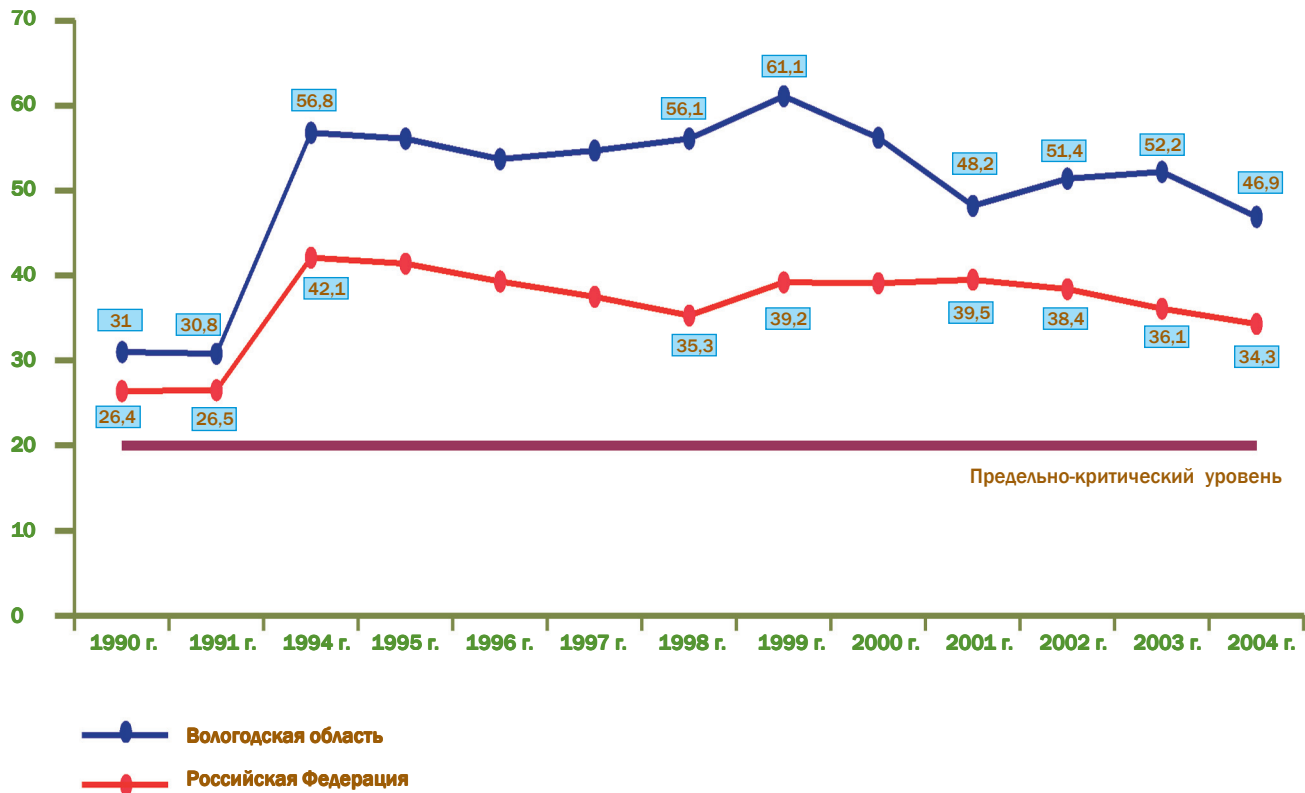
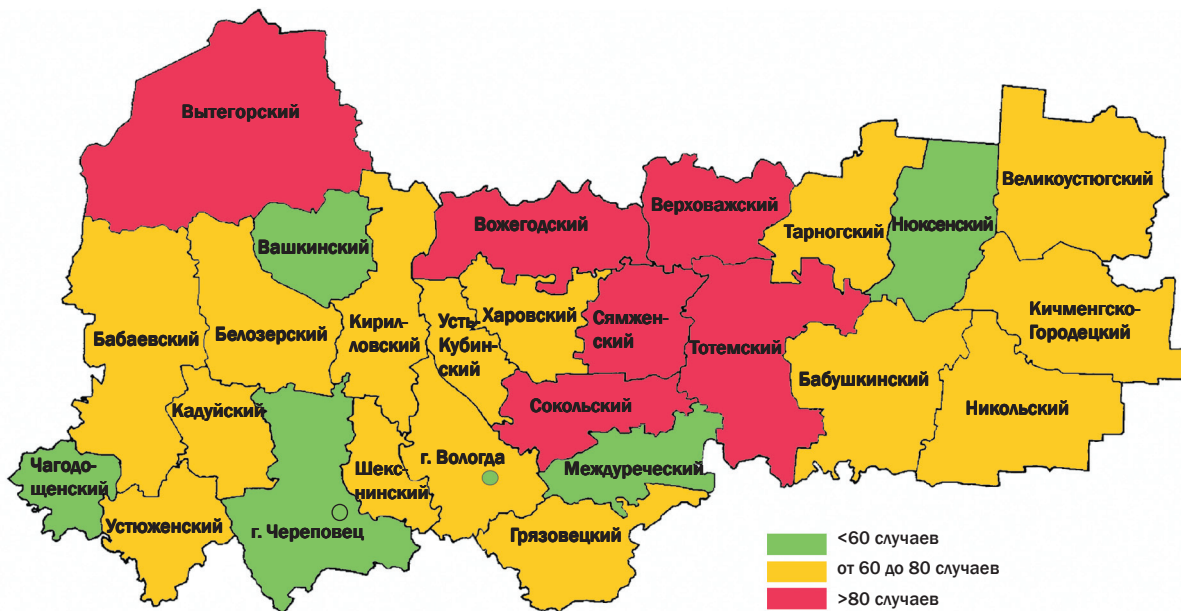


Рис. 2.7. Суицидальная активность населения районов Вологодской области
(среднее значение за период 1999 – 2004 гг., случаев на 100 тыс. населения)



■ <60 случаев
■ от 60 до 80 случаев
■ >80 случаев

Наименее суицидально активные районы (<60 случаев на 100 тыс. населения)	
Нюксенский	59,5
Вашкинский	56,8
Череповецкий	56,8
Междуреческий	55,4
Чagodощенский	53,9
г. Вологда	36,9
г. Череповец	34,8

Районы со средней степенью суицидальной активности (от 60 до 80 случаев на 100 тыс. населения)			
Харовский	79,7	Бабаевский	66,7
Кичм.-Городецкий	76,1	Устюженский	64,5
Грязовецкий	74,5	Шекснинский	63,9
Тарногский	73,9	Усть-Кубинский	63,6
Кирилловский	73,1	Вологодский	63,0
Великоустюгский	71,5	Кадуйский	62,3
Бабушкинский	68,3	Белозерский	60,1
Никольский	67,9		

Районы с повышенной степенью суицидальной активности (от 60 до 80 случаев на 100 тыс. населения)	
Верховажский	119,8
Вожегодский	95,8
Сокольский	95,4
Вытегорский	87,7
Сямженский	87,2
Тотемский	81,9

По данным Ю.Г. Демьянова, треть суицидентов идут на такой поступок по причине невозможности решить свои проблемы иным способом, треть – вследствие развития психического заболевания (в т.ч. галлюцинаций, бредовых идей), а оставшаяся треть – находясь в реактивных состояниях (неврозы, реактивные психозы¹). По данным В.Ф. Войцеха, 65% случаев самоубийств предшествуют гибель родных и близких, конфликты в семье, разрыв с любимым человеком. Т.В. Самохина полагает, что половина всех суицидентов воспитывались в разрушенных родительских семьях (особенно часто в тех, где один родитель погиб прежде, чем ребенку исполнилось 7 лет). По мнению Д.С. Исаева и К.В. Шеретнева, непосредственное отношение к завершению самоубийства имеет алкоголизм (в 30% случаев, а среди молодежи – около 50%).

В проблему суицидального поведения, суицидального риска вовлечены значительное количество тех людей, чья смерть не связана напрямую с самоповреждением (т.е. их попытки не привели к смерти), а также близкие и родственники суицидентов.

Согласно формуле экспертов ВОЗ, на каждый завершённый суицид приходится:

- 10 – 20 попыток (незавершённых) суицидов;
- 100 людей, имеющих суицидальные намерения («внутренний суицидальный дискурс»);
- 8 близких, вовлечённых в проблему, риск развития суицида среди которых также резко возрастает.

После проведения арифметических действий выясняется, что в проблему суицида в 2004 г. было вовлечено более 72 тысяч человек (из них непосредственно покончили жизнь самоубийством 587), что составляет 5,5% всего населения Вологодской области.

Согласно результатам социологических опросов, проводимых ВНКЦ ЦЭМИ РАН, рост алкоголизма также беспокоит значительную часть жителей региона. Причем если в 2000 г. четверть населения считало данную проблему острой, то в 2005 г. эта доля увеличилась до каждого второго.

¹ Реактивные психозы – временные обратимые разнообразные по клинической картине психические болезни, протекающие в форме помрачения сознания, бреда, аффективных и двигательных расстройств; возникают в результате психической травмы (Малая медицинская энциклопедия в 6 томах, 1991 – 1996).

Данные Областного комитета государственной статистики¹ подтверждают, что беспокойство населения небезосновательно. За 2000 – 2004 гг. увеличились более чем в 2 раза количество алкогольных психозов (с 76 до 149 на 100 тыс. населения против 97 на 100 тыс. нас. в РФ в 2004 г.; смертность жителей региона от отравлений алкоголем (с 395 до 825 умерших), среднедушевое потребление пива (с 49,7 л в 2001 г. до 102,7 л в 2004 г.). В 2004 г. в связи алкоголизмом и алкогольным психозом состояло на учете в наркодиспансере 17,5 тысячи жителей Вологодской области, 1855 из них этот диагноз был поставлен впервые.

Смертность жителей региона от отравлений алкоголем также возросла. Число несовершеннолетних, злоупотребляющих алкоголем, приближается к 800 (1% их общей численности), включая алкогольный психоз – 2, хронический алкоголизм – 7. Значительно возросло число подростков, злоупотребляющих пивом и газированными слабоалкогольными напитками (например, джин-тоник). Агрессивная реклама пива в СМИ, направленная на молодежную среду, приводит в реальной жизни к такой широко распространенной картине: группы подростков (и, что еще более настораживает, беременные молодые женщины) в подъезде, в транспорте, на лавочке и даже возле школы – с пивными бутылками в руках.

В 2004 г. число жителей Вологодской области, состоящих на учете по поводу наркомании, увеличилось по сравнению с 1998 г. почти в десять раз (со 172 до 1602). Причем каждый восьмой из них – ребенок. Социальный портрет наркомана выглядит следующим образом: 20-летний мужчина (84%), выросший в неполной семье (33%), имеющий среднее (34%) или среднее специальное (43%) образование, неработающий (67%). Реальные масштабы распространения наркомании, по мнению многих ученых, в 20 – 50 раз шире, чем данные медицинской статистики. Учитывая то, что каждый не включенный в реабилитационный процесс молодой наркоман вовлекает в употребление наркотиков еще 10 – 15 человек из своего окружения, легко предположить, что в ближайшем будущем реально в проблему наркомании в Вологодском регионе может быть вовлечено от 50 до 100 тыс. молодых людей.

¹ О социально-экономическом положении Вологодской области за 1998 – 2003 гг.: Доклады / Вологодский облкомстат. – Вологда, 2004.

Наибольшего распространения наркомания достигла в Шекснинском районе, где на 10 тыс. населения приходится 92,9 наркомана. Второе место занимает Череповец (89,3), третье – Вологда (58,2).

Одним из негативных последствий активизации наркомании стало распространение в регионе ВИЧ-инфекции. Так, если в 1998 г. было зарегистрировано три ВИЧ-инфицированных, то в 2003 г. их число увеличилось до 6 тыс. На 01.11.2004 г. на территории Вологодской области насчитывалось 816 жителей, которым был поставлен диагноз СПИД. Это также способствует ухудшению ситуации в сфере общественного психического здоровья, порождая негативные чувства и эмоции (страх, отчужденность).

Суицид (и другие формы аутодеструктивного поведения), как правило, является исходом затяжной депрессии, причем, как свидетельствуют мировые данные, лишь у 15% лиц, совершивших суицид, психическое расстройство было выявлено до этого трагического события¹. Остальные же 85% остались вне поля зрения специалистов. Иначе говоря, масштабы недиагностируемых депрессий значительно шире.

С целью выявить пласт неучтенной пограничной патологии психики у жителей региона, в рамках опроса общественного мнения было изучено распространение некоторых негативных психоэмоциональных состояний: невротических, тревожных и депрессивных расстройств.

Согласно полученным данным, в Вологодской области в 2005 г. доля жителей региона, имевших признаки невротического расстройства, составила 22%, признаки депрессии – 31%, повышенной тревоги – 34% (табл. 2.8; см. цв. вклейку, рис. 2.8).

Рассмотрим социальные характеристики людей, находящихся в состоянии невротического расстройства. Среди мужчин таковых 19%, в то время как среди женщин значительно больше – 25%. Три четверти последних находятся в пенсионном возрасте, а четверть – в среднем. Среди мужчин наблюдается иная картина: 57% из них относятся к возрастной группе от 30 до 60 лет, 24% – молодежь и только 19% – пенсионеры.

¹ Ютан К. Что такое охрана психического здоровья [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.aiha.com/russian/pubs/fall00/intro03.cfm>.

Рис. 2.8. Динамика распространения среди населения Вологодской области признаков тревоги, депрессии, невротического расстройства (в % от числа опрошенных)

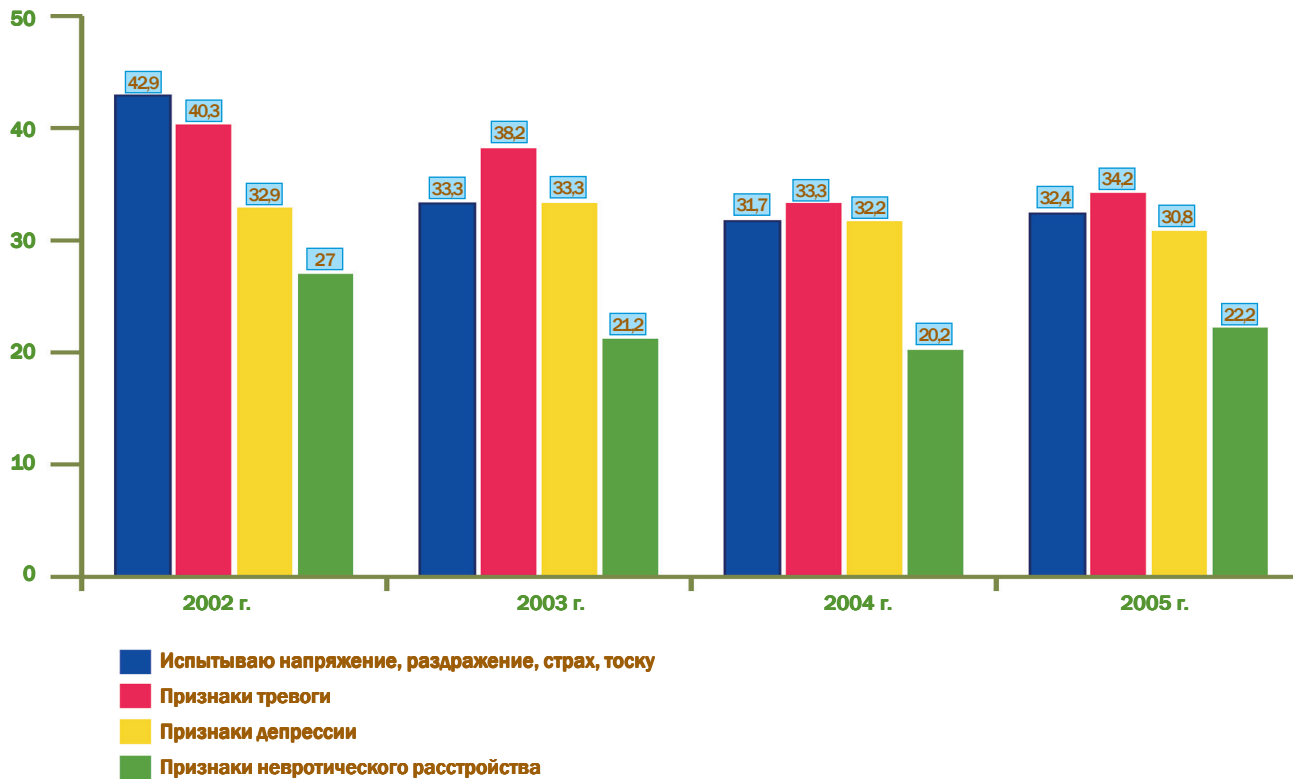


Таблица 2.8. Уровень тревоги и депрессии среди жителей Вологодской области в 2002 – 2004 гг. (в %)

Уровень тревоги и депрессии	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.
<i>Уровень тревоги в норме</i>	59,5	61,1	66,3	65,8
Уровень тревоги превышает норму, в т.ч.:	40,3	38,2	33,3	34,2
– субклинически выраженная тревога	37,8	35,4	30,6	31,5
– клинически выраженная тревога	2,5	2,8	2,7	2,7
<i>Уровень депрессии в норме</i>	66,8	66,5	67,4	69,2
Уровень депрессии превышает норму, в т.ч.:	32,9	33,3	32,2	30,8
– субклинически выраженная депрессия	30,3	30,3	29,1	28,5
– клинически выраженная депрессия	2,6	3,0	3,1	2,3
<i>Признаки невротического расстройства</i>	27,0	21,2	20,2	22,2

Семейное положение респондентов также оказывает влияние на наличие у них признаков невротического расстройства. Наибольшая доля опрошенных, набравших свыше 24 баллов, зафиксирована среди вдов (49%) и разведенных (39%). Наименьшее количество людей, имеющих симптомы невротического расстройства, – среди холостых и незамужних (25%).

Зависимость наличия признаков невротического расстройства у жителей области от уровня их образования следующая: чем выше уровень образования, тем меньше вероятность появления данных симптомов. Так, если из числа опрошенных с начальным или неполным средним образованием признаки невротического расстройства отмечают у себя 39%, то среди тех, кто получил среднее или среднее специальное образование, – 33%, а среди тех, кто имеет незаконченное высшее или высшее, – только 24%.

Среди сельских жителей симптомы данного расстройства распространены несколько больше (32%), чем среди городских (30%).

Показательно влияние социально-экономических факторов на наличие у жителей региона признаков невротического расстройства. Лица, страдающие неврозом, отличаются худшим материальным положением, покупательной способностью, социальной самоидентификацией по сравнению с жителями региона в целом (табл. 2.9). В этой связи интересно то, что наиболее высокая вероятность появления невротического расстройства наблюдается среди инвалидов и безработных (50% в каждой группе).

Таким образом, чаще подвержены невротизации сельские жители, женщины, лица среднего и пенсионного возраста, неблагополучные в семейном отношении. Чем ниже уровень образования и

Таблица 2.9. Зависимость уровня невротизации от социально-экономических условий жизни населения (в %)

Варианты ответов	В областной выборке	Доля имеющих признаки невротического расстройства
<i>Характеристика денежных доходов</i>		
Денег вполне достаточно, чтобы ни в чем себе не отказывать	3,2	19,1
Покупка большинства товаров длительного пользования (холодильник, телевизор) не вызывает у нас трудностей, однако покупка автомашины сейчас недоступна	8,0	14,9
Денег достаточно для приобретения необходимых продуктов и одежды, однако более крупные покупки приходится откладывать на потом	38,8	24,7
Денег хватает только на приобретение продуктов питания	37,2	36,8
Денег не хватает даже на приобретение продуктов питания, приходится влезать в долги	10,8	45,2
<i>Социальная самоидентификация</i>		
Богатые	1,9	17,9
Люди среднего достатка	41,9	23,2
Бедные	36,5	38,8
Нищие	5,7	40,0
<i>Среднедушевой доход</i>		
Более двух прожиточных минимумов	7,4	18,3
От одного до двух прожиточных минимумов	22,9	29,2
Не превышает одного прожиточного минимума	36,1	36,1
Доход (в руб., на одного члена семьи)	2 081	1 841

личного материального положения людей, тем больше опасность возникновения у них признаков невротического расстройства.

Депрессия – психическое аффективное расстройство, характеризующееся снижением настроения, общего тонуса и активности. Депрессия серьезно влияет на качество жизни и адаптационные возможности человека (трудовую активность, личные отношения и т.д.). Это одно из наиболее распространенных душевных расстройств. Депрессивные расстройства в настоящее время опережают прочие психические заболевания и занимают четвертое место в мире среди всех заболеваний. Депрессия в ее различных клинических вариантах признается сейчас лидирующей в ряде основных причин снижения трудоспособности по доле потерянных для полноценной жизни лет.

Согласно полученным в ходе социологического опроса результатам 2,5% респондентов находятся в состоянии клинически выраженной тревоги или депрессии, у трети – субклинически выраженная тревога или депрессия (см. табл. 2.8). Таким образом, примерно 40 тысяч жителей региона нуждаются в амбулаторном наблюдении,

фармакотерапии по поводу тревоги и депрессии, а 400 тысячам вологжан требуется психокоррекция и консультативная помощь специалиста в связи с повышенной тревожностью или депрессией.

Рассмотрим группу жителей области, у которых зафиксирован повышенный уровень тревоги и депрессии (субклинически и клинически выраженной). Наиболее тревожны женщины (46%; табл. 2.10).

Таблица 2.10. Уровень тревоги и депрессии в половозрастном разрезе (в % от числа всех респондентов данной социальной группы)

Уровень тревоги и депрессии	Мужчины	Женщины	Молодежь	Средний возраст	Пенсионный возраст
Субклинически и клинически выраженная тревожность	32,2	46,1	21,8	43,0	43,4
Субклинически и клинически выраженная депрессия	33,1	33,0	19,8	40,3	28,9

Что касается этих показателей в возрастном разрезе, то 43% людей среднего и пенсионного возраста испытывают состояние тревоги, превышающее норму. 40% жителей области в возрасте от 30 до 55 (60) лет имеют субклинически и клинически выраженную депрессию.

Влияние семейного положения на уровень этих негативных психологических состояний выражается в следующем. Повышенный общий уровень тревоги и депрессии наблюдается среди вдов или вдовцов (табл. 2.11), а также среди тех, кто проживает в гражданском браке, и разведенных.

Таблица 2.11. Уровень тревоги и депрессии в зависимости от семейного положения (в % от числа всех респондентов данной социальной группы)

Семейное положение	Субклинически и клинически выраженная тревожность	Субклинически и клинически выраженная депрессия
Зарегистрированный брак и проживают совместно	39,4	34,1
Зарегистрированный брак, но проживают раздельно	31,5	43,1
Гражданский брак	48,6	32,7
Разведены	45,3	35,7
Холостые (незамужем)	31,6	20,6
Вдовы (вдовцы)	65,3	59,1

Социальная самоидентификация тоже оказывает влияние на уровень тревоги и депрессии. Самые высокие показатели наблюдаются среди «нищих» и «бедных» (табл. 2.12). Характерно то, что уровень тревоги и депрессии высок в таких малообеспеченных группах, как инвалиды, безработные и пенсионеры.

Таблица 2.12. Уровень тревоги и депрессии в зависимости от социальной самоидентификации (в % от числа всех респондентов данной группы)

Уровень тревоги и депрессии	Богатые	Люди среднего достатка	Бедные	Нищие
Субклинически и клинически выраженная тревожность	7,1	31,3	52,1	68,7
Субклинически и клинически выраженная депрессия	7,1	21,9	44,1	60,7

Весьма показательно и влияние личного материального состояния. Так, например, среднедушевой доход в семьях респондентов с клинически выраженной тревогой и депрессией в 2005 г. составлял 2781 руб., у имеющих субклинически выраженную тревогу и депрессию – 3335 руб., а у тех, чей уровень тревоги и депрессии в норме, – 3905 руб. В целом 61% респондентов с признаками субклинически выраженной тревоги и депрессии и 78% тех, у кого обнаружены явные симптомы тревоги и депрессии, имеют среднедушевой доход в месяц менее одного прожиточного минимума.

На основании вышеизложенного можно заключить следующее: уровень депрессии выше среди женщин среднего и пенсионного возраста, неблагополучных в семейном отношении (вдов и разведенных) и малообеспеченных.

О неравномерности распространения тревожно-депрессивных и невротических состояний у населения различных районов Вологодской области говорят данные *таблицы 2.13.*

Таблица 2.13. Коэффициенты распространения негативных психоэмоциональных состояний в районном разрезе

Территория	Депрессия	Тревога	Невротическое расстройство
г. Вологда и Вологодский р-н	1,07	0,96	1,08
г. Череповец и Череповецкий р-н	0,87	0,93	0,95
Кирилловский р-н	0,9	0,85	1,78
Вожегодский р-н	1,13	0,71	0,65
г. Грязовец	0,92	1,16	1,37
Великоустюгский р-н	1,38	1,36	1,24
п. Бабаево	1,08	0,62	0,65
Тарногский р-н	1,26	1,25	1,15
п. Шексна	1,58	1,77	1,29
Среднее по области	1,0	1,0	1,0

Уровень депрессии, превышающий среднеобластной показатель, наблюдается во всех районах, кроме Грязовецкого, Кирилловского и Череповецкого. Наиболее предрасположены к тревоге жители

Шекснинского, Великоустюгского, Тарногского и Грязовецкого районов. Таким образом, судя по результатам опросов, наиболее подвержено риску невротического расстройства, депрессии и тревоги население Великоустюгского, Тарногского и Шекснинского районов, что не соответствует статистическим данным по заболеваемости и болезненности психическими расстройствами.

Самый высокий уровень заболеваемости (в пять раз выше среднего) и болезненности (в 1,2 раза выше среднего) психическими расстройствами наблюдается, как мы уже отмечали, в Бабаевском районе; депрессивность жителей данного района также выше средней по области. Уровень заболеваемости выше среднего показателя по области отмечен и в Великоустюгском (на треть), и Шекснинском (на 15%) районах. Как показывают результаты использованных при опросе методик, уровень тревоги, депрессии и невротизации в этих районах тоже выше среднего по области.

Самыми благополучными в плане психического здоровья территориями региона являются г. Череповец и Череповецкий район. По нашему мнению, это связано с высоким уровнем жизни и благосостояния жителей г. Череповца, в котором расположено крупнейшее предприятие металлургической промышленности «Северсталь».

Итак, данные по районам, полученные в результате опроса о неучтенной патологии (невротические расстройства, тревога и депрессия), не всегда подтверждаются данными официальной статистики.

По мнению экспертов ВОЗ, причина 30% всех обращений к врачам общей практики в европейских странах – это проблемы, связанные с психическим здоровьем¹. Согласно данным социологических опросов, исследования, проведенного нами совместно со специалистами департамента здравоохранения Вологодской области в 2002 – 2003 гг., в некоторых лечебно-профилактических учреждениях (Устюженская центральная районная больница, поликлиника №3 г. Вологды, многопрофильная больница г. Вологды) уровень тревоги и депрессии среди их пациентов выше среднего по области на 10 – 25% (табл. 2.14).

¹ Психическое здоровье населения Европейского региона ВОЗ: Факты и цифры ЕРБ ВОЗ. – Копенгаген; Вена, 8 сент., 2003 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // <http://www.med.by/who/2003/fs0303r.pdf>

**Таблица 2.14. Уровень тревоги и депрессии среди пациентов
лечебно-профилактических учреждений и населения Вологодской области
в целом в 2002 – 2003 гг. (в % к данной группе)**

Уровень тревоги и депрессии	2002 г.		2003 г.	
	Среднее по области	Поликлиника №3	Среднее по области	Городская больница
Отсутствие тревоги	59,5	55,3	61,1	53,7
Субклинически выраженная тревога	37,8	40,1	35,4	43,2
Клинически выраженная тревога	2,5	4,6	2,8	3,1
Отсутствие депрессии	66,8	61,2	66,5	59,5
Субклинически выраженная депрессия	30,3	34,1	30,3	33,5
Клинически выраженная депрессия	2,6	4,7	3,0	7,0

Особенно высокие показатели тревожности и депрессивности наблюдаются на гастроэнтерологическом отделении (62 и 54% соответственно; табл. 2.15) вологодской городской многопрофильной больницы и ее втором кардиологическом отделении (по 51%), которое принимает пациентов с острой формой заболевания.

**Таблица 2.15. Уровень тревоги и депрессии среди пациентов
различных отделений больницы г. Вологды и населения Вологодской области
в целом в 2003 г. (в % к данной группе)**

Отделения городской больницы	Тревога			Депрессия		
	Нет	Субклинически выраженная	Клинически выраженная	Нет	Субклинически выраженная	Клинически выраженная
Неврологическое	60,0	40,0	0,0	75,0	25,0	0,0
1 кардиологическое	57,9	36,8	5,3	63,2	28,9	7,9
2 кардиологическое	48,8	46,5	4,7	48,8	41,9	9,3
Ревматологическое	64,3	33,3	2,4	69,0	28,6	2,4
Гастроэнтерологическое	38,2	60,5	1,3	46,1	44,7	9,2
Пульмонологическое	71,1	23,7	5,3	76,3	15,8	7,9
Среднее среди пациентов	53,7	43,2	3,1	59,5	33,5	7,0
Среднее по области	61,1	35,4	2,8	66,5	30,3	3,0

Уровень клинически выраженной депрессии (9%) у пациентов данных отделений более чем в три раза превосходит аналогичный показатель по области (3%). Подобная степень выраженности депрессии требует стационарного наблюдения и экстренной фармакологической и психотерапевтической помощи.

Обычно человеку (особенно при наличии сопутствующих тревоге и депрессии соматических заболеваний) легче обратиться в поликлинику, чем в специализированное учреждение (психотерапевтический центр, психоневрологический диспансер), образ которого в сознании по-прежнему остается непривлекательным и даже

пугающим. Учитывая вышесказанное, следует отметить, что необходима ранняя диагностика различных негативных психоэмоциональных состояний на уровне медицинских учреждений общего профиля, а также организация своевременной социально-психологической, психотерапевтической помощи.

Анализируя состояние общественного психического здоровья в регионе, можно сделать вывод о том, что на фоне отсутствия значимых изменений в статистических показателях заболеваемости и болезненности психическими расстройствами отмечается отрицательная динамика основных маркеров психического неблагополучия (уровень суицидальной активности, убийств, психического здоровья призывников, алкогольных психозов, наркотизации и проблема ВИЧ/СПИДа) и негативных данных, полученных в ходе социологических опросов о социальном настроении, уровне социальной фрустрированности, неучтенных тревожных, депрессивных и невротических состояниях жителей области. Нами была дана характеристика социально-эпидемиологической ситуации в сфере психического здоровья жителей региона и определены некоторые социально-демографические характеристики группы лиц, наиболее подверженных различным негативным психоэмоциональным состояниям. Обозначена зависимость психического здоровья от социально-экономических показателей.

2.2. Определение цены психического здоровья посредством стоимостного анализа

Анализ состояния общественного психического здоровья и его влияния на экономику невозможен без оценки социального и экономического ущерба, который наносится обществу вследствие распространения психических расстройств. Определение и расчет экономических потерь, вызываемых снижением количественных и качественных показателей образовательного и трудового потенциала в результате заболеваемости, инвалидности, преждевременной смертности, имеют важное значение как для разработки политики в области здравоохранения, так и для определения ресурсов, необходимых для снижения этих потерь¹.

¹ Карцевский А.В. Формирование региональной системы управления здравоохранением в условиях рынка (на примере Нижегородской области): Дис. на соиск. уч. ст. канд. экон. наук: 08.00.05. – Н. Новгород, 1996. – С. 13.

Остановимся на понятиях «ущерб», «потери», «бремя», используемых в исследовании. Ущерб выражается в уменьшении имущества либо неполучении дохода (т.е. упущенная выгода). Экономический ущерб – это стоимостное выражение ущерба, который наносится хозяйственному объекту, государству в целом, отдельному человеку, природе в результате ошибок и недостатков хозяйственной деятельности, а также хозяйственных преступлений и т.п.¹ Под потерями понимается часть производственных ресурсов (рабочая сила, средства и предметы труда), которая была израсходована без отдачи, без получения продукции, вообще не использовалась, т.е. не функционировала, простаивала². Бремя определяется как нечто трудное, требующее затрат³.

Осознание материально взвешенных размеров социально-экономических потерь от психических расстройств на различных уровнях дает возможность принятия и корректировки управленческих решений в сфере финансирования междисциплинарных лечебно-профилактических и информационно-образовательных программ, развития фармацевтической промышленности и создания новых поколений психотропных средств, разработки клинических руководств и алгоритмов лечения, страхового покрытия психиатрической помощи и усиления процессов интеграции психиатрических служб в систему общего здравоохранения. Таким образом, результаты экономических исследований в психиатрии имеют растущее научно-практическое значение при реформировании отечественных, в том числе региональных, психиатрических служб⁴.

На территории Вологодской области с 1999 г. проводилось исследование, одной из задач которого стал анализ социально-экономических потерь вследствие смертности населения региона, в том числе по причине психических расстройств⁵. Однако использовавшийся нами метод оценки социальных потерь не учитывал соци-

¹ Большой энциклопедический словарь / Под ред. А.Н. Азрилияна. – 5-е изд., доп. и перераб. – М., 2002. – С. 1116.

² Там же. – С. 732.

³ Там же. – С. 92.

⁴ Гурович И.Я., Любов Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. – М.: Медпрактика-М, 2003. – С. 114.

⁵ Ермаков С.П., Дуганов М.Д., Макеев А.Н., Колинко А.А. Финансовый макроанализ в здравоохранении (рекомендации по использованию на региональном и муниципальном уровнях). – М., 2000. – 96 с.

альные потери из-за инвалидности и нетрудоспособности психически больных лиц, а также потери вследствие смертности от алкоголизма, наркомании и других заболеваний, которые также являются выражением состояния общественного психического здоровья. В связи с этим выявленный ущерб от смертности только по причине психического расстройства, на наш взгляд, не отражает реальное бремя всей проблемы.

Для оценки текущего состояния и динамики социально-экономического ущерба от психических расстройств необходимо определить виды затрат (издержек) и выбрать методику экономической оценки.

При рассмотрении описанных в литературе различных типов классификаций экономических затрат на лечение различных заболеваний (в т.ч. психические расстройства) был создан следующий обобщенный вариант.

1. Прямые экономические затраты:

1.1. Прямые медицинские затраты:

- внебольничное лечение;
- амбулаторное лечение;
- лечение в диспансере;
- стационарная помощь (наиболее капиталоемкая и затратная служба здравоохранения);
- лекарственное обеспечение (для расчета данного вида затрат используются так называемые ABC- и VEN-анализы¹);
- лабораторные тесты;
- процедуры;
- затраты на приготовление лекарственного средства в аптеке;
- услуги и материалы, используемые персоналом клиники.

1.2. Прямые немедицинские затраты пациента и его близких:

- затраты на проезд на прием к врачу;
- затраты на сиделку;
- потери рабочего времени на неформальных опекунов (родственников) могут быть выражены в денежном эквиваленте как *невоспроизведенный продукт*.

¹ Воробьев П.А., Авксентьева М.В. ABC и VEN-анализы в клинико-экономических исследованиях // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2001. – №4. – С. 112.

1.3. Прямые немедицинские затраты учреждений здравоохранения¹:

- питание сотрудников;
- транспортировка медикаментов, сотрудников и клиентов;
- предоставление помещения;
- спецодежда и материалы.

1.4. Социальные выплаты по инвалидности, безработице и т.п.

2. **Социальные затраты** («социальное бремя болезни»²):

- потеря (кратковременная) трудоспособности в связи с госпитализацией;
- потеря (длительная) трудоспособности в связи с инвалидностью;
- смертность в трудоспособном возрасте;
- потеря продукции в течение времени, пока заболевший не заменен другим сотрудником;
- правонарушения больных.

3. **Неосязаемые** (нематериальные, неочевидные) **затраты** (последствия болезни, непосредственно не выражаемые денежными издержками)³:

- психоэмоциональная нагрузка (для пациента – эмоциональная реакция на болезнь и стигма лечения; для семьи – чувство стыда и вины, тревога за больного; для психиатрических служб – психологическое состояние медицинского персонала – «выгорание»; для общества – страх, вызываемый психически больными);
- нерыночные потери времени больного и его окружения, которые могли быть использованы на домашнее хозяйство, досуг (методы их оценки только разрабатываются и не унифицированы).

После определения видов социально-экономических затрат в связи с заболеванием были изучены наиболее современные методы экономического анализа в здравоохранении (подробнее они

¹ Мальцев В.И., Ефимцева Т.К., Белоусов Д.Ю. Типы и методы проведения фармакоэкономических исследований [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.apteka.ua/apteka/contribution/s_358_37_230902_021.asp

² Гурович И.Я., Любов Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. – М.: Медпрактика-М, 2003. – С. 29.

³ Там же.

рассмотрены в гл. 1). Напомним, что к их числу относятся: анализ минимизации затрат, метод «затраты – эффективность», «затраты – полезность», «затраты – выгода», «затраты – последствия» и стоимостной анализ.

Рассмотрев их достоинства и недостатки, мы приняли решение положить в основу расчета «цены психического здоровья» в Вологодской области стоимостной анализ (Cost-of-illness analysis).

Этот выбор мотивировался следующими причинами:

1) стоимостной анализ является элементарным этапом любого экономического анализа в здравоохранении и позволяет в дальнейшем расширить сферу использования его результатов (например, при анализе «затраты – эффективность» от внедрения некоторых программ или схем лечения);

2) он помогает достичь цели исследования на данном этапе – оценить «бремя психической патологии» (в настоящее время мы не ставим задачу оценить эффективность использования бюджетных средств и т.д.);

3) дает возможность оценить не только прямые, но и косвенные потери общества от распространения психических расстройств, а также их соотношение;

4) способствует определению психических заболеваний как социально значимых через оценку их влияния на состояние национальной экономики;

5) позволяет дать экономическое обоснование для совершенствования системы психиатрической помощи населению (посредством аргументации ассигнования дополнительных средств и распределения ограниченных медицинских ресурсов на целевые лечебно-профилактические программы, научные исследования; выделения приоритетов финансирования в здравоохранении и психиатрических службах; подготовки доказательной базы будущих проектов и более точных оценочных исследований; осуществления стоимостного контроля и планирования психиатрического бюджета; выявления резервов экономии медицинских ресурсов);

6) имеется доступ к необходимым для проведения стоимостного анализа статистическим данным.

В стоимостном анализе учитываются любые затраты, имеющие альтернативу использования и измеряемые в осязаемом денежном эквиваленте с привязкой к году исследования (единый временной срез).

Чтобы определить особенности бремени конкретной болезни или эффект конкурирующих лекарственных вмешательств, классифицируют издержки в связи с болезнью¹.

При стоимостном анализе различают и рассчитывают прямые (медицинские), косвенные (социальные) и неосязаемые затраты².

1. Прямые затраты (ДС).

Медицинские затраты отражают фактическое использование ресурсов, относящихся к лечению данной болезни на определенной территории; они определяются структурой, организацией медицинских служб и складываются из ряда более или менее легко учитываемых детализированных компонентов с опорой на конкретные ценные показатели.

Прямые расходы рассчитываются по формуле³:

$$ДС = C_1 + C_2 + C_3 + C_4,$$

где:

C_1 – затраты на лечение в психиатрической больнице;

C_2 – стоимость лечения в дневном стационаре;

C_3 – стоимость амбулаторной психофармакотерапии;

C_4 – стоимость врачебного посещения больного на дому (приравнена к стоимости амбулаторного приема) и визита медсестры (исходя из заработной платы при 42-часовой рабочей неделе, нормативного времени, отведенного на визит, и учетом времени на дорогу);

C – стоимость койко-дня; рассчитывается по формуле:

$$C = Зт + Нз + М + П + И + О + Нр/N,$$

где:

$Зт$ – расходы на оплату труда;

$Нз$ – начисления на заработную плату;

$М$ – расходы на медикаменты и перевязочные материалы;

$П$ – питание;

$И$ – износ мягкого инвентаря;

$О$ – износ оборудования;

$Нр$ – накладные расходы;

N в знаменателе – число койко-дней за год.

¹ Гурович И.Я., Любов Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. – М.: Медпрактика-М, 2003. – С. 26-27.

² Экономическая оценка эффективности лекарственной терапии (фармакоэкономический анализ) / Под ред. П.А. Воробьева. – М.: Ньюдиамед, 2000. – 80 с.

³ Гурович И.Я., Любов Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. – М.: Медпрактика-М, 2003. – С. 124.

В качестве *прямых немедицинских затрат* учтены расходы больного при лечении в дневном стационаре или амбулаторных больных при обращении к врачу (оплата в два конца без пересадки, если нет права на бесплатный проезд). Они обычно незначительны и поэтому не учитываются при стоимостном анализе.

2. Косвенные (социальные) затраты (ID).

Косвенные потери связаны с экономическими убытками общества вследствие болезни (потери или снижения трудоспособности и преждевременной, в работоспособном возрасте, смертности), определяемыми подходом «ценности человека» при оценке общественно-полезного труда и величины недопроизведенного валового внутреннего продукта.

Оценка данного вида затрат осуществляется по формуле¹:

$$ID = C_1 + C_2 + C_3 + C_4,$$

где:

C_1 – упущенный ВВП вследствие временной нетрудоспособности (далее – ВН; ВН определяется как количество рабочих дней, исходя из больничных листов):

$$C_1 = \frac{\text{потерянные рабочие дни} \times \text{ВВП на душу населения}}{\text{количество рабочих дней за анализируемый год}};$$

C_2 – упущенный ВВП вследствие безработицы пациента (безработный в течение года экономически равен инвалиду трудоспособного возраста).

C_3 – упущенный ВВП вследствие стойкой утраты трудоспособности (инвалидность 1–2 группы).

C_4 – упущенный ВВП в связи с преждевременной смертностью.

Потери работодателя подсчитывались на основе среднемесячной номинальной начисленной заработной платы, по размерам приравненной к пособию по временной нетрудоспособности (100%).

Данная методика стоимостного анализа использовалась *И.Я. Гуровичем* и *Е.Б. Любовым* (Московский НИИ психиатрии МЗ РФ) для оценки бремени шизофрении. Представляется целесообразным внести в нее некоторые изменения:

¹ Гурович И.Я., Любев Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. – М.: Медпрактика-М, 2003. – С. 125.

– дополнить расчет косвенных потерь учетом такого показателя, как потерянные годы потенциальной жизни вследствие смертности, в перерасчете на величину валового регионального продукта за соответствующий год;

– по причине трудоемкости формулы оценки прямых затрат (т.к. она предназначена для расчета расходов на лечение отдельно взятого заболевания, например шизофрении, в различных ЛПУ) и в связи с потребностью нашего исследования в комплексной оценке издержек на лечение всех учтенных психических расстройств было предложено использовать для этого данные ведомственной статистики о бюджетах психиатрических учреждений и психоневрологических интернатов.

С целью анализа динамики ущерба от психических расстройств изучены данные за период 1999 – 2001 гг. На момент исследования не было информации о валовом региональном продукте в 2002 и 2003 гг., а значит, не было возможности выразить через него абсолютные цифры и подсчитать косвенные потери.

Проанализируем косвенные потери общества от психических расстройств. В рамках стоимостного анализа к ним относятся потери вследствие смертности (в нашем исследовании к данной категории относятся и ПППЖ вследствие смертности), временной нетрудоспособности, стойкой утраты трудоспособности и безработицы психически больных людей.

Для оценки косвенных потерь потребовался ряд медико-статистических и медико-эпидемиологических показателей: количество больных, получающих психиатрическую помощь в Вологодской области; количество инвалидов в связи с психическим расстройством; доля среди них лиц трудоспособного возраста; количество рабочих дней, пропущенных по болезни; доля безработных среди больных; смертность от психических расстройств, а также ряд общих экономических показателей (*табл. 2.16*).

Полученные результаты представлены на *рисунке 2.9*. Остановимся более подробно на каждом из них.

➤ При анализе экономического ущерба вследствие смертности от психической патологии к данной группе заболеваний, помимо психических расстройств, были отнесены аффективные и поведенческие расстройства, самоубийства, алкогольные психозы, алкогольные заболе-

Таблица 2.16. Перечень общих экономических показателей, используемых авторами для расчета косвенных потерь от психических расстройств в Вологодской области

Показатель	1999 г.	2000 г.	2001 г.
Валовой региональный продукт (ВРП) в текущих ценах (млн. руб.)	465 278	70 233	69 862
Численность населения (тыс. чел.)	1 328	1 319	1 311
Валовой региональный продукт на душу населения (руб.)	35 036	53 247	53 289
Валовой региональный продукт на душу населения в перерасчете на рабочий день (N=253)	138,5	210,5	210,6
Среднемесячная номинальная заработная плата в Вологодской области (руб.)	1 673	2 562	3 511
Пособие по временной нетрудоспособности в Вологодской области (1 день болезни, в руб., N=22)	76,0	116,5	159,6
Средний размер назначенной месячной пенсии по инвалидности в Вологодской области (руб.)	551	875	1 212

Рис. 2.9. Потери от психических расстройств в Вологодской области в 1999 – 2001 гг. (среднее значение за изучаемый период, в % к ВРП)

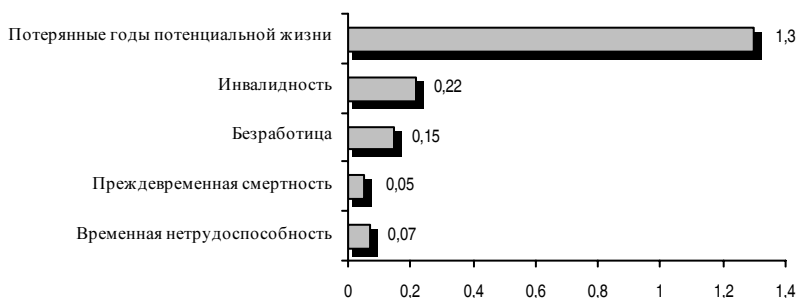


Таблица 2.17. Потери валового регионального продукта в Вологодской области вследствие смертности

Показатель	1999 г.	2000 г.	2001 г.	
Число умерших от психических расстройств (включая алкоголизм) в трудоспособном возрасте (чел.)	39	37	42	
Недопроизведенный ВРП вследствие смертности от психических расстройств	в рублях	1 366 408	1 970 135	2 238 142
	в % к ВРП	0,0029	0,0028	0,0032
Число умерших от самоубийств в трудоспособном возрасте (чел.)	527	489	505	
Недопроизведенный ВРП вследствие смертности от самоубийств	в рублях	18 644 025	26 037 734	26 910 996
	в % к ВРП	0,04	0,037	0,039
Число умерших от алкогольных болезней печени в трудоспособном возрасте (чел.)	75	83	83	
Недопроизведенный ВРП вследствие смертности от алкогольных болезней печени	в рублях	2 627 708	4 419 493	4 422 995
	в % к ВРП	0,0056	0,0063	0,0063
Итого вследствие смертности	в рублях	22 638 140	32 427 362	33 572 133
	в % к ВРП	0,049	0,046	0,048

вания печени. Из-за невозможности собрать информацию о дате смерти в каждом случае было сделано статистическое допущение о том, что все случаи произошли в середине года, а, значит, каждый умерший не произвел половину среднедушевого годового ВРП (табл. 2.17).

Отметим, что размер ущерба от преждевременной смертности меняется пропорционально колебаниям количества умерших. Например, при увеличении в период с 1999 по 2001 г. смертности на 10% повысились в среднем на 10% и потери ВРП.

➤ К потерям вследствие смертности были отнесены потери по индексу ППГЖ, рассчитанные по формуле, приведенной в п. 1.2. Для выражения в экономических единицах каждый потерянный человеко-год умножается на среднедушевой ВРП в изучаемом году. В результате были получены следующие данные (табл. 2.18).

Таблица 2.18. Потери по индексу ППГЖ в Вологодской области в 1999 – 2001 гг.

Показатель		1999 г.	2000 г.	2001 г.
Потерянные годы потенциальной жизни вследствие психических расстройств	человеко-годы	703	782	947
	в % к ВРП	0,052	0,059	0,072
Потерянные годы потенциальной жизни вследствие самоубийств	человеко-годы	15 548	14 584	13 466
	в % к ВРП	1,17	1,11	1,027
Потерянные годы потенциальной жизни вследствие алкогольных заболеваний печени	человеко-годы	1 650	1 772	1 772
	в % к ВРП	0,13	0,13	0,135
Итого ППГЖ	в рублях	627 181 226	912 545 372	862 484 084
	в % к ВРП	1,35	1,30	1,23

Наибольший ущерб вызван потерями, отражаемыми индексом ППГЖ (1,3% ВРП; см. рис. 2.9), подавляющую долю которого (83%) составляют потери вследствие самоубийств (1% ВРП; табл. 2.19). Потери, связанные с ППГЖ от распространения суицидов, выража-

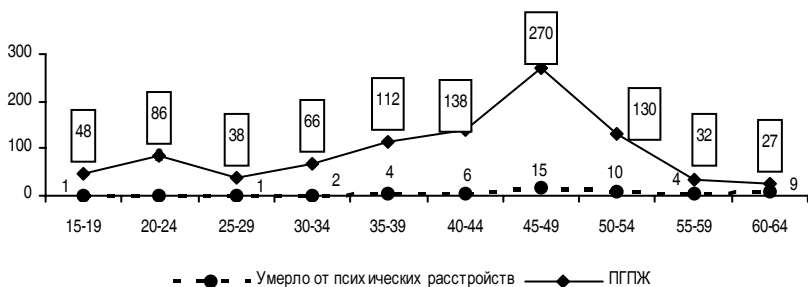
Таблица 2.19. Потери валового регионального продукта Вологодской области в результате смертности от различных причин в 2001 г.

Причина смерти	Потери ВРП от смертности		Потери ВРП вследствие ППГЖ	
	в млн. руб.	в % к ВРП	В млн. человеко-лет	в % к ВРП
Болезни системы кровообращения	90,4	0,13	1 772,1	2,536
Злокачественные новообразования	35,2	0,05	749,2	1,072
Самоубийства	27,0	0,039	717,6	1,027
Дорожно-транспортные происшествия	16,2	0,024	600,7	0,859
Убийства	16,0	0,022	420,2	0,601

емые в денежном эквиваленте, являются одними из наиболее высоких, уступая место лишь потерям вследствие смертности от болезни системы кровообращения и злокачественных новообразований.

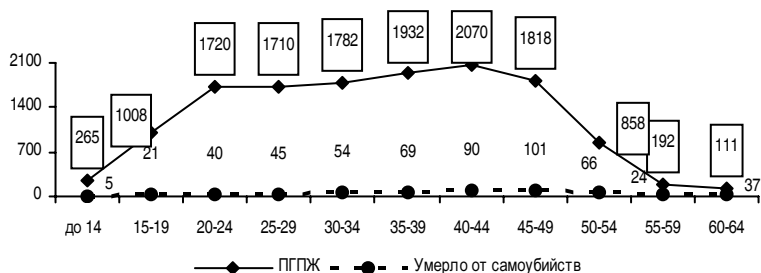
Высокие показатели потерянных лет потенциальной жизни вследствие психических расстройств (рис. 2.10) фиксируются среди молодежи (например, в 2001 г. в связи со смертью лишь двух молодых людей в возрасте от 20 до 24 лет было потеряно 86 человеко-лет) – за счет большого количества недожитых лет и в средних возрастных группах (от 35 до 55 лет) – преимущественно за счет более высокой смертности. Пик ущерба приходится на жителей в возрастном промежутке от 45 до 49 лет (270 человеко-лет).

Рис. 2.10. Смертность от психических расстройств (число случаев) и потерянные годы потенциальной жизни (человеко-годы) в Вологодской области в 2001 г. в различных возрастных группах



Наибольшие потери человеко-лет вследствие смертности от суицидов отмечены в возрастной группе от 20 до 50 лет (рис. 2.11).

Рис. 2.11. Смертность от самоубийств (число случаев) и потерянные годы потенциальной жизни (человеко-годы) в Вологодской области в 2001 г. в различных возрастных группах



В связи с самоубийством в 2001 г. 111 человек в возрасте до 30 лет общество недополучило 4703 человеко-года, что равноценно смерти двухсот сорокалетних или трехсот пятидесятилетних людей. Таким образом, смерть молодых людей, покончивших жизнь самоубийством, приносит значительный ущерб, и поэтому эта проблема требует пристального внимания со стороны органов социального управления.

➤ В структуру косвенных потерь, обусловленных временной нетрудоспособностью по причине психических расстройств, относится упущенный валовой региональный продукт, а также потери работодателя в связи с болезнью работника (табл. 2.20).

Таблица 2.20. Потери валового регионального продукта в Вологодской области вследствие временной нетрудоспособности

Показатель		1999 г.	2000 г.	2001 г.
Число дней временной нетрудоспособности среди лиц, страдающих психическими расстройствами		117 475	102 848,8	138 657,4
Потери ВРП в связи с временной нетрудоспособностью	в рублях	16 270 288	21 649 672	2 920 1248
	в % к ВРП	0,035	0,031	0,042
Потери работодателя (выплаты в связи с временной нетрудоспособностью)	в рублях	9 828 100	11 981 885,2	2 212 9721
	в % к ВРП	0,019	0,017	0,031
ИТОГО вследствие временной нетрудоспособности	в рублях	26 098 388	33 631 557	51 330 969
	в % к ВРП	0,056	0,048	0,073

Колебания показателя временной нетрудоспособности из-за психических болезней, в отличие от смертности по этой причине, сильно влияют на изменения бремени патологии. Так, в 2001 г. госпитализация лиц, страдающих психическими расстройствами, возросла по сравнению с 2000 г. на треть, в результате чего общие потери из-за временной нетрудоспособности увеличились на 52%, а потери работодателей – на 82%.

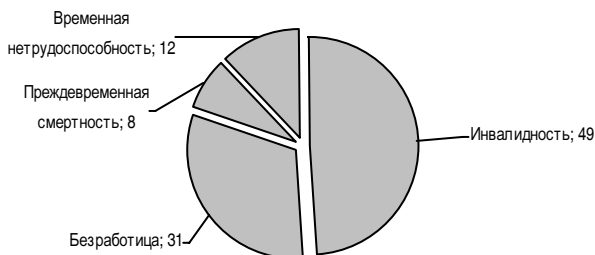
➤ В среднем 25% пациентов психиатрических учреждений являются инвалидами, что, несомненно, наносит значительный ущерб как обществу, так и ближайшему окружению больного. При анализе социально-экономических потерь в связи со стойкой утратой трудоспособности по причине психического расстройства нам необходимо знать число инвалидов 1 и 2 группы, находящихся в трудоспособном возрасте. Это позволит оценить недопроизведенный ими валовой региональный продукт, а также учесть потери государства в связи с выплатой ежемесячного пособия по инвалидности (табл. 2.21).

Таблица 2.21. Потери ВРП в Вологодской области вследствие инвалидности

Показатель	1999 г.	2000 г.	2001 г.	
Численность инвалидов в связи с психическим расстройством, чел.	6 977	6 870	6 991	
Выплаты пенсий по инвалидности	в рублях	3 844 327	6 011 250	8 473 092
	в % к ВРП	0,008	0,009	0,012
Неработающие инвалиды трудоспособного возраста	2 748	2 883	2 758	
Потери ВРП вследствие инвалидности	в рублях	100 123 530	159 522 065	155 444 430
	в % к ВРП	0,215	0,227	0,223

Следует отметить, что при оценке упущенного годового ВРП, без учета потенциальных потерь в будущем (ПГПЖ), в структуре косвенных затрат первое место займет ущерб вследствие инвалидности (49% «социальных» потерь; *рис. 2.12*). Треть затрат будет вызвана безработицей психически больных, 12% – временной нетрудоспособностью и менее 10% – смертностью данного контингента лиц.

Рис. 2.12. Структура косвенных потерь от психических расстройств, без учета показателя ПГПЖ, в Вологодской области (в %)



Стоит учесть при этом «бремя семьи» больного трудоспособного возраста, которое выражается в упущенном доходе семьи, выражаемом разницей между среднемесячной заработной платой по области и пособием по инвалидности. По предварительным данным он равен 6–6,5 млн. руб. в год для всех семей Вологодской области, имеющих инвалидов по причине психического расстройства в трудоспособном возрасте.

5. Отдельно рассмотрим упущенный валовой региональный продукт в связи с безработицей трудоспособных психически больных лиц, не являющихся инвалидами (*табл. 2.22*). Таковых в области от 1,5 до 2,0 тыс. чел., что обременительно не только для самих больных и их семей (превышает «бремя семьи» от инвалидности в связи с отсутствием пенсионных выплат), но и для общества в целом.

Таблица 2.22. Потери ВРП вследствие безработицы психически больных в Вологодской области

Показатель		1999 г.	2000 г.	2001 г.
Неработающие лица трудоспособного возраста (не по причине инвалидности; человек)		2 039	1 652	2 114
Потери ВРП вследствие безработицы	в рублях	71 438 608	87 963 879	112 653 157
	в % к ВРП	0,154	0,125	0,161

Суммировав ущерб вследствие смертности, инвалидности, безработицы, временной нетрудоспособности лиц, страдающих психическими расстройствами, мы получаем долю косвенных потерь более 1,7% ВРП (табл. 2.23).

По данным департамента здравоохранения о расходах специализированных ЛПУ на лечение душевнобольных и департамента труда и социального развития о бюджете психоневрологического интерната, прямые расходы составляют 0,15% ВРП.

Таким образом, в результате стоимостного анализа цена «психической патологии» (прямые и косвенные потери) в регионе в 1999 – 2001 гг. составляла 1,5 млрд. руб., то есть около 2% валового регионального продукта ежегодно. Причем 85 – 90% полученной суммы приходилось на социальные потери.

Следует отметить, что данные цифры не отражают всего ущерба, наносимого неблагополучием в сфере общественного психического здоровья.

Во-первых, не были учтены потери бюджета региона из-за возможного уменьшения налоговых поступлений, а также в связи с предоставлением льгот инвалидам.

Таблица 2.23. Косвенные потери в Вологодской области в связи с психическими расстройствами

Показатель	1999 г.	2000 г.	2001 г.
Потери вследствие преждевременной смертности			
В млн. руб.	22,6	32,4	33,6
В % к ВРП	0,05	0,05	0,05
Потерянные годы потенциальной жизни			
В млн. руб.	627,2	912,5	862,5
В % к ВРП	1,35	1,30	1,23
Потери вследствие временной нетрудоспособности			
В млн. руб.	26,1	33,7	51,3
В % к ВРП	0,06	0,05	0,076
Потери вследствие инвалидности			
В млн. руб.	100,1	159,5	155,4
В % к ВРП	0,21	0,23	0,22
Потери вследствие безработицы			
В млн. руб.	71,4	88,0	112,7
В % к ВРП	0,15	0,13	0,16
Совокупные косвенные потери			
В млн. руб.	821,4	1217,8	1203,0
В % к ВРП	1,77	1,73	1,72

Во-вторых, в анализ были включены медико-статистические данные лишь об учтенной психической патологии, в то время как «фильтр» между первичным звеном здравоохранения и психиатрическими службами значительно уменьшает общую болезненность, так как в поле зрения психиатров оказываются наиболее тяжелые пациенты. Например, больные с недиагностированными и недолеченными депрессивными, тревожными, ипохондрическими расстройствами – активные потребители услуг общемедицинских служб: они в три раза чаще посещают врачей общей практики, чем соматически больные, и обходятся системе здравоохранения вдвое дороже.

В-третьих, не были учтены затраты учреждений общего профиля в связи с развитием психосоматических расстройств и утяжелением течения соматических заболеваний.

В-четвертых, не включались в оценку дополнительные расходы из-за последствий парасуицидов и побочных эффектов терапии (которые тоже ложатся на общемедицинские службы) – риск попытки самоубийства лиц, страдающих психическими расстройствами, в десятки раз превышает таковой при других заболеваниях. Сложно оценить и потери общества, связанные с правонарушениями больных.

Имело бы смысл учесть также потери индекса ПППЖ не только вследствие смертности, но и инвалидности, безработицы лиц, страдающих психическими расстройствами, алкоголизмом, наркоманией.

К неисчисляемым потерям можно отнести снижение производительности труда, нерожденных детей, лавинообразно нарастающий дефект в производстве социальных ценностей (прежде всего в воспитании следующего поколения), отсутствие удовлетворенности жизнью, ведущее к росту социального напряжения и формированию взрывоопасного состояния общества. По нашей гипотезе, учет всех затрат повысит цену болезни как минимум на 50%, т.е. до 3% ВРП.

Тем не менее существует возможность предотвратить или минимизировать многие негативные социально-экономические последствия от распространения психических расстройств и улучшить качество жизни самих больных (более подробно это рассмотрено в гл. 3 данной монографии).

2.3. Оценка потребности населения региона в квалифицированной психологической и психиатрической помощи

Учитывая тяжесть социально-экономического ущерба от психической патологии, рассчитанного посредством стоимостного анализа, масштабы распространения недиагностируемых, неучтенных пограничных психических расстройств и предболезненных состояний у жителей региона, продемонстрированные результатами социологических опросов, а также высокий уровень смертности душевнобольных, суицидальной активности населения, «утяжеление» диагнозов среди детей, отраженное в данных государственной статистики, можно говорить о неблагоприятных перспективах в сфере общественного психического здоровья в случае отсутствия квалифицированной и своевременной специализированной помощи широким слоям населения.

С целью изучения потребности населения Вологодской области в помощи психолога, психотерапевта и готовности принять ее в программу ежегодных социологических опросов был включен блок соответствующих вопросов.

Представим и проанализируем результаты опросов, проведенных в 2001 – 2005 гг. Две трети жителей Вологодской области отмечают, что средства массовой информации должны помогать им решать психологические проблемы, правильно вести себя в сложных ситуациях, повышать общую психологическую грамотность и т.п.

В то же время каждый четвертый – пятый вологжанин испытывает серьезные психологические трудности, которые не может решить из-за отсутствия квалифицированной помощи (рис. 2.13).

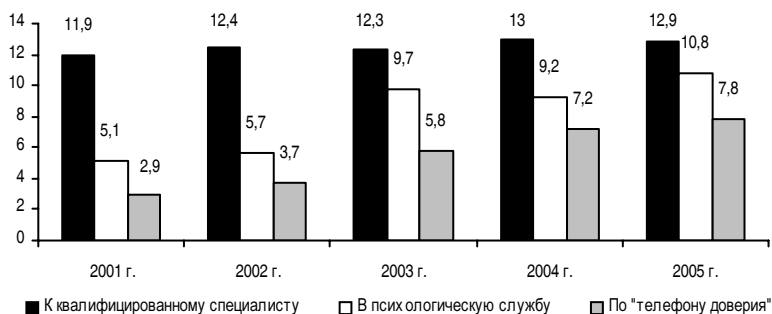
Рис. 2.13. Распределение ответов на вопрос: «Приходилось ли Вам ранее испытывать серьезные психологические проблемы, которые не могли решить из-за отсутствия квалифицированной помощи?» (в %)



Удельный вес тех, кто убежден, что самостоятельно способен решить свои проблемы, за изучаемый период уменьшился на треть (с 27 до 18%). Доля никогда не сталкивающихся с подобными проблемами, напротив, увеличилась – с 26 до 38%.

Тем не менее лишь 13% жителей области прибегали к услугам психиатра, психолога, психотерапевта, 11% – обращались в специальную службу и 8% – воспользовались «телефоном доверия» (рис. 2.14). Уровень обращаемости за психологической помощью в 2–3 раза выше у тех, кто имеет психологические проблемы (в 2005 г. – 25%), но все же он невысок (35, 24 и 17% соответственно).

Рисунок 2.14. Доля жителей Вологодской области, ранее обращавшихся за психологической помощью (в %)



Жители региона, не испытывавшие подобных затруднений, также обращались за помощью (4 – 5%). По всей видимости, это было вызвано проблемами их близких или родных. За 2001 – 2005 гг. значительно увеличился удельный вес людей, посетивших психологическую службу (в 2 раза – с 5 до 11%), позвонивших по «телефону доверия» (в 2,5 раза – с 3 до 8%). Доля обратившихся за психологической помощью к квалифицированному специалисту практически не изменилась.

Дадим характеристику группы лиц, которые прибегали к помощи психолога или психиатра. В ней преобладают женщины (13% из них обращались к специалисту); люди среднего возраста (18%); имеющие неполное среднее образование (18%); лица, не проживающие совместно с супругом (28%); состоящие в гражданском браке (17%) или разведенные (15%). Уровень материального благополучия также влияет на обращаемость к специалисту: его услугами пользовались 50% «богатых» и лишь 11% «бедных».

Наиболее высокие показатели обращаемости за помощью к специалисту, в психологическую службу и по «телефону доверия» наблюдаются на таких территориях области, как пос. Шексна (30, 23 и 27% соответственно), Тарногский район (21, 22 и 17%), г. Великий Устюг (17, 15 и 18%). Там же, согласно результатам применения различных методик оценки пограничных психических расстройств, зафиксированы самые значительные коэффициенты невротизации, депрессивности и тревожности (см. табл. 2.13). В Вологде и Череповце показатели обращаемости за помощью, как и уровень тревоги, депрессии и невротизации, ниже средних по области.

Оценка результативности оказываемых в области услуг медико-психологической помощи с точки зрения их потребителя показала, что в среднем за период исследований более чем двум третям населения визит к квалифицированному специалисту или обращение по «телефону доверия» помогли в решении проблем (рис. 2.15).

Рис. 2.15. Доля тех, кому помогло обращение к специалисту или по «телефону доверия» (в %)

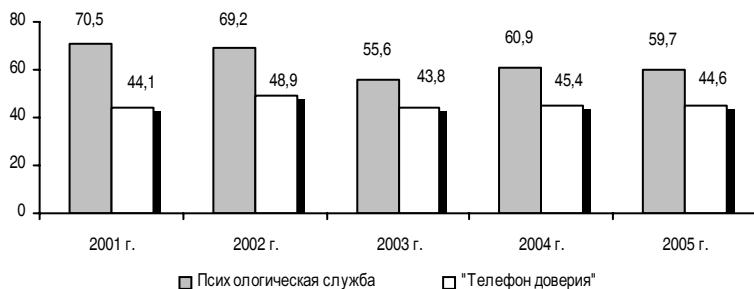


В соответствии с Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»¹ с целью обеспечения психиатрической помощью лиц, страдающих психическими расстройствами, и их социальной защиты государство должно создавать все виды учреждений, оказывающих внебольничную и стационарную психиатрическую помощь, по возможности по месту жительства пациентов (ст. 16.2). В рамках исследования была оценена субъективная потребность населения в деятельности подобных служб. По данным

¹ О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании: ФЗ №117-ФЗ от 21.07.98. – М., 1998.

опроса, в 2005 г. доля положительных ответов на вопрос о необходимости создания по месту жительства специальных служб, оказывающих людям психологическую помощь, составила 60% (что ниже уровня 2001 г. – 71%; рис. 2.16), а о необходимости функционирования «телефона доверия» – 45%. Стоит учесть, что каждый пятый житель области затруднился ответить на эти вопросы.

Рис. 2.16. Положительные ответы респондентов на вопросы о необходимости создания по месту жительства служб психологической помощи и «телефона доверия» (Вологодская область; в %)



Половина жителей области в случае возникновения у них или их близких серьезных проблем были готовы обратиться за помощью в специальную службу (рис. 2.17), треть – по «телефону доверия», 28% – посетить врача (психолога, психотерапевта, психиатра), а четверть опрошенных, несмотря на острую потребность в помощи и

Рис. 2.17. Количество респондентов, способных обратиться за психологической помощью в случае возникновения у них или их близких серьезных проблем (Вологодская область; в %)



желание обратиться за ней, считают, что их «могут неправильно понять окружающие», поэтому «испытали бы трудности при обращении к специалисту».

В период 2001 – 2005 гг. динамика готовности жителей области обратиться за помощью имела следующие тенденции: росла доля и тех, кто «смог бы сразу сделать это» (с 22 до 28%; табл. 2.24), и тех, кто скептически относится к эффективности посещения специалиста (с 13 до 17%). Причем в 2005 г. доля жителей региона, опасаящихся воспользоваться услугами психолога, психиатра в связи с возможностью предвзятого отношения окружающих, сократилась по сравнению с 2001 г. на треть (с 32 до 24%), как и доля тех, кто «может справиться со своими трудностями сам» (с 31 до 27%). Все это, на наш взгляд, говорит о снижении стигматизации психиатрической службы и позитивных изменениях в психологии граждан, выражающихся в первую очередь в их готовности обращаться за квалифицированной помощью.

Таблица 2.24. Распределение ответов на вопрос: «Смогли бы Вы сейчас или нет обратиться за помощью к квалифицированному специалисту (психологу, психиатру)?»

Вариант ответа	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.
Да, смог(ла) бы обратиться сразу	21,9	24,4	24,5	24,7	28,1
Да, хотелось бы, но трудно это сделать (непривычно, могут неправильно понять окружающие и т.п.)	31,9	24,5	18,2	21,5	23,9
Нет, потому что могу справиться сам(а)	30,8	31,2	36,3	34,3	27,4
Нет, потому что он все равно не поможет	13,0	15,7	16,7	17,5	16,5

Несмотря на то, что треть населения готова обратиться за помощью по «телефону доверия», лишь каждый десятый знает и готов воспроизвести по памяти его номер, а каждый пятый уверен, что в случае необходимости может его найти.

Рассмотрим социально-демографические характеристики группы жителей региона, наиболее остро ощущающих потребность в квалифицированной психологической помощи (табл. 2.25).

Среди женщин (28%) наблюдается больший, чем среди мужчин (21%), удельный вес тех, кто испытывал серьезные психологические затруднения и нуждался в помощи специалистов. Практически равное количество мужчин и женщин ранее обращалось за

Таблица 2.25. Востребованность психологической помощи жителями Вологодской области в зависимости от половозрастной характеристики (в % к данной группе респондентов)

Варианты ответов	Мужчины	Женщины	Молодежь	Средний возраст	Пожилые
Испытывали серьезные психологические затруднения	21,3	27,9	16,8	23,7	28,3
Обращались за помощью к специалисту, в психологическую службу, по «телефону доверия»	8,7	9,3	10,4	7,5	9,7
Необходимы по месту жительства: психологическая служба, «телефон доверия»	38,0	42,5	38,3	39,2	42,2
Стали бы обращаться в случае возникновения психологических проблем к специалисту, в психологическую службу, по «телефону доверия»	36,7	38,3	41,6	40,3	46,6
В целом по области	41,3	58,7	13,6	34,9	51,5

помощью к психологу или психиатру (9%). Однако среди женщин значительно больше доля считающих необходимым создание по месту жительства служб психологической помощи и «телефона доверия» и готовых воспользоваться их услугами.

Пожилые люди чаще остальных сталкиваются в жизни с серьезными психологическими проблемами (28%), поэтому ощущают более высокую потребность в помощи специалистов, психологических служб и «телефона доверия» (42%) и готовы обратиться за ней в случае возникновения аналогичных проблем у них самих или их близких (47%). В то же время молодые жители области несколько активнее пользовались помощью различных служб психологической помощи, чем представители других возрастных групп (10%).

Проанализируем уровень востребованности социально-психологической помощи в группе тех, у кого на момент проведения опроса были обнаружены признаки тревоги и депрессии, невротического расстройства одновременно (далее – ТДН; данная категория составляет 8% всего населения). Из их числа ранее обращались в психологическую службу 17%, готовы воспользоваться услугами квалифицированного специалиста 50%, пользовались «телефоном доверия» 12%, помнят его номер 8%, а готовы в случае необходимости его найти 26% (табл. 2.26).

Таким образом, потребность в психологической помощи в несколько раз выше среди людей, у которых на момент проведения

Таблица 2.26. Востребованность психологической помощи среди тех, кто страдает невротическим расстройством, тревогой и депрессией (Вологодская область; в %)

Признаки невротического расстройства, тревоги и депрессии	Обращались в службу	Смогут обратиться в будущем	Пользовались «телефоном доверия»	Знают его номер	Могут найти номер
Есть ТДН	17,3	49,1	11,8	8,2	25,5
Нет ТДН	5,2	36,6	2,7	3,5	15,2

опроса были обнаружены признаки невротического расстройства или повышенная тревожность, депрессия. Тем не менее обращаемость за помощью в данной группе остается невысокой.

Анализируя результаты опросов, можно прийти к заключению о том, что населением (от трети до половины всех опрошенных) осознается потребность в специальной психологической помощи квалифицированных специалистов в сложных жизненных ситуациях. Наиболее высокие показатели востребованности психологической помощи наблюдаются среди женщин, пожилых людей и лиц, страдающих невротическим расстройством, тревогой и депрессией. Это следует учитывать при организации работы служб психологической поддержки населения.

Хотя подавляющее большинство жителей области не обращались ранее за поддержкой психологов, психотерапевтов, психиатров, значительная их доля намерена сделать это в случае возникновения серьезных психологических проблем у них или их близких.

ГЛАВА 3

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ УКРЕПЛЕНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В РЕГИОНЕ

3.1. Анализ деятельности региональных органов охраны психического здоровья населения

Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» гарантирует гражданам права на получение всех видов психиатрической помощи и на социальную защиту. Законом также установлено, что финансирование затрат на оказание помощи должно осуществляться в размерах, обеспечивающих ее гарантированный уровень и высокое качество.

Сотрудники Научного центра психического здоровья РАМН, проведя исследование, конечной целью которого была оценка современного состояния отечественной психиатрической службы, пришли к следующим выводам, опубликованным в статье «Национальные психиатрические службы на рубеже столетий»¹.

Показатели кадрового и материального обеспечения отечественной и зарубежных психиатрических служб вполне сопоставимы. К ним относятся обеспеченность населения врачами-психиатрами, средним медицинским персоналом, психиатрическими койками, количество и разнообразие психиатрических учреждений и объем оказываемой помощи. В последнее десятилетие в российскую психиатрию введены и эффективно работают правовые и этические

¹ Ястребов В.С., Хальфин Р.А., Казаковцев Б.А. Национальные психиатрические службы на рубеже столетий // Психиатрия. – 2004. – №2 (08). – С. 7-22.

стандарты помощи. В этот же период начала развиваться система психотерапевтической и социотерапевтической помощи. Однако коечный фонд отечественной психиатрической службы, в отличие от зарубежных, сокращался значительно меньшими темпами, использовался менее эффективно, о чем в первую очередь свидетельствует наибольшая длительность пребывания пациента на больничной койке. Как показал сравнительный анализ, проведенный сотрудниками НЦПЗ РАМН, отечественная система внебольничной помощи требует дальнейшего совершенствования, которое может идти по пути ее укрепления социальными работниками и другими специалистами, способными оказывать комплексные виды помощи в амбулаторных условиях.

На рабочем совещании Европейского регионального бюро ВОЗ к наиболее важным достижениям российской психиатрии были отнесены: введение в российскую психиатрию правовых и этических стандартов, открытая дискуссия о проблемах российской психиатрии внутри страны и за рубежом, вклад клинической и социальной психиатрии в формирование значительных по объему новых контингентов больных, которые стали получать эффективную помощь.

В конце 1980-х гг. советская психиатрия подверглась жесткой критике со стороны отечественной и международной общественности. В это же время материально-техническая база службы, работники и пациенты понесли огромный урон, связанный с недостатком, а нередко и отсутствием финансирования. В первой половине 1990-х гг. были фактически разрушены отдельные важные звенья службы (реабилитационные и др.).

В настоящее время многие европейские правительства поставили психическое здоровье в политическую повестку дня и выразили заинтересованность в его охране и укреплении¹. Опыт большого числа зарубежных стран свидетельствует о том, что усилия представителей научных коллективов и работников психиатрических служб должны быть сосредоточены не только на собственно контингентах психиатрических служб, но и на населении в целом. В подтверждение этому во многих странах на правительственном уровне были

¹ Психическое здоровье населения Европейского региона ВОЗ: Факты и цифры ЕРБ ВОЗ. – Копенгаген; Вена, 8 сент., 2003 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // <http://www.med.by/who/2003/fs0303r.pdf>. – С. 6.

приняты концепции охраны психического здоровья населения («Mental health Policy»)¹. С 1998 г. осуществляется программа Европейского бюро ВОЗ по психическому здоровью. К приоритетным направлениям деятельности данной программы относятся: содействие социальной интеграции психически больных лиц; своевременное распознавание и лечение проблем психического здоровья по месту жительства; пропаганда психического здоровья с тем, чтобы предупредить возникновение проблем и покончить с дискриминацией душевнобольных².

Следует отметить, что в связи с изменившимися социально-экономическими условиями в России в течение последних 10 лет была проделана определенная работа по совершенствованию политики охраны психического здоровья. Был принят Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», введенный в действие 1 января 1993 г. Его принятие явилось выражением существенных изменений государственной политики в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами.

По мнению специалистов ВОЗ, благоприятные результаты для здоровья являются следствием таких курсов политики, которые обеспечивают систематическую и всеобъемлющую направленность и ориентацию деятельности по охране психического здоровья. В одной трети стран Европейского региона ВОЗ все еще не разработана сколько-нибудь целостная и последовательная стратегия в этой области³.

В России были изменены в соответствии с международными стандартами ведомственные документы, которые регламентируют деятельность психиатрических служб и систему подготовки кадров, разработаны и внедрены стандарты диагностики и лечения психических расстройств, действуют новые формы хозяйственной и иной деятельности психиатрических учреждений и региональных психиатрических служб.

¹ Ястребов В.С., Хальфин Р.А., Казаковцев Б.А. Национальные психиатрические службы на рубеже столетий // Психиатрия. – 2004. – №02 (08). – С. 7-22.

² Психическое здоровье населения Европы: откажитесь от изоляции – окажите помощь. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2001 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro.int/document/e72161.pdf>. – С. 14-15.

³ Факты и цифры Европейского регионального бюро ВОЗ. – Копенгаген; Вена, 2003. – 6 с.

В 1995 г. Правительством Российской Федерации была принята Федеральная программа «Неотложные меры по совершенствованию психиатрической помощи (1995 – 1997 гг.)», которая фактически не выполнялась из-за отсутствия финансирования¹. Однако в ряде регионов страны благодаря реализации региональных программ развития психиатрической помощи, привлечения внутренних резервов и внедрению новых методов диагностики и терапии наметилась тенденция к улучшению качества психиатрической помощи. Это связано с совершенствованием правового регулирования психиатрической помощи, внедрением новых научных разработок по формированию сетей и структуры учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь, появлением новых лекарственных препаратов, интенсивным развитием психотерапии, сближением специализированной и общемедицинской службы, увеличением числа врачей-психиатров и специалистов смежных специальностей (психологов, социальных работников), привлекаемых к работе в психиатрических учреждениях.

В 75 субъектах РФ реализуются целевые территориальные программы развития психиатрической помощи. Вологодская область не входит в их число. Отсутствуют также единая концепция и стратегия охраны психического здоровья жителей региона. Однако некоторые шаги на пути к этому уже предпринимаются.

Так, например, в 1999 – 2000 гг. была разработана концепция «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области», в которой изложены основные направления здравоохранительной политики на перспективу². В концепции, в частности, указывается, что «проблема психического здоровья, а также отношения к лицам с психическими проблемами должна стать предметом широкого обсуждения», и на одно из важнейших мест ставится задача улучшения психологического климата, психосоциального состояния и психического здоровья населения (задача 3.6)³.

¹ Ястребов В.С. Современная психиатрическая служба и критерии оценки ее деятельности // Журнал ин-та невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2001. – №3. – С. 29-35.

² Концепция утверждена на коллегии при губернаторе Вологодской области в апреле 2000 г.

³ Концепция «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области». – Вологда, 2000. – С. 6.

В стратегическом плане «Охрана и укрепление здоровья населения Вологодской области на 2003 – 2010 годы», утвержденном постановлением Правительства Вологодской области № 696 от 21.10.2002 г., также затронуты вопросы психического здоровья (сформулирована задача 2.10: «улучшение психологического климата и психического здоровья»). Для решения данной проблемы предполагается разработать межведомственные программы «Управление стрессом», «Возвращение» (направлена на психологическую реабилитацию участников боевых действий) и «Обеспечение психиатрической помощи и социальной защиты лиц, страдающих психическими расстройствами»¹, к задачам которых относятся:

- обеспечение улучшения психосоциального состояния людей;
- создание и развитие комплексных служб, оказывающих помощь людям с проблемами психологической адаптации;
- широкое рассмотрение проблем психического здоровья, а также отношения к лицам с психическими проблемами;
- развитие системы оказания психологической и психотерапевтической помощи, начиная с детского возраста;
- подготовка семейных и участковых врачей по диагностике и коррекции депрессивных состояний, что будет способствовать снижению частоты самоубийств;
- противодействие негативному влиянию тоталитарных и религиозных сект.

В результате выполнения поставленных задач планируется снижение числа самоубийств, распространенности психических нарушений и числа больных с психическими расстройствами, а также улучшение качества жизни душевнобольных.

Дадим *характеристику структуры* существующей в нашей стране в целом и в Вологодской области в частности системы социально-психологической и психиатрической помощи.

Психиатрическая служба России представлена сетью учреждений, входящих в состав различных ведомств (Министерство здравоохранения и социального развития РФ, Министерство образования, Министерство путей сообщения, Министерство внутренних дел и др.). В Вологодской области в данную службу входят учреждения, подведомственные трем департаментам: здравоохранения, образования, труда и социального развития.

¹ Стратегический план «Охрана и укрепление здоровья населения Вологодской области на 2003 – 2010 годы». – Вологда, 2002. – С. 24.

Основу психиатрической службы страны составляют психоневрологические учреждения Министерства здравоохранения и социального развития РФ. Эта служба представлена психиатрическими больницами, психоневрологическими диспансерами, учреждениями полустационарного профиля, психиатрическими кабинетами и отделениями в общесоматических лечебных учреждениях, лечебно-производственными мастерскими (ЛПМ), детскими и подростковыми отделениями, а также кабинетами, которые входят в состав психоневрологических диспансеров, психиатрических больниц.

Департамент здравоохранения Вологодской области организует деятельность следующих учреждений психиатрической, психотерапевтической и социально-психологической помощи (*прил. 4*) :

- в г. Вологде – областная психиатрическая больница (в структуре которой состоит психотерапевтический центр), областной наркологический диспансер, центр планирования семьи;

- в г. Череповце – психоневрологический диспансер.

К муниципальным учреждениям здравоохранения относятся: в г. Череповце – наркологический диспансер, в г. Великом Устюге – психоневрологический диспансер, в г. Тотьме – стационар для пациентов пограничного профиля. В г. Череповце также есть отделение неврозов в портовой больнице Водников, являющейся федеральным учреждением здравоохранения.

Поскольку пациенты с пограничными психическими расстройствами составляют значительную долю среди всех психически больных, а существующие формы диспансерной помощи не всегда удовлетворяют их потребности, возникла необходимость в организации помощи именно данной категории лиц вне психиатрических диспансеров. Оптимальной оказалась помощь в условиях территориальных поликлиник, которая получает все большее распространение. Поэтому в ведении департамента здравоохранения находятся также:

- ☞ кабинеты психиатрического приема (в большинстве ЦРБ региона);

- ☞ кабинеты наркологического приема (в большинстве ЦРБ);

- ☞ кабинеты психотерапевтического приема (в трех районах области).

Согласно данным бюро медицинской статистики департамента здравоохранения области, обеспеченность врачами-психиатрами в 2001 – 2004 гг. остается стабильной (1 специалист на 10 тыс. нас.).

Количество психотерапевтов также остается постоянным с 1998 г. (0,1 специалиста на 10 тыс. нас.). Обеспеченность психиатрами-наркологами в период после 2000 г. составляет 0,4 специалиста на 10 тыс. нас. (табл. 3.1).

Таблица 3.1. Обеспеченность кадрами врачей в Вологодской области (на 10 тыс. чел. населения)

Специалисты	1995 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.
Психиатры	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0
Психотерапевты	0,04	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Психиатры-наркологи	0,3	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4

Источник: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 1995, 1998 – 2004 гг. – Вологда, 1996, 1999 – 2005 гг.

Число коек в детских и взрослых психоневрологических диспансерах сократилось (с 1980 ед. в 1995 г. до 1455 ед. в 2004 г.; табл. 3.2).

Таблица 3.2. Функционирование койки в стационарах Вологодской области

Диспансеры	1995 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.
Число коек в стационарах								
Психоневрологические взрослые	1 890	1 790	1 530	1 547	1 545	1 485	1 365	1 360
Психоневрологические детские	90	115	115	98	100	80	80	95
Число дней работы койки в году								
Психоневрологические взрослые	332	311	329	335	333	330	322	326
Психоневрологические детские	254	227	266	316	311	297	306	299
Уровень госпитализации (госпитализированных на 100 больных)								
Психоневрологические взрослые	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	1,0	0,9	0,9
Психоневрологические детские	0,03	0,3	0,3	0,4	0,4	0,2	0,2	0,3
Обеспеченность (коек на 10 тыс. населения)								
Психоневрологические взрослые	14,0	13,4	11,5	11,7	11,8	14,6	13,4	13,7
Психоневрологические детские	0,6	4,4	4,6	4,1	4,4	2,8	2,9	3,6

Источник: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 1995, 1998 – 2003 гг. – Вологда, 1996, 1999 – 2004 гг.

Число дней работы койки в год во взрослых диспансерах в период с 2000 по 2004 г. снизилось с 335 до 326 дней. Самый высокий за последние годы уровень госпитализации был зарегистрирован в 2001 г.: в детских психоневрологических диспансерах – 0,4 чел. на 100 больных данного профиля (в 2002–2003 гг. снизился до 0,2), а во взрослых – отмечался некоторый его рост в период с 2000 по 2002 г. (в 2003 г. показатель снизился до 0,9 чел. на 100 больных).

Психиатрическая служба системы Министерства здравоохранения и социального развития РФ представлена также психоневрологическими интернатами, в которые помещаются психически больные,

имеющие I и II группу инвалидности и потерявшие социальные связи или нуждающиеся в постоянном уходе и наблюдении. По данным Правительства Вологодской области, департаменту труда и социального развития подведомственны следующие государственные учреждения, оказывающие социально-психологические услуги: центры социальной помощи семье и детям (их в регионе 14), комплексные центры социального обслуживания (11), психоневрологические интернаты (9), социальные приюты для детей и подростков (7), дома-интернаты для престарелых и инвалидов (5), детские дома-интернаты для умственно отсталых детей (2), Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних и Центр реабилитации для детей и подростков с ограниченными возможностями (см. прил. 4).

Однако в регионе наблюдается дефицит специалистов в данных службах, особенно психологов и психотерапевтов (укомплектована лишь четверть ставок). Между тем штат социальных работников (33 ставки) укомплектован выше нормативной потребности в два раза (14,5 ставки; табл. 3.3).

Таблица 3.3. Количество специалистов, оказывающих социально-психологическую помощь в государственных учреждениях Вологодской области (ставка)

Специалист	Психологи	Соц. работники	Специалисты по соц. работе	Социальные педагоги	Психиатры	Психотерапевты
Нормативная потребность (всего ставок)	138,5	14,5	121	53	40,3	2
Укомплектованные ставки	35,7	33	79	19	36,5	0,5
% укомплектованных ставок от нормативной потребности	25,8	227,6	65,3	35,8	90,6	25,0

Важное место в комплексном лечении психически больных, наряду с биологическими методами терапии, занимают мероприятия по социально-трудовой реабилитации и реадаптации. Работу по социальному и трудовому восстановлению больных осуществляют лечебно-производственные мастерские, которые входят в состав психоневрологических диспансеров, психиатрических больниц или домов-интернатов, а также специальные цеха при предприятиях, центры реабилитации.

Законом о психиатрической помощи предусмотрено установление для предприятий и учреждений квот на рабочие места для лиц с психическими расстройствами. Также было утверждено Положение об общежитиях для лиц с психическими расстройствами, которые утратили социальные связи. Согласно указанному положению эти общежития могут быть организованы в составе учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, например в составе ЛПМ или предприятий, которые используют труд психически больных. К сожалению, в нашем регионе данные положения не выполняются. Формально на базе областной психиатрической больницы создана одна ЛПМ, которая долгие годы практически не функционирует.

В системе Министерства образования РФ организованы вспомогательные школы и школы-интернаты для умственно отсталых детей, специализированные школы-интернаты для детей с речевыми расстройствами, функционируют дошкольные учреждения для детей с умственной отсталостью – детские сады с круглосуточным и дневным пребыванием и детские дома для детей дошкольного возраста с постоянным пребыванием. Для детей и подростков с девиантным поведением созданы общеобразовательные школы и профессиональные училища; для детей и подростков с задержкой психического развития и легкими формами умственной отсталости, которые совершили общественно опасные деяния, организованы коррекционные и общеобразовательные школы, а также профессионально-технические училища. Общеобразовательные школы и профессионально-технические училища, в которых находятся совершившие правонарушения больные, могут быть открытого или закрытого типа. Контроль за деятельностью специализированных дошкольных учреждений, школ-интернатов и методическое руководство осуществляются медико-педагогической комиссией, в состав которой наряду с различными специалистами входят представители органов образования и здравоохранения. По данным Департамента образования Вологодской области, в его подчинении находятся социальные педагоги и педагоги-психологи, которые оказывают помощь детям и молодежи в образовательных учреждениях области (табл. 3.4.)

Наблюдается дефицит специалистов: по одному педагогу-психологу приходится на 7 дошкольных учреждений, 5 общеобразовательных школ и учреждений дополнительного образования,

Таблица 3.4. Перечень учреждений сферы образования и специалистов, оказывающих социально-психологическую помощь населению Вологодской области

Образовательные учреждения	Количество учреждений	Количество педагогов-психологов	Количество социальных педагогов
Дошкольные	648	93	39
Общеобразовательные школы	764	146	173
Школы-интернаты (в т.ч. коррекционные)	29	10	22
Детские дома	34	19	26
Дополнительного образования	82	18	6
Профессиональной подготовки (училища, техникумы, лицеи, колледжи)	48	22	
Специальные школы для детей с нарушением поведения	2	2	6
<i>Итого</i>	<i>1 607</i>	<i>310</i>	<i>272</i>

3 школы-интерната, 2 детских дома и учреждения профессиональной подготовки; один социальный педагог – на 17 дошкольных учреждений, 14 учреждений дополнительного образования, 4 школы, 1,3 школы-интерната и детского дома.

Наиболее актуальна проблема дефицита кадров служб помощи лицам, страдающим психическими расстройствами, в районах области. В Сямженском, Нюксенском и Междуреченском районах отмечается отсутствие в образовательных учреждениях социальных педагогов и педагогов-психологов. Штаты социальных педагогов не полностью укомплектованы также в Вожегодском и Усть-Кубинском районах. В Сямженском и Белозерском районах отсутствуют психиатры, несмотря на то, что на базе каждой ЦРБ должен быть кабинет психиатрического приема. Кроме того, в Сямженском районе также испытывается острый недостаток кадров, оказывающих социально-психологическую помощь.

Психиатрическую помощь в России отличают государственный характер (бесплатность), территориальный принцип оказания помощи, преемственность и специализация в работе учреждений разного уровня, что дает возможность больным отдельных возрастных групп с различными видами патологии получать квалифицированную помощь. Государственный характер системы психиатрической помощи позволяет организовать статистический учет всех заболевших, что создает базу для планирования психиатрической помощи в стране. Однако мы убедились, что реальные масштабы распространения психических расстройств значительно шире, чем это показывают данные официальной статистики. Территориальный

принцип обслуживания населения диспансером и больницей позволяет обеспечивать преемственность в ведении больного, которого постоянно наблюдают два врача — один в условиях диспансера, другой во время пребывания в больнице.

В структуре психиатрической службы в целом действует много различных организационных форм помощи (психиатрические больницы различного профиля и отделения в них, учреждения внебольничного и полустационарного типа), которые утверждены официально и вошли в номенклатурный перечень учреждений психиатрической службы. Вместе с тем имеется немало форм и видов помощи, которые не входят в указанный перечень, но успешно функционируют в отдельных регионах, пользуясь спросом не только у пациентов, но и у врачей других специальностей. Речь идет главным образом о новых видах помощи, которая организуется на базе учреждений общемедицинской сети в больших производственных, учебных и иных коллективах. В последние годы начало развиваться и общественное движение в психиатрии, направленное на оказание социальной поддержки и защиту интересов больных, формируются получившие официальный статус private формы помощи.

В Вологодской области вне Программы государственных гарантий существуют общественные организации: отделение Красного Креста, благотворительный фонд «Хильфе», приход храма Святителя Николая во Владычной слободе (г. Вологда) и частные организации и специалисты. Так, например, лицензию на оказание психотерапевтической помощи имеют 14 частнопрактикующих врачей и 3 учреждения негосударственной формы собственности, наркологической помощи – 16 частнопрактикующих врачей и 2 организации.

Анализируя данные, обобщенные нами в *приложении 3*, можно сделать вывод о многообразии служб государственного сектора, оказывающих социально-психологические, психотерапевтические, психиатрические услуги населению Вологодской области. Однако очевидны разрозненность в их деятельности в связи с подведомственностью различным структурам и дефицит некоторых специалистов. Отмечается несоблюдение отдельных положений закона о психиатрической помощи и других законодательных актов в данной области и, как следствие, отсутствие гарантированных форм помощи (например, лечебно-профилактические мастерские, общежития). Решая вопрос о дальнейшем совершенствовании психиатрической помощи

и внедрении в практику новых форм помощи психически больным, необходимо отметить, что при их разработке следует прежде всего решить вопрос о приоритетности создания тех или иных форм помощи. В первую очередь речь, видимо, должна идти о том, какие контингенты больных в наибольшей степени нуждаются в психиатрической помощи и какова их численность.

Самым главным препятствием для эффективной работы учреждений системы социально-психологической и психиатрической помощи в Вологодской области, на наш взгляд, является отсутствие единой концепции охраны психического здоровья населения региона и межведомственной программы комплексных мер по его укреплению.

3.2. Приоритеты региональной политики охраны психического здоровья

Анализируя результаты исследований, подтвердивших значительное воздействие на общественное психическое здоровье негативных социальных и социально-экономических факторов, можно сделать вывод о необходимости применения комплексного межсекторального подхода к решению данной проблемы на различных уровнях. Основные приоритеты политики в области укрепления общественного психического здоровья нам видятся следующими.

1. Создание на государственном уровне условий, нейтрализующих воздействие негативных факторов распространения стрессовых состояний и психических расстройств среди населения:

1.1. Любые меры по охране общественного психического здоровья будут малоэффективными без обеспечения роста реальных доходов населения, повышения уровня занятости, снижения уровня общей безработицы, стабилизации социально-политической ситуации, снижения криминализации общества и развития системы социальной помощи. Все это требует повышенного внимания управленческих структур, органов здравоохранения, общества в целом. Длительность процессов социальной трансформации позволяет предполагать, что в ближайшей перспективе обозначенные в сфере общественного психического здоровья негативные явления усилятся, а следовательно, возрастет ущерб.

1.2. На самом высоком уровне необходимо переосмыслить концепцию общественного здравоохранения и учесть, что охрана пси-

хического здоровья является его существеннейшей составляющей. Можно проследить влияние на психическое здоровье населения последствий применения законодательства и всевозможных регламентирующих правил и положений по жилищным вопросам, налогодобложению, общественному обслуживанию, трудоустройству и занятости, дорожно-транспортной системе и т.д. Политические стратегии и решения могут оказывать такое же влияние на психическое здоровье, как и на среду обитания, с точки зрения финансового бремени и людских страданий, с которыми они могут быть связаны.

При разработке стратегий по инвестированию на цели охраны здоровья необходимо учитывать психическое здоровье как важнейший капитал общества. Ни одно правительство не может позволить себе воздерживаться от инвестирования на цели психического здоровья, равно как и на его укрепление и защиту¹.

2. Совершенствование нормативно-правового обеспечения охраны общественного психического здоровья:

2.1. Согласно результатам проведенного исследования, в России в целом и в Вологодской области в частности не выполняются положения Закона РФ о психиатрической помощи и правах граждан при ее оказании, гарантирующие предоставление душевнобольным общежитий, лечебно-производственных мастерских, квот на предприятиях и др. С целью обеспечения должного качества жизни данной категории лиц требуется на федеральном и региональном уровнях формирование действенных механизмов (законодательных и экономических) по реализации положений Закона, а также законодательной базы, обеспечивающей заинтересованность государства, хозяйственных субъектов, общества и всех его граждан в сохранении психического здоровья и работоспособности каждого человека.

2.2. В некоторых регионах РФ уже существуют программы, направленные на охрану психического здоровья населения. Выработка региональной межведомственной программы охраны психического здоровья в рамках общей стратегии развития региона является актуальной задачей для Вологодской области. В основе ее подготовки должно лежать представление о том, что психическое

¹ Психическое здоровье населения Европейского региона ВОЗ: Факты и цифры ЕРБ ВОЗ. – Копенгаген; Вена, 8 сент., 2003 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // <http://www.med.by/who/2003/fs0303r.pdf>.

здоровье – проблема не только узкого круга специалистов в данной сфере (психологов, психотерапевтов, психиатров), но и представителей других сфер, в т.ч. экономистов и социологов.

Данная программа должна быть ориентирована как на больного, так и на здорового человека, предусматривать максимально раннее выявление факторов риска, комплексную оценку функционального состояния индивидуума, профилактику, своевременную диагностику и эффективную коррекцию предболезненных и пограничных состояний, разработку и проведение мониторинга качества жизни различных групп населения и использование его показателей в качестве критериев оценки эффективности мероприятий по охране психического здоровья населения.

Более подробно предлагаемый проект региональной программы охраны психического здоровья населения изложен в п. 3.3.

3. Совершенствование системы помощи душевнобольным и повышение ее качества:

3.1. Реформирование (деинституциализация) служб психического здоровья через интеграцию с общемедицинскими учреждениями.

Данные исследования свидетельствуют о том, что на проблемы психического здоровья приходится до 30% консультаций с общепрактикующими в Европе врачами¹. Согласно результатам социологических опросов, проведенных в различных лечебно-профилактических учреждениях Вологодской области, среди их пациентов уровень распространения предболезненных и пограничных психических расстройств (невротических, тревожно-депрессивных) выше на 25%, чем среди населения в целом. Тем не менее, по данным Европейского регионального бюро ВОЗ, в 2003 г. в 12 европейских странах службы первичной медико-социальной помощи не интегрированы со службами охраны психического здоровья, в 22 такая интеграция носит лишь частичный характер, и только в 16 добились полной интеграции этих служб².

Несмотря на хронический и долгосрочный характер некоторых психических заболеваний, при надлежащем лечении люди, страдающие от психических расстройств, могут жить продуктивно, оставаясь

¹ Психическое здоровье населения Европы: откажитесь от изоляции – окажите помощь. – Европейское региональное бюро ВОЗ. – Копенгаген, 2001 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro.int/document/e72161.pdf>.

² Там же. – С. 3.

членами общества. До 60% людей с депрессией могут вылечиться при адекватном применении антидепрессантов и психотерапии. Исследования, проведенные в Скандинавских странах, свидетельствуют о снижении на 20 – 30% распространенности суицидов после прохождения общепрактикующими врачами подготовки по вопросам выявления и лечения депрессий¹.

3.2. Развитие системы эффективного медико-социального обслуживания на коммунально-общинной основе.

В некоторых восточноевропейских странах свыше 50% стационарных больных проходят лечение в крупных психиатрических больницах, насчитывающих более 1000 койко-мест². Лечение в такого рода учреждениях ведет к утрате социальных умений и навыков, чрезмерным ограничениям, нарушениям прав человека, зависимости и сокращению возможностей для реабилитации, что приводит к так называемой «частой госпитализации». В Вологодской области проблема «часто госпитализируемых больных» не менее актуальна. Однако, отходя от принципа госпитализации без создания альтернативных средств и возможностей лечения на коммунально-общинном уровне, можно столкнуться с проблемой бездомных душевнобольных.

3.3. Альтернативным средством является разветвленная сеть постоянно действующих межведомственных проектов – центров восстановления психического здоровья, обеспечивающих многоступенчатую медицинскую, трудовую, социальную и психологическую реабилитацию с целью восстановления или использования остаточной работоспособности каждого человека.

Создание комплексных видов помощи усилиями специалистов нескольких медицинских дисциплин стало за рубежом и в отечественном здравоохранении одним из действенных путей рационального использования ресурсов здравоохранения. Конкретным примером такой интеграции может служить объединение усилий геронтологов и геронтопсихиатров, в результате чего предоставляется возможность оказания специализированной помощи лицам старших возрастных групп, существенное место в которой занимает помощь лицам пожилого и старческого возраста, страдающим

¹ Предотвращение страданий и смерти от психических расстройств Европейские перспективы: Пресс-релиз ЕРБ ВОЗ. – Копенгаген, 4 окт., 2001 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/mediacentre/PR/2001/20011217_1

² Там же.

психическими расстройствами. *Считаем возможным и необходимым создание в регионе межведомственного геронтопсихиатрического центра на базе Центра социального обслуживания г. Вологды.* Важной особенностью предлагаемой модели являются минимальные затраты на ее организацию, которая может быть осуществлена путем использования имеющихся в распоряжении различных служб внутренних материальных, кадровых и иных ресурсов. Преимущества такой интегрированной формы помощи очевидны не только с экономической, но и с клинической и социальной точек зрения, т.к. в данном случае речь идет о возможности более полноценного, квалифицированного обследования и лечения больных, которые страдают сочетанными формами патологии, о большей приближенности помощи к населению, о значительно меньшей стигматизации больных в условиях вновь создаваемых служб¹. Аналогичная форма интегрированной помощи в учреждениях общемедицинской сети предлагается и лицам с депрессивными расстройствами².

3.4. Система помощи лицам, страдающим психическими расстройствами, невозможна без активного внедрения в практику социальных видов помощи.

В последние десятилетия психиатрические службы многих стран развивают данную сферу. В практику отечественной психиатрии это направление помощи начало внедряться недавно, однако его реализация происходит крайне медленно – в основном из-за отсутствия необходимого количества подготовленных специалистов. В Вологодской области эта проблема не так остра в связи с тем, что факультет социальной педагогики и психологии Вологодского государственного педагогического университета уже 10 лет ежегодно выпускает более 100 специалистов по социальной работе, социальных педагогов и психологов.

В ряде случаев руководители психиатрических учреждений недооценивают роль и место социальных работников в реабилитационном процессе. Между тем, как показывают результаты специаль-

¹ Ястребов В.С. Современная психиатрическая служба и критерии оценки ее деятельности // Журнал ин-та невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2001. – №3. – С. 29-35.

² Смулевич А.Б., Козырев В.Н. Интегрированная медицина – модель организации помощи больным с депрессивными расстройствами // Депрессии в общемедицинской практике. – М., 2000. – С. 121-128.

ного исследования, проведенного в условиях психоневрологического диспансера, у трети обследованных больных возникает необходимость в разрешении конфликтов и налаживании взаимоотношений в семьях, столько же пациентов испытывают затруднения при ведении домашнего хозяйства, более 10% отмечают снижение коммуникативных способностей, около 20% нуждаются в материальной помощи, большинство обследованных изъявляют желание работать, часть из них нуждаются в оказании правовой помощи¹. В этих условиях становится очевидной роль социальных работников среднего и высшего звена, психологов, социальных педагогов. Как нам видится, повышению качества внебольничной помощи может также способствовать внедрение социально ориентированных видов помощи, которые организуются путем создания реабилитационных центров, внедрения различных форм защищенного жилья, вовлечения больных в деятельность общественных организаций потребителей (группы поддержки, клубные формы работы), совершенствования правового и профессионально-трудового обеспечения психически больных.

3.5. В последнее десятилетие стало очевидным, что важное место в общей системе помощи психически больным занимают формы их общественной поддержки и защиты, которые осуществляются главным образом усилиями волонтеров, объединенных в содружества больных и их родственников, а также лиц, им сочувствующих. В деятельности этих общественных объединений роль профессионалов особенно важна и заключается, в первую очередь, в оказании лечебно-консультативной помощи и реализации специальных образовательных и психокоррекционных программ. Считаем перспективной поддержку подобных начинаний в Вологодской области и других регионах РФ.

3.6. Вопросы снижения стигматизации в психиатрии стали одной из центральных проблем Европейской программы психического здоровья ВОЗ². Отношение общества к психически больным во многом определяет их судьбу, влияет на возможности их социального функционирования, на качество их жизни. Негативное отношение окружающих к психически больным заставляет представи-

¹ Ястребов В.С. Современная психиатрическая служба и критерии оценки ее деятельности // Журнал ин-та невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2001. – №3. – С. 29-35.

² Rutz W. Editorial In Mental Health Reforms. – London: GIP, 2000. – 254 p.

телей психиатрических служб искать различные подходы к выработке более терпимого к ним отношения окружающих и общества в целом.

Уровень стигматизации больных в разных странах различен. Различны и подходы к решению этой проблемы. В нашей стране долгое время средствами массовой информации создавался крайне негативный образ психически больного, психиатрических больниц и работающих в них психиатров¹. Проведенный в конце 1980-х гг. опрос представителей различных возрастных, профессиональных и социальных групп (900 человек), включая работников сферы здравоохранения и психиатрических учреждений, также свидетельствовал об отрицательном отношении населения к психиатрии, ее пациентам и работникам, выявил крайне низкую информированность населения о проблемах психиатрии, вопросах психического здоровья. Достаточно сказать, что большая часть опрошенных к наиболее известным крупным психиатрам отнесли Чумака и Кашпиоровского, которые в тот период активно проводили свои телепсихотерапевтические сеансы. Неожиданным оказалось и представление респондентов о психиатрической больнице: каждый второй считал, что это место, где преступники укрываются от уголовного наказания или куда упекают инакомыслящих. Каждый третий был уверен, что в психбольнице калечат здоровых людей. Свообразным оказалось мнение респондентов о психически больных. Наибольшее число опрошенных высказались о том, что их сына или дочь следовало бы отговорить встречаться с человеком, лечившимся в психиатрической больнице, если бы этот случай имел место; более четверти были убеждены в том, что психически больные опасны для окружающих и поэтому их следует изолировать. В общественном сознании обобщенный образ психически больного оказался следующим: это социально ущербный, неполноценный человек, не имеющий права на деятельность в важных сферах жизни общества; как правило, он неизлечим, с ним следует избегать различных контактов. В то же время это человек, нуждающийся в доброте, сострадании и милосердии со стороны окружающих².

¹ Рукавишников В.О., Рукавишникова Т.П., Бильжо А.Г. Проблема психического здоровья населения и психиатрической помощи в советской печати // Журнал ин-та невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1990. – №11. – С. 110-114.

² Ястребов В.С. и др. Психиатрическая тематика в материалах российской прессы // Психиатрия. – 2004. – №2. – С. 63-71.

Результаты нашего исследования также подтверждают необходимость снижения стигматизации: в 2001 – 2004 гг. от 22 до 30% жителей Вологодской области признавались, что боятся обращаться к психологу, психотерапевту, психиатру, несмотря на осознаваемую потребность в его консультации, т.к. считают, что их неправильно поймут окружающие.

Исследование, проведенное целевой группой ВОЗ по борьбе со стигматизацией, показывает, что наиболее стигматизирующим фактором на большей части территорий Европейского региона (в т.ч. в России) является шизофрения. Депрессия, наркомания, старческое слабоумие и эпилепсия продолжают оставаться во многих странах причиной того, что жертвы этих болезней не могут в полной степени реализовать свои права и лишены возможности обеспечить себе надлежащие условия жизни и получать адекватное образование¹. Вместе с тем происходят и положительные изменения. Так, например, в рамках Европейской программы ВОЗ по охране психического здоровья создана целевая группа по дестигматизации, акцентирующая внимание на правах человека и «явлениях исключения», разрабатывающая стратегию реабилитации, реинтеграции психически больных и уязвимых людей в жизнь общества. В настоящее время большие возможности и права получают семьи с душевнобольными. Открыто обсуждаются ключевые элементы охраны психического здоровья. Мероприятия и кампании, проводимые во многих странах и направленные на повышение осведомленности людей о проблеме психических болезней, привели к тому, что средства массовой информации изменили ракурс освещения вопросов, относящихся к охране психического здоровья.

Поэтому, говоря о совершенствовании форм работы психиатрической службы и улучшении качества оказываемой помощи, следует иметь в виду уровень стигматизации психически больных и, соответственно, разрабатывать специальные программы, направленные на повышение толерантности в отношении населения к психически больным. Важно при этом информировать население о проблемах психического здоровья, о психических расстройствах и современных методах их лечения, о возможностях ресоциализации больных. Две

¹ Психическое здоровье населения Европейского региона ВОЗ: Факты и цифры ЕРБ ВОЗ. – Копенгаген; Вена, 8 сент., 2003 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: // <http://www.med.by/who/2003/fs0303r.pdf>. – С. 4.

трети жителей Вологодской области убеждены в том, что средства массовой информации должны помогать людям решать их психологические проблемы, учить правильно вести себя в сложных жизненных ситуациях, повышать общую психологическую грамотность.

4. Снижение экономического бремени от психических расстройств.

Суть проблем современной психиатрической службы сводится к тому, что сложившиеся за последние 10 лет социально-экономические условия резко ограничили возможности оказания так называемых бесплатных видов помощи, в результате чего государство не может обеспечить в достаточной мере все те виды услуг и помощи, которые гарантированы законом ¹. В этих условиях речь, в первую очередь, идет о поиске средств для достаточного материально-технического, и в частности финансового, обеспечения службы, о рациональном использовании имеющихся ресурсов, о формировании оптимальной структуры самой службы и разработке эффективных критериев оценки качества оказываемой помощи. При этом крайне важным является сохранение большинства тех принципов психиатрической помощи, которые были разработаны на протяжении многих предшествующих лет и оправдали себя на практике, – доступности, поэтапности, дифференцированного характера помощи.

Существует возможность минимизировать или предотвратить многие негативные социально-экономические последствия от распространения психических расстройств и улучшить качество жизни самих больных. Предлагаемые нами направления, тем не менее, тесно переплетаются и с направлениями совершенствования системы помощи нуждающимся, и с вопросами стигматизации. Рассмотрим некоторые аспекты более подробно.

4.1. При распределении финансирования необходимо учитывать, что лишь 5 – 10% пациентов психоневрологических диспансеров относятся к так называемой группе часто госпитализируемых больных, отвлекая на себя большую часть медицинских ресурсов: на них тратится до половины всех расходов учреждений ². Целенаправленная работа по их ресоциализации и реабилитации должна повлечь за собой наибольший социальный и экономический эффект.

¹ Ястребов В.С. Современная психиатрическая служба и критерии оценки ее деятельности // Журнал ин-та невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2001. – №3. – С. 29-35.

Гурович И.Я., Любов Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. – М.: Медпрактика-М, 2003. – 264 с.

4.2. С точки зрения внутрисистемных источников экономии ресурсов наиболее предпочтительным является широкое развертывание сети дневных стационаров, обеспеченность которыми в психиатрической сети не превышает 30% потребности в них, а также перепрофилирование недогруженных в стационарах коек для медико-социальной помощи престарелым, инвалидам, нуждающимся преимущественно в призреваемых видах помощи¹. До 90% времени больной находится вне стен специализированного учреждения. Поэтому следует развивать внебольничную службу, например, за счет сокращения коечного фонда. Сокращение на 10% длительности госпитализации приведет к большей в 1,5 раза экономии, чем десятикратное увеличение расходов на амбулаторную фармакотерапию². Внебольничные целевые программы лечения больных с частыми госпитализациями оказываются экономически эффективными. При неразвитости внебольничных форм психиатрической помощи экономия в больничном звене оборачивается дополнительным бременем для семей больных, служб социального обеспечения или органов правопорядка. Интенсификация терапевтического процесса экономически оправданна, если средства, высвобожденные за счет снижения потребности в больничных службах, пойдут на развитие внебольничных служб, психосоциальных реабилитационных программ и будут использованы в интересах группы пациентов – «мишени» ресурсосберегающего вмешательства.

4.3. К категории экономических потерь, наиболее подверженных воздействию, коррекции и минимизации, можно отнести потери, связанные со стойкой утратой трудоспособности и безработицу психически больных. В Вологодской области насчитывается около пяти тысяч трудоспособных психически больных, которые не работают. Более половины из них – инвалиды. Ежегодные экономические потери в связи с инвалидностью и безработицей составляют примерно 0,4% ВРП. Поэтому внимание должно быть направлено на совершенствование системы трудовой и социальной реабилитации лиц, имеющих психические проблемы, на создание рабочих мест.

¹ Ястребов В.С. Современная психиатрическая служба и критерии оценки ее деятельности // Журнал ин-та невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2001. – №3. – С. 29-35.

² Гурович И.Я., Любов Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. – М.: Медпрактика-М, 2003. – 264 с.

Закон РФ «О психиатрической помощи» обязывает предприятия к созданию квот рабочих мест для данных граждан, однако заявленные гарантии не обеспечиваются, поскольку нет материального стимулирования. Организация реабилитационных программ, новые условия рынка труда при сохранении системы социальной защиты населения должны способствовать сокращению инвалидизированных больных, восстановлению оптимального уровня их социального функционирования, повышению качества их жизни и снижению социального и экономического бремени, вызванного нетрудоспособностью.

4.4. Самоубийства, вследствие которых погибает в основном трудоспособное население, выступают в мире одной из главных предотвратимых причин смерти. А ущерб, нанесенный самоубийствами, составил в регионе, по результатам настоящего исследования, 80% потерь ППЖ от психических, поведенческих, аффективных и других оцениваемых расстройств и заболеваний, связанных с понятием «общественное психическое расстройство». Это значит, что снижение уровня самоубийств способно привести к большому экономическому эффекту. Поэтому так важны профилактика суицидального поведения и выявление «групп риска» (серьезное внимание следует уделить лицам, страдающим депрессией). Уровень суицидов особенно высок там, где лечебно-диагностическая помощь больным депрессией недостаточно своевременна и эффективна¹. До 70% всех суицидов в мире приходится на больных депрессией (70% из их числа посещали врача общей практики за полгода до самоубийства), а также на совершавших суицидальные попытки (т.к. на один завершённый суицид приходится 10–20 незавершённых). При надлежащем применении антидепрессантов и психотерапии можно вылечить до 60% людей с депрессией. Мы уже упоминали и о снижении на 20–30% распространенности суицидов в тех странах Европы, где общепрактикующие врачи прошли подготовку по вопросам выявления и лечения депрессий².

¹ Психическое здоровье населения Европы: откажитесь от изоляции – окажите помощь. – Европейское региональное бюро ВОЗ. – Копенгаген, 2001 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro.int/document/e72161.pdf>.

² Предотвращение страданий и смерти от психических расстройств Европейские перспективы: Пресс-релиз ЕРБ ВОЗ. – Копенгаген, 4 окт., 2001 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/mediacentre/PR/2001/20011217_1

4.5. Ситуация в сфере психического здоровья осложняется несформированностью в обществе установки на получение психиатрической, психологической и психотерапевтической помощи, что продемонстрировали результаты социологического опроса (несмотря на высокую нуждаемость, обращаемость за помощью остается крайне низкой, в результате чего снижается как потребность в услугах психологических служб по месту жительства, так и желание ими воспользоваться). Это происходит вследствие недостатка информации и негативных социальных стереотипов восприятия людей, обращающихся за помощью к психиатру и оказывающих психиатрическую помощь. Низкокачественная помощь дополнительно стигматизирует больных (побочными действиями, неэффективностью) и их близких (бремя семьи), отталкивает от лечения. Это, в свою очередь, ведет к повышению стоимости медицинской помощи (отсроченность предоставления помощи) и увеличивает социальные затраты (рост числа стойко нетрудоспособных). В связи с этим реализация программ, направленных на снижение стигматизации психиатрической службы, стала бы эффективным механизмом более раннего выявления нуждающихся в оказании им своевременной помощи. Следствием этого может стать сокращение расходов из-за снижения стоимости лечения на ранних стадиях болезни, а также сокращение сроков госпитализации или временной нетрудоспособности.

5. Научные исследования и мониторинг основных показателей общественного психического здоровья:

5.1. Анализ факторов, влияющих на состояние психического здоровья в Вологодской области, и разработка расчетной модели развития службы.

5.2. Создание системы объективной оценки контингентов психиатрических служб и объема оказываемой им помощи. Судя по результатам нашей работы, имеются существенные расхождения между данными официальной статистики и научных исследований о числе лиц, страдающих психическими расстройствами, и о структуре оказываемой им помощи. В современных условиях эта проблема приобретает особое значение. Остается не до конца ясным, в какой мере социальная и экономическая нестабильность в стране могла повлиять на структуру контингентов населения с психическими расстройствами и, вместе с тем, какой должна быть современная структура специализированной помощи (медикаментозной, психо-

терапевтической, медико-социальной). Наличие таких данных позволит более рационально использовать имеющиеся ресурсы, что особенно важно в условиях дефицита денежных средств.

Таким образом, в контексте обсуждаемых проблем следует отметить, что для организации качественной психиатрической помощи служба должна располагать надежными данными об истинном числе лиц, которые нуждаются в психиатрической помощи, а также о социально-демографической и клинической структуре этих контингентов, что, в свою очередь, может дать представление о необходимых видах этой помощи¹.

5.3. Проведение стоимостного анализа и создание системы мониторинга основных показателей эффективности системы охраны психического здоровья.

5.4. Организация и проведение фармакоэкономических исследований для оптимизации прямых затрат в условиях конкретного региона.

5.5. Разработка системы мониторинга общественного психического здоровья с целью обеспечения территориальных органов власти и управления полной, своевременной и достоверной информацией о состоянии общественного психического здоровья и его цене. Предлагаемый проект мониторинга представлен в п. 3.4.

3.3. Программно-целевой подход к решению проблем психического здоровья на региональном уровне и формы его реализации

В рамках указанных выше направлений мы разработали отдельные конкретные профилактические мероприятия, которые могут быть положены в основу региональной программы развития психиатрической помощи и станут началом организационных преобразований службы охраны психического здоровья населения.

Целью предлагаемых шагов (программных мероприятий) является предупреждение возникновения психических расстройств (включая последствия хронического стресса), снижение экономических потерь, вызванных психическими расстройствами, не менее чем на 15% – путем профилактики развития и обострения хронических

¹ Ястребов В.С. Современная психиатрическая служба и критерии оценки ее деятельности // Журнал ин-та невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2001. – №3. – С. 29-35.

психических заболеваний, социальных последствий психических заболеваний (социальная дезадаптация, стойкая утрата трудоспособности, социально опасные действия и др.). Все это должно быть основано на данных научного анализа и прогнозирования комплексного влияния на факторы, формирующие общественное психическое здоровье населения.

Для достижения этой цели необходимо решить такие основные задачи, как:

⇒ создание комплексной системы профилактики психических расстройств и отклоняющегося поведения;

⇒ повышение эффективности и доступности психиатрической помощи, оказываемой населению;

⇒ совершенствование форм специализированной психиатрической помощи, в том числе оказываемой детям, подросткам и лицам пожилого и старческого возраста;

⇒ совершенствование подготовки специалистов системы охраны психического здоровья;

⇒ достижение уровня материально-технической оснащенности психиатрических учреждений, обеспечивающего оказание современной психиатрической помощи.

На основе проведенного исследования предлагается ряд рекомендаций по подготовке программы охраны психического здоровья населения. В первую очередь разработчикам необходимо ответить на следующие вопросы:

1. Кому необходима помощь?

⇒ Определение обслуживаемого контингента. Источником информации могут стать:

- мировые исследования, показывающие эпидемиологию психических расстройств;

- статистический анализ показателей по региону;

- социологические исследования.

⇒ Определение ресурсов, имеющихся в регионе.

2. Какая необходима помощь?

⇒ Составление перечня видов программ специализированной психиатрической помощи.

⇒ Разработка и уточнение организационно-правовых, клинических и нормативных стандартов для каждого вида (программы), включая:

- критерии диагностики;
- критерии «социального риска»;
- методы исследования;
- методы лечения;
- функциональные обязанности персонала;
- рекомендуемую продолжительность программы;
- критерии отмены лечения (смены программы).

3. *Каков объем необходимой помощи?*

⇒ Анализ и расчет потребности в каждой из разработанных программ, исходя из:

- сведений о контингентах, нуждающихся в специализированной помощи;
- клинических стандартов.

4. *Определение и расчет затрат на запланированные объемы работ.*

5. *Контроль качества, обоснованности и критерии эффективности.*

⇒ Создание системы оценки результатов.

⇒ Разработка критериев (эксплуатационных характеристик)

для каждой программы, учитывая:

- целесообразность включения в данный вид программы;
- результат применения (индивидуальный и общий);
- наличие и общее число нежелательных последствий;
- затраты;
- жалобы со стороны пациента и родственников;
- удовлетворенность лечением;
- параметры качества жизни пациентов.

Создание комплексной программы охраны психического здоровья населения на основании указанных рекомендаций может способствовать сокращению масштабов и темпов распространения психических расстройств, наркомании, суицидального поведения, снижению алкоголизации населения, улучшению социально-психологического климата в регионе.

Предлагаемые программные мероприятия должны быть рассчитаны на несколько лет, а их реализация – на три этапа:

1 этап – научно обоснованный анализ состояния системы охраны психического здоровья, ее структуры, экономической эффективности, формирование плана развития; организационно-правовые мероприятия по созданию структурной поддержки системы охраны психического здоровья;

2 этап – ресурсное и информационное обеспечение системы, отработка пилотных проектов профилактических, терапевтических и реабилитационных программ;

3 этап – развитие структуры, расширение зоны действия программ.

Система профилактических мероприятий состоит из трех уровней (рис. 3.1) : первичная, вторичная и третичная профилактика.

Рис. 3.1. Уровни профилактики психических расстройств в регионе



1. Первичная профилактика – формирование региональной структуры психопрофилактической и психотерапевтической службы.

Объектом воздействия на первом уровне являются уязвимые целевые группы, так называемые «группы риска», целью воздействия – блокировка причин развития психических и поведенческих расстройств.

1.1. Реализация психообразовательных программ.

Для охраны и укрепления психического здоровья населения следует развивать систему продуманного психогигиенического воспитания и просвещения. Его задача – дать базовые знания о психологических возможностях человека, механизмах психических процессов, проблемах психического здоровья и роли психолога-консультационной и психиатрической помощи в их решении. В рамках системы просвещения необходимо развивать навыки самостоятельного преодоления психологических проблем (с помощью аутотренинга, антистрессовой релаксации и пр.).

Реализация этой задачи возможна с помощью:

- выпуска специальных информационных листов в поликлиниках и больницах, регулярных публикаций (1–2 раза в месяц) в областной и местной прессе, специальных передач на областном телевидении и радио (1–2 раза в квартал);
- проведения специальных занятий по психогигиеническому воспитанию и просвещению в учебных заведениях региона;
- оборудования учебно-методического комплекса на базе психотерапевтического центра;
- обучения специалистов первичного звена здравоохранения (семейный врач, врач-педиатр, фельдшер, медицинская сестра);
- подготовки 30 клинических психологов и 30 специалистов по социальной работе для учреждений здравоохранения и социального развития.

1.2. Реализация психопрофилактических программ:

- организация работы школ пациентов (релаксационный, коммуникативный и поведенческий тренинг);
- специальные программы на рабочих местах;
- разработка и поддержка газетных публикаций, радио- и телепередач, информирующих население о проблемах, связанных с психическим здоровьем.

1.3. Выявление и психокоррекция предболезненных состояний. Для достижения этой цели необходимо разработать и внедрить систему ранней диагностики психосоматических и пограничных психических расстройств в учреждениях общесоматической сети.

1.4. Внедрение технологии психотерапии творчеством – открытие психоарттерапевтической мастерской:

- реконструкция помещения и приобретение оборудования;
- обучение ведущих-тренеров;
- приобретение абонементов для пациентов в учреждениях культуры и искусства.

1.5. Создание и оснащение лаборатории клинической психологии.

1.6. Реконструкция психотерапевтического центра.

1.7. Создание кризисной службы:

- оборудование палат экстренной психолого-психотерапевтической помощи и гипнотария;
- формирование и оснащение передвижной бригады экстренной психологической и психотерапевтической помощи;
- подготовка персонала.

2. *Вторичная профилактика – развитие психиатрической помощи.*

Мероприятия второго уровня направлены на пациентов, страдающих психическими расстройствами, с целью предотвращения развития болезни. На данном этапе необходимо следующее:

2.1. Проведение капитального ремонта и реконструкции здания психоневрологического диспансера в Вологде.

2.2. Открытие дневного стационара в психоневрологическом диспансере.

2.3. Внедрение современных психофармакотехнологий в амбулаторную практику.

2.4. Повышение качества диагностики в диспансере.

2.5. Психотерапия.

2.6. Психосоциальная терапия.

3. *Третичная профилактика – социально-психологическая реабилитация*, необходимая для восстановления у пациентов, имеющих ограниченные функциональные способности вследствие психического расстройства, предболезненного состояния, и максимальной степени использования остаточного ресурса. На региональном уровне требуется решение следующих задач:

3.1. Профессиональная реабилитация и защищенное трудоустройство.

3.2. Организация надомной полипрофессиональной помощи лицам, страдающим психическими расстройствами, на базе центра социальной помощи.

3.3. Реорганизация и обеспечение деятельности лечебно-производственных мастерских.

3.4. Создание реабилитационного пространства для лиц, страдающих психическими расстройствами, при психоневрологических интернатах.

3.5. Восстановление социальных и жизненных навыков.

3.6. Реализация возможностей досуга и увлечений.

3.7. Создание «защищенного жилья» – общежития для лиц, страдающих психическими расстройствами (подготовка материальной базы, персонала).

3.8. Социально-психологическая работа с семьями пациентов с функциональными нарушениями психического характера.

3.9. Поддерживающая фармакотерапия.

Ожидаемые результаты реализации предлагаемых мероприятий – сокращение числа самоубийств, повышение уровня выявления психических расстройств на ранних стадиях в общей структуре заболеваемости и, как следствие, общее сокращение социально-экономических потерь и улучшение качества жизни лиц, страдающих психическими расстройствами.

3.4. Система мониторинга общественного психического здоровья

В условиях усиления тяжести социальных и экономических последствий психических расстройств возникает необходимость обеспечения территориальных органов власти и управления полной, своевременной и достоверной информацией о состоянии общественного психического здоровья, факторах его формирования и тенденциях изменения с целью подготовки и принятия обоснованных решений по обеспечению его охраны и укрепления, а также минимизации социально-экономического ущерба от психической патологии. В этой связи достаточно актуальной задачей представляется разработка системы мониторинга общественного психического здоровья.

Рассматривая механизм мониторинга, необходимо определить его мировоззренческую базу и основные ценности. В качестве главной ценности здесь выступает человек с сопутствующими условиями его

жизнедеятельности: здоровьем, качеством и уровнем жизни и т.д. Если человек не будет рассматриваться как нравственный императив социальных реформ и преобразований, то в конечном итоге обществу грозит полная деградация.

Мониторинг представляет собой сложное и многофакторное явление. Он используется в различных сферах и с различными целями, при этом обладая общими характеристиками и свойствами. Основные сферы, проявляющие интерес к мониторингу как способу научного исследования, – экология, биология, социология, педагогика, экономика, психология, теория управления. Задача практического применения мониторинга – информационное обслуживание управления в различных областях деятельности.

Современная наука располагает достаточно широким спектром определений самого понятия «мониторинг» и методологических подходов к его выполнению, обусловленных различными сферами его применения, располагаемыми объектами и качеством информации, целями, на решение которых направлено проведение мониторинга¹. Наиболее полным и объективно отражающим характеристику общественного психического здоровья является определение мониторинга как системы наблюдения, оценки и контроля за развитием объекта (процесса)². Он рассматривается как системная совокупность регулярно повторяющихся исследований, цель которых состоит в научно-информационной помощи организациям, заинтересованным в реализации социальных программ, соответствующих социокультурным характеристикам и особенностям массового сознания различных поколений населения.

Существование большого количества различных систем мониторинга порождает необходимость их определенного упорядочивания. Классифицировать существующие системы мониторинга можно по целому ряду оснований: сфере применения; средствам,

¹ Когут А.Е., Рохчин В.Е. Информационные основы регионального социально-экономического мониторинга. – СПб.: ИЭСП РАН, 1995. – С. 8-12; Методы и технологии мониторинга социальной сферы региона: Учеб. пособие. – М.: Союз, 1999. – С. 8-15; Ускова Т.В., Зуев А.Н., Смирнов А.А. Мониторинг муниципальных образований / Под науч. рук. д.э.н., проф. В.А. Ильина. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2002. – С. 8-10.

² Лексин В.Н., Селиверстов В.Е., Швецов А.Н. О формировании государственной системы мониторинга социально-экономической, национально-этнической и политической ситуации в регионах Российской Федерации. – М.: Дело, 2000. – С. 10-14.

используемым для сбора исходной информации (описание объекта исследования без каких-либо измерений; непосредственное измерение параметров объекта; измерение параметров объекта с помощью общепринятых критериев и индикаторов; опосредованные измерения); средствам измерений и способам распространения информации; времени реализации.

Мониторинг предусматривает одновременное изучение всех составляющих общественного психического здоровья и воздействующих на него факторов внешней среды в течение длительного времени. Это позволяет решить следующие задачи:

- ⇒ организация наблюдения, получение достоверной и объективной информации об изменениях состояния общественного психического здоровья;

- ⇒ оценка и системный анализ получаемой информации, выявление факторов, вызывающих ухудшение общественного психического здоровья;

- ⇒ прогноз ситуации в изучаемой сфере;

- ⇒ подготовка рекомендаций, направленных на локализацию, преодоление негативных и поддержку позитивных тенденций, доведение рекомендаций до соответствующих органов управления и власти;

- ⇒ обеспечение в установленном порядке органов управления, предприятий, учреждений, организаций и граждан информацией, полученной при проведении мониторинга.

Мониторинг общественного психического здоровья служит информационной базой для обеспечения таких потребностей системы управления, как:

- ⇒ обоснование целей и приоритетов в региональной политике сохранения и укрепления психического здоровья населения региона;

- ⇒ подготовка докладов об итогах реализации политики охраны психического здоровья населения;

- ⇒ оценка результативности действий региональных органов власти в решении поставленных задач в области охраны и укрепления общественного психического здоровья.

Организация системы мониторинга должна производиться с соблюдением принципов построения мониторинга, основными из которых являются¹:

¹ Когут А.Е., Рохчин В.Е. Информационные основы регионального социально-экономического мониторинга. – СПб.: ИЭСП РАН, 1995. – С. 8-12.

1. Целенаправленность. Основная цель создания и внедрения системы мониторинга – повышение оперативности и качества разработки управленческих решений в процессе охраны и укрепления общественного психического здоровья. Четкое следование принципу целенаправленности позволит исключить процесс сбора и обработки излишней информации, сделать систему мониторинга более четкой и мобильной.

2. Системность. Необходимость соблюдения этого принципа основана на том, что, с одной стороны, общественное психическое здоровье является подсистемой более крупных систем, а с другой – представляет собой совокупность значительного количества элементов, которым присущ целый ряд разнородных характеристик.

3. Комплексность. Формирование эффективного мониторинга общественного психического здоровья в регионе как системы сбора, обработки, хранения и предоставления информации, обеспечивающей динамическую оценку состояния общественного психического здоровья и информационную поддержку принятия решений, направленных на его укрепление, должно иметь комплексный характер. Мониторинг отдельных частей общественного психического здоровья должен осуществляться с учетом их взаимной связи. Необходимо последовательность решения всей совокупности задач мониторинга по каждой из них, начиная с наблюдения за ходом какого-либо процесса и заканчивая разработкой рекомендаций в том или ином компоненте общественного психического здоровья.

4. Структурная полнота и логическая завершенность. Данный принцип предполагает выполнение всех этапов (сбор необходимой информации, ее анализ и оценка результатов) в отношении всех элементов рассматриваемой системы.

5. Непрерывность наблюдений. Этот принцип предполагает регулярность отслеживания изменений в сфере общественного психического здоровья в регионе.

6. Периодичность. Данный принцип предусматривает снятие информации о происходящих изменениях в сфере общественного психического здоровья через равные промежутки времени.

7. Сопоставимость применяемых показателей. Получение объективных результатов мониторинга выдвигает требование использования в качестве информационной базы системы показателей, сопоставимых в абсолютном либо относительном выражении, а также во времени. Так, например, прямые и косвенные потери от психических расстройств целесообразно оценивать не только в денежном выражении, но и через долю валового регионального продукта.

Информационное направление мониторинга должно сочетать в себе номинально объективные (статистические) и номинально субъективные (данные опросов общественного мнения) показатели. Информационной базой мониторинга общественного психического здоровья является социологическая анкета, состоящая из нескольких блоков, и данные федеральной и региональной статистики. Объективная статистическая информация позволяет быстро охватить проблемную ситуацию и увидеть закономерности и противоречия того или иного явления. Но в то же время она оценивает состояние психического здоровья жителей региона лишь по уровню образования, половозрастному составу. При сугубо статистическом подходе за рамками учета оказываются не диагностируемые по различным причинам психические предболезненные состояния (например, уровень фрустрации, тревожности, депрессивности, невротизации жителей региона) и множество социально значимых факторов, оказывающих существенное влияние на общественное психическое здоровье. Социологическое изучение неучтенных пограничных психических расстройств населения и факторов формирования общественного психического здоровья, включение получаемой в итоге информации в общую систему мониторинга актуально на сегодняшний день и требует пристального внимания.

Таким образом, для полноценного и достоверного анализа состояния общественного психического здоровья в стране и регионе необходимо объединение как объективных, так и субъективных (базирующихся на социологическом изучении) критериев оценки. Социологическая информация в контексте мониторинга может рассматриваться (в зависимости от конкретных поставленных задач) в качестве дополнительной информации к массиву статистической информации, традиционно используемой в сфере управления, и как отражение тех явлений социальной реальности, которые имеют субъективную природу, но при этом в определенной степени «объективируются» спецификой измерений – их регулярностью и большими объемами выборочных совокупностей.

Для достижения оптимального соответствия данных социологических измерений потребностям в осуществлении политики охраны и укрепления общественного психического здоровья необходим долговременный и целенаправленный процесс организации этого канала информации. Он должен, с одной стороны, ориентироваться на регулярно обновляющиеся информационные технологии и тенденции развития сферы прикладных социологических

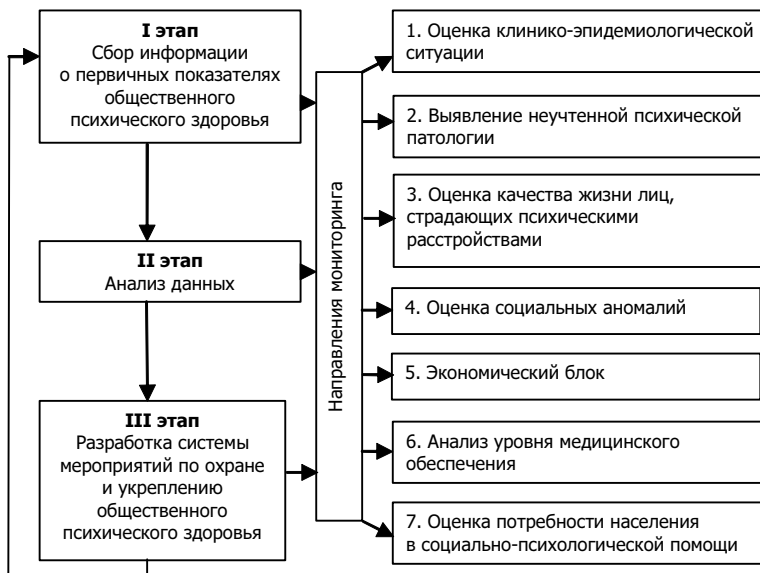
исследований, а с другой – соответствовать актуальным задачам социально-экономического развития региона. Постоянные усилия требуются и от социологических организаций, и от управленческих органов.

Базовым элементом мониторинга выступает система мониторинговых показателей, выбор и обоснование которых должно проводиться с учетом ряда требований, предъявляемых к ним. Можно выделить следующие требования:

- ⇒ показатели должны обладать способностью укрупняться и разукрупняться;
- ⇒ иметь четкую меру;
- ⇒ обеспечивать комплексную характеристику процессов управления и функционирования его различных объектов;
- ⇒ быть гибкими, т.е. отражать все изменения, происходящие в объекте;
- ⇒ число показателей должно быть ограничено.

Основываясь на результатах проведенного исследования, мы предлагаем схему проведения мониторинга общественного психического здоровья в регионе (рис. 3.2).

Рис. 3.2. Схема проведения мониторинга общественного психического здоровья



Одним из важнейших этапов создания системы мониторинга общественного психического здоровья является определение ее направлений. Рассмотрим более подробно предложенные нами направления. Единицы измерения всех показателей и исполнитель (компетентный орган), ответственный за сбор и изучение получаемой в ходе мониторинга информации по каждому направлению, представлены в сводной таблице (прил. 5).

1) Оценка клинико-эпидемиологической ситуации в области психического здоровья.

При анализе могут быть использованы следующие показатели:

- численность лиц, страдающих психическими расстройствами;
- количество зарегистрированных впервые заболеваний (по нозологиям и возрастам);
 - число лиц, состоящих на диспансерном наблюдении;
 - заболеваемость психическими расстройствами (по нозологиям и возрастам);
 - болезненность психическими расстройствами (по нозологиям и возрастам);
 - смертность по причине психических расстройств;
 - продолжительность жизни населения в целом и психических больных в частности.

2) Выявление неучтенной психической патологии (посредством оценочных шкал, включенных в анкеты социологических опросов):

- распространение среди населения психосоматических расстройств;
- тревожных расстройств;
- депрессивных расстройств;
- уровень фрустрированности населения;
- распространение среди населения невротических расстройств;
- социальное настроение.

3) Оценка качества жизни (КЖ) лиц, страдающих психическими расстройствами.

Измерительным инструментом для оценки КЖ может стать опросник (ВОЗКЖ-100), который разработан ВОЗ специально для самостоятельного заполнения опрашиваемыми и вопросы которого касаются восприятия индивидом различных аспектов своей жизни. Опросник является результатом пятилетней работы интернацио-

нального коллектива экспертов – медиков, психологов, социологов. Он измеряет КЖ, связанное со здоровьем, и разработан таким образом, что чувствует изменения состояния здоровья индивида. А это особенно важно для оценки результатов лечебного процесса. Содержание ВОЗКЖ-100 фокусируется на тех аспектах жизненного благополучия, изменения в которых происходят в результате как заболевания, так и медицинского вмешательства и поддержки, осуществляемых системой здравоохранения и учреждениями негосударственных форм медицинской помощи¹. Анализ производится по шести сферам: физическим функциям, психологическим функциям, уровню независимости, социальным отношениям, окружающей среде, духовной сфере, а также субъективному восприятию КЖ и здоровья в целом.

4) Оценка таких социальных аномалий, как:

- число зарегистрированных преступлений;
- уровень суицидов;
- уровень парасуицидов;
- число лиц, состоящих на учете по поводу токсикомании, наркомании;
- уровень наркомании;
- основные показатели работы наркологической службы;
- уровень алкоголизма;
- число ВИЧ-инфицированных.

5) Экономический блок. В рамках данного направления необходимо оценить следующие показатели:

- прямые расходы на профилактику, лечение и реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами;
- косвенные потери общества в связи со смертностью, инвалидностью, временной нетрудоспособностью и безработицей лиц, страдающих психическими расстройствами, алкоголизмом, наркоманией;
- экономическая эффективность лекарственных средств и схем лечения в психиатрии.

6) Анализ уровня медицинского обеспечения:

- обеспеченность койками;

¹ Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике: Пособие для врачей и психологов. – СПб., 1998. – 22 с.

- функционирование коек: психоневрологических взрослых, психоневрологических детских, психиатрических, психосоматических, наркологических;

- число психоневрологических и наркологических диспансеров;
- обеспеченность врачами-психиатрами, психиатрами-наркологами, суицидологами, социальными педагогами, специалистами по социальной работе, средним медицинским персоналом;

- деятельность стационара для лиц с психическими расстройствами и расстройствами поведения;

- уровень госпитализации;

- число учреждений, оказывающих помощь лицам, страдающим психическими расстройствами.

7) Оценка (посредством социологических опросов) потребности населения в социально-психологической помощи и степени удовлетворенности ею:

- обращаемость в соответствующие службы;

- удовлетворенность деятельностью специалистов, служб психологической помощи, «телефона доверия»;

- потребность в функционировании по месту жительства служб социально-психологической помощи.

В рамках вышеперечисленных направлений мониторинг общественного психического здоровья в регионе, как видится, должен осуществляться в три этапа:

- информационный;

- аналитический;

- конструктивный;

На первом этапе мониторинга осуществляется сбор информации в соответствии с основными направлениями мониторингового исследования общественного психического здоровья. Исполнителями (и одновременно источниками информации) могут стать следующие учреждения и организации Вологодской области:

- Департамент здравоохранения;

- Департамент образования;

- Департамент труда и социального развития;

- Областной комитет государственной статистики;

- Медицинский информационно-аналитический центр, Бюро медицинской статистики;

- Лечебно-профилактические учреждения, психоневрологические интернаты и школы для умственно отсталых детей;
- Вологодский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом;
- Вологодский областной наркологический диспансер;
- Управление внутренних дел;
- Прокуратура;
- Вологодский научно-координационный центр ЦЭМИ РАН.

На втором этапе, на основе сформированной информационной базы, проводится диагностика, целью которой является оценка состояния общественного психического здоровья, системы профилактики, лечения и реабилитации, экономического ущерба от «психической патологии», а также подготовка заключения по каждому направлению. Диагностика может осуществляться различными методами: а) аналитическими, основанными на операциях со статистическими данными (методы сравнения, приведения показателей в сопоставимый вид, способы использования средних и относительных величин, методы факторного и корреляционного анализа); б) экспертными – на основе обобщения информации и оценок, данных экспертами; в) линейного программирования, под которым понимается математический прием, используемый для определения лучшей комбинации ресурсов и действий, необходимых для достижения оптимального результата.

На третьем этапе мониторинга межведомственной аналитической группой (в которую входят исполнители по каждому направлению) при первом заместителе губернатора Вологодской области по социальным вопросам, на базе результатов диагностики текущего состояния общественного психического здоровья, определяются возможные варианты его развития в перспективе. Как правило, формируется несколько альтернативных вариантов, наиболее благоприятный из которых рассматривается в качестве базового для выработки рекомендаций и принятия решений по охране и укреплению психического здоровья населения и совершенствованию системы помощи душевнобольным с целью профилактики и минимизации социально-экономических потерь.

Считаем целесообразной ежегодную периодичность мониторинга общественного психического здоровья.

Формами доведения результатов мониторинга общественного психического здоровья до общественности могут являться:

⇒ систематическая публикация данных мониторинга в открытой федеральной и региональной печати, а также во Всемирной сети «Интернет»;

⇒ подготовка и издание специализированных бюллетеней, экспресс-информаций, информационно-аналитических записок;

⇒ включение информации, полученной в ходе мониторинга общественного психического здоровья, в ежегодный государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности системы здравоохранения Вологодской области.

Широкое информирование общественности о результатах мониторинга позволит постоянно поддерживать обратную связь между населением и властью, снизить стигматизацию психически больных и психиатрической службы, что должно иметь позитивный экономический и социальный эффект.

Предлагаемая система мониторинга может быть рассмотрена как один из компонентов оценочного исследования прямого и косвенного влияния экономики и социально-экономического развития области на состояние общественного психического здоровья, и наоборот.

В заключение следует отметить, что создание рассматриваемой региональной системы постоянного мониторинга общественного психического здоровья и выработка эффективных механизмов реагирования менеджмента на выявленные ею проблемы будут способствовать повышению обоснованности регулирующих воздействий по укреплению психического здоровья населения региона.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Происходящие в последние годы в России коренные социально-экономические преобразования сопровождаются обострением жизненно важных проблем, одной из которых является проблема охраны психического здоровья населения. Наблюдаемые негативные тенденции, такие, как рост числа психически больных, алкоголизация населения, распространение наркомании, в том числе среди детей и подростков, высокий уровень смертности населения от самоубийств, криминализация общества и другие, свидетельствуют о том, что все большее значение приобретают социальные аспекты возникновения и распространения психических расстройств.

В мировой практике становится очевиднее, что деятельность по охране психического здоровья должна войти в число наиболее приоритетных для большинства стран в силу тяжелых социально-экономических последствий от психических расстройств. По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения, масштаб проблемы дает основания рассматривать психические болезни (включая алкоголизм и наркоманию) в качестве основной угрозы здоровью и продуктивности нации. С экономической позиции это означает непосредственную угрозу человеческому и трудовому потенциалу страны, от качества которого зависит развитие производительных сил и экономики в целом.

Проведенные исследования показали, что проблема общественного психического здоровья актуальна и для Вологодской области.

Комплексность исследовательских работ обеспечивалась изучением проблемы с точки зрения демографии (качественные характеристики населения, социальное здоровье и др.), экономики (оценка ущерба от психической патологии, рассмотрение психического здоровья как компонента трудового потенциала и др.), социологии (социологический опрос как один из применяемых методов исследования), а также частных наук: социальной психиатрии, интегральной медицины, экономики здравоохранения, фармакоэкономики.

Рассмотрим результаты, полученные в ходе исследования.

1. Анализ эпидемиологической ситуации позволил выявить ряд тенденций. Несмотря на незначительные колебания уровня заболеваемости и болезненности психическими расстройствами в регионе, за минувшие десятилетие смертность населения региона по данной причине увеличилась в 8 раз. Заболеваемость психическими расстройствами среди детей и подростков превосходит аналогичные показатели среди взрослого населения региона. Инвалидизация несовершеннолетних по причине тяжелого психического заболевания неуклонно растет (в период с 2001 по 2004 г. данный показатель увеличился вдвое). Причиной 47% случаев отнесения призывников к категории «не годен к военной службе» являются психические расстройства.

2. Изучение социального настроения и социальных патологий как неотъемлемой части общественного психического здоровья показало следующее. Треть населения Вологодской области находится в состоянии «напряжения, раздражения» или ощущает «страх, тоску», что выше аналогичных показателей по РФ. Наиболее острыми проблемами, по мнению вологжан, являются инфляция, высокий уровень преступности, рост алкоголизации и снижение уровня жизни. Криминальная обстановка в регионе за последнее десятилетие стала более напряженной (например, количество преступлений в целом и случаев хулиганства в частности возросло на 80%, а грабежей и разбоев – в четыре раза). Судя по результатам социологических опросов, данная ситуация вызывает у жителей региона опасения и провоцирует тревогу и беспокойство из-за отсутствия чувства безопасности. Смертность населения Вологодской области от самоубийств на 45% превосходит среднее значение по России и в 2,5 раза – предельно допустимый ВОЗ уровень. Каждый шестой суицид совершен лицом, не достигшим 30 лет. Реально в данную проблему, по нашим расчетам, включено 5,5% населения. В области насчитывается более 17 тысяч алкоголиков и 1,5 тысячи наркоманов. По нашей гипотезе, в проблему наркомании на территории области в ближайшем будущем может быть включено от 50 до 100 тысяч молодых людей.

3. Согласно результатам социологических опросов по оценке уровня распространения в регионе неучтенных пограничных, предболезненных состояний, каждый третий житель страдает депрессией, у 34% – повышен уровень тревоги, у каждого пятого –

признаки невротического расстройства. В «группу риска» попали женщины (однако к завершенным суицидам, как следствие затяжной депрессии, более склонны мужчины); люди среднего и пенсионного возраста (в то время как молодежь чаще предпринимает попытки самоубийства); те, кто имеет неполное среднее и среднее образование; неблагополучные в семейном отношении (овдовевшие, разведенные); жители села. Высокий риск пограничных расстройств отмечается также у тех, кто относит себя к категории «бедные». Это подтверждает отрицательное воздействие на психическое здоровье населения, помимо биологических и социокультурных, социальных и социально-экономических факторов. В то же время распространение в регионе психической патологии влечет за собой негативные социально-экономические последствия.

4. С помощью модифицированной методики стоимостного анализа была проведена оценка прямых и косвенных (социальных) потерь, выражаемых в виде доли упущенного ВРП вследствие смертности, временной нетрудоспособности, инвалидности и безработицы душевнобольных. Судя по результатам оценки, социальные затраты значительно превосходят прямые затраты здравоохранения на лечение лиц, страдающих психическими расстройствами. Наибольший ущерб обществу обусловлен инвалидностью и безработицей больных (49 и 31% косвенных потерь без учета ПППЖ соответственно), т.к. показатели смертности среди данной категории пациентов незначительны (за исключением суицидов). В среднем в исследуемый нами период (1999–2001 гг.) общество ежегодно теряло из-за психических расстройств около 2% ВРП – примерно 1,5 млрд. руб., что равно расходам областного бюджета на здравоохранение, физическую культуру и спорт. Причем реальные масштабы ущерба еще выше, т.к. нет возможности учесть некоторые потери.

5. Анализируя политику в области охраны психического здоровья и территориальную систему помощи душевнобольным, приходим к следующим выводам:

– Оценка востребованности и степени удовлетворенности населением психологической и психиатрической помощи показывает непопулярность данной системы, несмотря на высокую нуждаемость в ней. Примерно 400 тыс. жителей требуется консультативная помощь и психокоррекция в связи с тревогой и депрессией, а четверть

населения региона призналась, что имела серьезные психологические проблемы, которые не были решены из-за отсутствия квалифицированной помощи. Тем не менее лишь треть из них прибегли к услугам психолога или психиатра. Сокращается доля тех, кто убежден в необходимости создания по месту жительства специальных психологических служб и готов обратиться за помощью в случае возникновения серьезных психологических проблем.

→ В Вологодской области отсутствуют единая концепция и стратегия охраны психического здоровья жителей региона и комплексная программа мер. Однако некоторые шаги на пути к этому уже предпринимаются. В 1999 – 2000 гг. была разработана концепция «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области». В ней, в частности, указывается, что «проблема психического здоровья, а также отношения к лицам с психическими проблемами должна стать предметом широкого обсуждения», и на одно из важнейших мест ставится задача улучшения психологического климата, психосоциального состояния и психического здоровья населения (задача 3.6). В стратегическом плане охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области, утвержденном постановлением Правительства №696 от 21.10.2002 г., тоже затронуты вопросы психического здоровья: сформулирована задача 2.10 («формирование психического здоровья, борьба со стрессом»).

→ Гарантированные государством учреждения, оказывающие помощь душевнобольным в регионе, разнообразны и подведомственны трем департаментам. В работе этих учреждений отсутствуют системность и преемственность. В области функционируют также коммерческие службы психиатрической и психологической помощи. Однако отмечается дефицит некоторых специалистов. Кроме того, отсутствует эффективная реабилитационная сеть: межведомственные центры комплексной социально-психологической помощи, отдельные гарантированные законом формы помощи психически больным (например, ЛПИМ).

Анализируя состояние общественного психического здоровья в регионе, политику его охраны, последствия распространения психической патологии, можно прийти к выводу о необходимости комплексного межсекторального подхода к данной проблеме. Был пред-

ложен ряд приоритетных направлений улучшения психологического климата и общественного психического здоровья населения, локализации причин деструктивных процессов в данной сфере.

К ним относятся:

➤ Переосмысление концепции общественного здравоохранения и выработка региональной межведомственной программы охраны психического здоровья, а также действенных механизмов (законодательных и экономических) по реализации положений Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании. Были подготовлены рекомендации по организации деятельности рабочей группы для создания соответствующей программы и конкретные мероприятия, которые могут быть положены в ее основу.

➤ Совершенствование системы помощи душевнобольным и повышение качества психиатрической помощи.

➤ Уменьшение экономического бремени от психических расстройств.

Следует отметить, что имевшиеся в нашем распоряжении статистические данные лишь вершина айсберга, а основная его часть оказывается за рамками учета. Поэтому требуется усиленное внимание управленческих структур, органов здравоохранения, общества в целом. Длительность процессов социальной трансформации позволяет предполагать, что в ближайшей перспективе обозначенные негативные явления в сфере общественного психического здоровья усилятся. В связи с этим необходимы организация комплексного учета и контроля состояния социально-психологического климата и психического здоровья населения и срочные меры по их улучшению на региональном уровне. В основу комплексного межсекторального подхода к решению данной проблемы должно быть положено представление о том, что психическое здоровье – проблема не только узкого круга специалистов одной сферы (психологов, психотерапевтов, психиатров), но и представителей других сфер, в т.ч. управленцев, экономистов, социологов. Суть переориентации общественного сознания, и прежде всего государственных чиновников, в отношении проблемы психического здоровья нации заключается в формировании социально-этической доминанты охраны психического здоровья человека. Только это может дать ощутимые результаты и необходимый эффект.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Формулы расчета в различных методах экономического анализа в здравоохранении

1. Анализ «минимизации затрат»:

$$CMA = DC1 - DC2$$

или

$$CMA = (DC1 + IC1) - (DC2 + IC2),$$

где:

CMA – показатель разницы затрат;

DC1 – прямые затраты при применении первого метода;

IC1 – косвенные затраты при применении первого метода;

DC2 и IC2 – прямые и косвенные затраты при применении второго метода.

2. Анализ «затраты – эффективность»:

$$CEA = (DC + IC) / Ef,$$

где:

CEA – соотношение затраты/эффективность (выявляет затраты, необходимые на единицу эффективности, например на одного вылеченного больного);

DC – прямые затраты;

IC – непрямые затраты;

Ef – эффективность лечения (относительное количество вылеченных больных).

3. «Затраты – полезность»:

$$CUA = ((DC1 + IC1) - (DC2 + IC2)) / (Ut1 - Ut2),$$

где:

CUA – показатель прироста затрат на единицу полезности, соотношение затраты/полезность (т.е. стоимость единицы полезности, например одного года качественной жизни);

DC1 и IC1 – прямые и косвенные затраты при первом методе лечения;

DC2 и IC2 – прямые и косвенные затраты при втором методе лечения;

Ut1 и Ut2 – утилитарность при первом и втором методах лечения.

4. Расчет показателя DALY:

$$DALY = \frac{W_i \times c \times e^{-\beta a}}{(\beta + r)^2 \times [e^{-(\beta + r) \times L} \times 1 + (\beta + r) \times (L + a)] - (1 + (\beta + r) a)},$$

где:

a – возраст пациента;

L – продолжительность снижения функциональных возможностей или потери лет жизни вследствие преждевременной смертности;

r – коэффициент дисконтирования (3% в год);
 c – возрастная корректирующая константа (0,16243);
 β – параметр весовой функции возраста (табл. 1) ;
 W_i – весовой коэффициент снижения уровня функционирования.

Таблица 1. Весовые коэффициенты

Возраст	0 – 1 год	1 – 10 лет	10 – 20 лет	20 – 30 лет	30 – 40 лет	40 – 50 лет	50 – 60 лет	60 – 70 лет	70 – 80 лет
Весовой коэффициент	0 – 0,2	0,2 – 0,8	0,8 – 1,4	1,5	1,4 – 1,3	1,3 – 1,0	1,0 – 0,8	0,8 – 0,6	0,6 – 0,5

Нарушения функциональных возможностей больного при отдельных патологических состояниях рассмотрены в ранжире 7 классов по степени утяжеления состояния. Для каждого случая болезни количество DALY определяется умножением средней длительности болезненного состояния до достижения ремиссии или смерти на средний весовой коэффициент W_i (табл. 2).

Таблица 2. Измерение тяжести функциональных нарушений

Класс нарушения функциональных возможностей	Значение W_i	Характеристика функциональных нарушений	Заболевание
5	0,36 – 0,50	Ограниченная (снижение от 50% и более) способность функционировать не менее чем в двух сферах: досуга, образования, воспитания, профессиональной деятельности	Умственная отсталость легкой степени
6	0,50 – 0,70	Ограниченная способность функционировать во всех вышеперечисленных сферах	Депрессивное расстройство, шизофрения в стабилизированной фазе
7	0,70 – 1,00	Требуется помощь при повседневной деятельности: посещении магазина, уборке дома, приготовлении пищи. В более тяжелых случаях: при приеме пищи, соблюдении личной гигиены	Шизофрения в острой фазе. Деменция

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Анкета (апрель 2004 г.)

1. Что бы Вы могли сказать о своем настроении в последние дни?

1. Прекрасное настроение
2. Нормальное, ровное состояние
3. Испытываю напряжение, раздражение
4. Испытываю страх, тоску
5. Затрудняюсь ответить

2. Укажите, пожалуйста, соответствуют или нет перечисленные ниже высказывания Вашему настроению в последнее время (если Вы затрудняетесь, выберите решение в соответствии с тем, что правильно в настоящее время или что бывает чаще).

Высказывание	Да	Нет
1. Часто ли меняется Ваше настроение в зависимости от серьезной причины или без нее?	1	2
2. У Вас бывает гнетущее состояние?	1	2
3. Испытываете ли Вы иногда чувство страха даже при отсутствии реальной опасности?	1	2
4. Бывает ли Вам то радостно, то грустно без особых причин?	1	2
5. Временами Вы бываете так беспокожны, что даже не можете усидеть на месте	1	2
6. Легко ли изменить Ваше настроение?	1	2
7. Вы часто испытываете недовольство	1	2
8. Большею частью Вы счастливы	1	2
9. Часто Вы чувствуете себя просто скверно	1	2
10. У Вас часто без особых причин возникает чувство безучастности и усталости	1	2

3. Укажите, пожалуйста, насколько Вы удовлетворены своей сегодняшней жизнью? (по 10-балльной шкале, где 1 – полностью удовлетворен, 10 – полностью не удовлетворен).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
										<i>Затрудняюсь ответить</i>

4. Как бы Вы оценили в целом политическую обстановку в России?

1. Благополучная
2. Спокойная
3. Напряженная
4. Критическая, взрывоопасная
5. Затрудняюсь ответить

5. Чувствуете ли Вы себя в безопасности?

	Да	Нет
1. Вы делаете много такого, в чем приходится раскаиваться	1	2
2. Вы недостаточно уверены в себе	1	2
3. Иногда Вы кажетесь себе действительно никчемным человеком	1	2
4. Вы много копаетесь в себе	1	2
5. Вы страдаете от чувства неполноценности	1	2
6. Самая тяжелая борьба для Вас – это борьба с самим собой	1	2

6. Ответьте, пожалуйста, верно или неверно каждое утверждение по отношению к Вам. (Если Вы затрудняетесь, выберите решение в соответствии с тем, что правильно в настоящее время или что бывает чаще.)

	Да	Скорее да, чем нет	Скорее нет, чем да	Нет	Затрудняюсь ответить
Дома	1	2	3	4	5
На улице днем	1	2	3	4	5
На улице вечером	1	2	3	4	5
На работе	1	2	3	4	5

7. Ниже перечислены наиболее актуальные проблемы современной России. Ответьте, пожалуйста, те из них, которые беспокоят лично Вас, не оставляют Вас равнодушным?

Проблемы	Сильно беспокоят	Беспокоят в меньшей степени
1. Инфляция (постоянный рост цен)		
2. Снижение уровня жизни		
3. Высокий уровень преступности		
4. Социальная незащищенность граждан		
5. Резкое расслоение населения по доходам		
6. Рост безработицы		
7. Невозможность улучшения жилищных условий		
8. Коррупция, взяточничество		
9. Развал экономики, остановка предприятий		
10. Рост алкоголизма		
11. Бездуховность, разгул безнравственности		
12. Политическая нестабильность		
13. Межнациональная рознь		
14. Низкое качество здравоохранения		
15. Ухудшение состояния окружающей среды		

16. Задержки в выплате зарплаты, пенсий, стипендий		
17. Некомпетентность властей		
18. Низкое качество образования		
19. Несправедливое налогообложение		
20. Другое (напишите)		
21. Ничего не беспокоит		

8. Как Вы считаете, какое из приведенных ниже высказываний наиболее соответствует сложившейся ситуации?

1. Все не так плохо и можно жить
2. Жить трудно, но можно и терпеть
3. Терпеть наше бедственное положение уже невозможно
4. Затрудняюсь ответить

9. Как Вы считаете, применимы ли к Вам следующие высказывания? (Если Вы затрудняетесь, выберите решение в соответствии с тем, что правильно в настоящее время или что бывает чаще.)

	Да	Нет
1. Вы считаете, что внутренне напряжены	1	2
2. Вы часто так сильно во что-то погружены, что не можете заснуть	1	2
3. Вас часто преследуют бесполезные мысли, которые не выходят из головы, хотя Вы стараетесь от них избавиться	1	2
4. Иногда у Вас все болит	1	2
5. Вы довольно нервный (нервная)	1	2
6. У Вас были очень странные и необычные переживания	1	2
7. В течение всего дня Вы мечтаете и фантазируете больше, чем нужно	1	2
8. Иногда Вы дрожите или испытываете приступы озноба	1	2
9. Вам трудно сконцентрироваться при выполнении какого-либо задания или работы	1	2
10. Вы довольно раздражительны	1	2
11. У Вас что-то с нервами	1	2

10. В последнее время в стране и мире участились катастрофы, стихийные бедствия, военные столкновения, террористические акты, влекущие гибель и травматизацию большого числа людей. Как Вы реагируете на подобные события?

1. Остро, но, к счастью, там не было меня и моих близких
2. Очень остро
3. Уже привык(ла)
4. Никак не реагирую

- 5. Не со мной произошло, и ладно
- 6. Затрудняюсь ответить

11. Скажите, пожалуйста, как Вы относитесь к религии?

- 1. Верю в Бога
- 2. Бог не существует, но что-то есть
- 3. Не верю в Бога.
- 4. Затрудняюсь ответить

12. Как Вы переносите различные трудности? (Если Вы затрудняетесь, выберите решение в соответствии с тем, что правильно в настоящее время или что бывает чаще.)

	Да	Нет
1. Вы чувствуете себя легко ранимым	1	2
2. Вы слишком близко и надолго принимаете к сердцу неприятности	1	2
3. Даже мысль о возможной неудаче Вас волнует	1	2
4. Беспokoитесь ли Вы иногда слишком сильно из-за незначительных вещей?	1	2
5. Чувствуете ли Вы иногда, что трудности велики и непреодолимы?	1	2

13. Я испытываю напряженность, мне не по себе

- 1 – совсем не испытываю
- 2 – время от времени
- 3 – часто
- 4 – все время

14. Я испытываю страх, кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться

- 1 – совсем не испытываю
- 2 – иногда, но это меня не беспокоит
- 3 – да, это так, но страх не очень сильный
- 4 – определенно, это так, и страх очень сильный

15. Беспокойные мысли крутятся в моей голове

- 1 – только иногда
- 2 – время от времени
- 3 – большую часть времени
- 4 – постоянно

16. Я легко могу сесть и расслабиться

- 1 – определенно, это так
- 2 – наверное, это так
- 3 – лишь изредка это так
- 4 – совсем не могу

17. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь

- 1 – совсем не испытываю
- 2 – иногда
- 3 – часто
- 4 – очень часто

18. Отметьте, пожалуйста, удовлетворены ли Вы лично...?

		Полностью удовлетворен	Скорее удовлетворен	Затрудняюсь ответить	Скорее не удовлетворен	Полностью не удовлетворен
1	Отношениями с друзьями, ближайшими знакомыми	1	2	3	4	5
2	Отношениями с ребенком (детьми)	1	2	3	4	5
3	Отношениями с коллегами по работе	1	2	3	4	5
4	Отношениями с администрацией на работе	1	2	3	4	5
5	Отношениями с субъектами своей профессиональной деятельности (клиентами, пациентами, покупателями, учениками и пр.)	1	2	3	4	5
6	Отношениями с супругом (супругой)	1	2	3	4	5
7	Отношениями с родителями	1	2	3	4	5
8	Условиями своей профессиональной деятельности (учебы)	1	2	3	4	5
9	Содержанием своей работы в целом	1	2	3	4	5
10	Возможностью выбора места работы	1	2	3	4	5
11	Своим положением в обществе	1	2	3	4	5
12	Возможностью проводить отпуск	1	2	3	4	5
13	Повседневным проведением отдыха, досуга	1	2	3	4	5
14	Жилищно-бытовыми условиями	1	2	3	4	5
15	Сферой медицинского обслуживания	1	2	3	4	5
16	Сферой услуг и бытового обслуживания	1	2	3	4	5
17	Своим образованием	1	2	3	4	5
18	Материальным положением	1	2	3	4	5
19	Своим образом жизни в целом	1	2	3	4	5
20	Обстановкой в обществе (государстве)	1	2	3	4	5

19. Я испытываю неусидчивость, словно мне постоянно нужно двигаться

- 1 – совсем не испытываю
- 2 – лишь в некоторой степени это так
- 3 – наверное, это так
- 4 – определенно, это так

20. У меня бывает внезапное чувство паники

- 1 – совсем не бывает
- 2 – не так уж часто
- 3 – довольно часто
- 4 – очень часто

21. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство

- 1 – определенно, это так
- 2 – наверное, это так
- 3 – лишь в очень малой степени
- 4 – это совсем не так

22. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное

- 1 – определенно, это так
- 2 – наверное, это так
- 3 – лишь в очень малой степени
- 4 – совсем не способен

23. Я испытываю бодрость

- 1 – практически все время
- 2 – иногда
- 3 – очень редко
- 4 – совсем не испытываю

24. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно

- 1 – совсем нет
- 2 – иногда
- 3 – часто
- 4 – практически все время

25. Я не слежу за своей внешностью

- 1 – я слежу за собой так же, как и раньше
- 2 – может быть, я стал меньше уделять этому внимания
- 3 – я не уделяю этому столько времени, сколько нужно
- 4 – определенно, это так

26. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести чувство удовлетворения

- 1 – точно так же, как и обычно
- 2 – да, но не в той степени, как раньше
- 3 – значительно меньше, чем обычно
- 4 – совсем так не считаю

27. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы

- 1 – часто
- 2 – иногда
- 3 – редко
- 4 – очень редко

28. Ответьте, пожалуйста, как у Вас складываются отношения с другими людьми (Если Вы затрудняетесь, выберите решение в соответствии с тем, что правильно в настоящее время или что бывает чаще.)

	Да	Нет
1. Вам трудно заговорить с незнакомыми людьми	1	2
2. Вам кажется, что Вас никто не понимает	1	2
3. Если бы против Вас не были настроены, Ваши дела шли бы более успешно	1	2
4. Критика или выговор Вас очень ранят	1	2
5. У Вас часто возникает чувство, что люди Вас критически рассматривают	1	2
6. Вы часто боретесь с собой, чтобы не показать свою застенчивость	1	2
7. Вы хотели бы быть такими же счастливыми, какими кажутся другие люди	1	2
8. Вам трудно поддерживать разговор при знакомстве	1	2

29. Испытываете ли Вы чувство одиночества?

1. Да, часто
2. Да, иногда
3. Очень редко
4. Никогда
5. Затрудняюсь ответить

30. Как Вы считаете, нужно ли в средствах массовой информации (с помощью специальных публикаций, радио- и телепередачи) помогать людям решать свои психологические проблемы, правильно вести себя в сложных ситуациях, повышать общую психологическую грамотность людей и т.п.?

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

31. Испытывали ли Вы раньше серьезные психологические затруднения и проблемы, которые не могли решить из-за отсутствия серьезной квалифицированной помощи?

1. Да, испытывал(а) такие проблемы.
2. Нет, не испытывал(а) подобных проблем.
3. Все свои проблемы я мог(ла) решить сам(а) и решал(а) их.
4. Затрудняюсь ответить.

32. Если Вы испытывали подобные затруднения, обращались ли Вы за помощью к квалифицированному специалисту (психологу, психиатру)?

1. Да
2. Нет

33. Если обращались, то помогло ли Вам это обращение?

1. Да
2. Нет

34. Если бы подобные затруднения существовали сейчас, смогли бы Вы сразу же обратиться за помощью к квалифицированному специалисту (психологу, психиатру)?

1. Да, смог(ла) бы обратиться сразу
2. Да, хотелось бы, но трудно это сделать (непривычно, могут неправильно понять окружающие и т.п.)
3. Нет, потому что могу справиться сам(а)
4. Нет, потому что он все равно не поможет

35. Хотелось бы Вам, чтобы специальные психологические службы, помогающие людям решать свои проблемы, появились по месту Вашего жительства?

1. Да, такая психологическая служба необходима
2. Нет, не вижу такой необходимости
3. Да, наверное, не помешала бы
4. Затрудняюсь ответить

36. Обращались ли Вы когда-нибудь в такую психологическую службу?

1. Да
2. Нет

37. Стали бы Вы обращаться в такую психологическую службу, если бы возникла такая необходимость?

1. Безусловно, да
2. Да, пожалуй
3. Нет, не стал(а) бы
4. Затрудняюсь ответить

38. В нашей стране в некоторых городах и регионах существуют «телефоны доверия», по которым можно в любое время позвонить, изложить свои проблемы, выговориться, получить полезный совет, одобрение, поддержку. Нужен ли «телефон доверия» по месту Вашего жительства?

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

39. Приходилось ли Вам пользоваться «телефоном доверия»?

1. Да
2. Нет

40. Если приходилось, то помог ли Вам «телефон доверия»?

1. Да
2. Нет

41. Знаете ли Вы номер «телефона доверия»?

1. Не знаю
2. Знаю и готов(а) воспроизвести по памяти
3. Не помню, но знаю, где могу получить данную информацию в случае необходимости

42. Стали бы Вы звонить по «телефону доверия» в случае возникновения у Вас или Ваших близких психологических затруднений и проблем?

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

СООБЩИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, О СЕБЕ

43. Ваш пол 1. Мужской 2. Женский

44. Ваш возраст _____ полных лет

45. Семейное положение

1. Состою в зарегистрированном браке и проживаю совместно с мужем (женой)
2. Состою в зарегистрированном браке и не проживаю совместно с мужем (женой)

3. Не состою в зарегистрированном браке, но проживаю совместно с мужем (женой)

4. Не состою в зарегистрированном браке и не проживаю совместно с мужем (женой), разведен(а)

5. Не замужем (холост)

6. Вдова (вдовец)

46. Какое у Вас образование?

1. Среднее

2. Среднее специальное

3. Неполное среднее

4. Незаконченное высшее

5. Высшее

6. Начальное

7. Нет образования

8. Неизвестно

47. Посчитайте, пожалуйста, каков был среднемесячный фактический доход на одного члена Вашей семьи в течение последнего месяца (сложите все виды доходов, включая алименты, пособия на детей, приработки, проценты по вкладам, акциям, другим ценным бумагам и т.п. после удержания налогов, и разделите на число членов Вашей семьи)

_____ руб.

1 - В прошедшем месяце денег не получали

0 - Затрудняюсь ответить

48. Какой размер дохода на одного члена семьи в месяц, по Вашему мнению, необходим для нормальной жизни?

_____ руб.

0 - Затрудняюсь ответить

49. К какой категории Вы себя относите?

1. Богатым

3. Бедным

2. Людям среднего достатка

4. Нищим

5. Затрудняюсь ответить

50. Род занятий

1. Рабочий

2. Крестьянин

3. Инженерно-технический работник

4. Служащий (работник аппарата предприятия, учреждения)

5. Руководитель государственного предприятия

6. Интеллигент, не занятый на производстве (учитель, врач, научный работник, журналист и т.д.)

7. Предприниматель, имеющий свое дело
8. Студент
9. Военнослужащий
10. Сотрудник органов охраны общественного порядка
11. Руководитель коммерческой структуры
12. Ответственный работник органов управления
13. Учащийся
14. Безработный (официально зарегистрированный)
15. Неработающий, домохозяйка
13. Другое (напишите)_____

51. Какая из приведенных ниже оценок наиболее точно характеризует Ваши денежные доходы?

1. Денег вполне достаточно, чтобы ни в чем себе не отказывать
2. Покупка большинства товаров длительного пользования (холодильник, телевизор) не вызывает у нас трудностей, однако покупка автомашины сейчас недоступна
3. Денег достаточно для приобретения необходимых продуктов и одежды, однако более крупные покупки приходится откладывать на потом
4. Денег хватает только на приобретение продуктов питания
5. Денег не хватает даже на приобретение продуктов питания, приходится влезать в долги

52. Где Вы живете?

1. В городе
2. В сельской местности

53. Есть ли у Вас домашний телефон?

1. Да
2. Нет

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

ТЕСТЫ, ВКЛЮЧЕННЫЕ В АНКЕТУ

3.1. Тест ММРІ (сокращенный вариант)

1. Приведенные ниже утверждения оценивают общее самочувствие человека. Отметьте, пожалуйста, верно или неверно каждое утверждение по отношению к Вам?

	Да	Нет
1. У Вас хороший аппетит	1	2
2. По утрам Вы обычно чувствуете, что выспались и отдохнули	1	2
3. Каждую неделю Вам снятся кошмары	1	2
4. С Вами происходили (или происходят) странные вещи	1	2
5. Когда Вы находитесь среди людей, Вам слышатся странные вещи	1	2
6. В последние годы Ваше самочувствие в основном было хорошим	1	2
7. Большую часть времени Вы чувствуете общую слабость	1	2
8. У Вас бывает сильное сердцебиение, и Вы часто задыхаетесь	1	2
9. В Вашей жизни были случаи (может быть, только один), когда Вы чувствовали, что на Вас действуют гипнозом	1	2

2. Как у Вас идут дела в последнее время?

	Да	Нет
1. В Вашей повседневной жизни много интересного	1	2
2. Иногда Вам очень хочется навсегда уйти из дома	1	2
3. Иногда Вам хочется выругаться	1	2
4. Большинство людей довольны своей жизнью больше, чем Вы	1	2
5. У Вас часто бывает чувство, что Вы сделали что-то неправильное или нехорошее	1	2
6. Обычно Вы удовлетворены своей судьбой	1	2
7. Вы считаете, что Ваша семейная жизнь не хуже, чем у большинства Ваших знакомых	1	2
8. Члены Вашей семьи часто придираются к Вам	1	2

3. Оцените, пожалуйста, Ваше физическое состояние

	Да	Нет
1. Вы никогда не чувствовали себя лучше, чем теперь	1	2
2. У Вас очень редко бывает запор	1	2
3. Временами Вас беспокоит тошнота и позывы на рвоту	1	2
4. Часто у Вас бывают подергивания в мышцах	1	2
5. Вас часто беспокоит желудок	1	2
6. У Вас редко болит голова	1	2
7. Иногда Вам бывало трудно сохранять равновесие во время ходьбы	1	2
8. За последнее время у Вас ухудшилось зрение	1	2
9. Часто у Вас звенит или шумит в ушах	1	2
10. У Вас прерывистый и беспокойный сон	1	2

4. Каждый человек в разное время испытывает то прилив энергии, то упадок сил. Следующая группа утверждений оценивает жизненную активность человека. Какое из них верно, а какое нет по отношению к Вам?

	Да	Нет
1. Вы работаете с большим напряжением	1	2
2. Временами у Вас бывают приступы неудержимого смеха или плача	1	2
3. В детстве Вы одно время совершали кражи	1	2
4. Бывало, что несколько дней, недель или целых месяцев Вы ничем не могли заняться, потому что трудно было заставить себя включиться в работу	1	2
5. Временами Вы чувствуете, что Вам необыкновенно легко принимать решения	1	2
6. Вы вспыльчивы, но отходчивы	1	2
7. У Вас бывают периоды такого беспокойства, что трудно усидеть на месте	1	2
8. Иногда Вы полны энергии	1	2
9. У Вас бывают периоды, во время которых Вы необычно веселы без особой причины	1	2

5. Как Вы считаете, применимы ли к Вам следующие высказывания?

	Да	Нет
1. Временами Вам приходят в голову такие нехорошие мысли, что о них лучше не рассказывать	1	2
2. Вам труднее сосредоточиться, чем большинству других людей	1	2
3. Вам часто приходилось подчиняться кому-нибудь, кто знал меньше Вашего	1	2
4. Часто Вы не можете понять, почему накануне у Вас было плохое настроение и Вы были раздражены	1	2
5. Временами Ваши мысли текли так быстро, что Вы не успевали их высказывать	1	2
6. У Вас бывали периоды, во время которых Вы что-то делали и потом не могли вспомнить, что именно	1	2
7. С памятью у Вас все благополучно	1	2
8. Временами Ваша голова работает как бы медленнее, чем обычно	1	2

6. Каждый человек живет в определенном кругу других людей. Отношения между людьми складываются по-разному. Оцените, пожалуйста, как к Вам относятся другие люди?

	Да	Нет
1. У Вас такое впечатление, что Вас никто не понимает	1	2
2. Вы достигли бы в жизни гораздо большего, если бы люди не были настроены против Вас	1	2
3. Большинство людей, знающих Вас, не считают Вас неприятным человеком	1	2
4. Вы считаете, что против Вас что-то замышляют	1	2
5. Вы считаете, что Вас часто незаслуженно наказывали	1	2
6. Не все Ваши знакомые Вам нравятся	1	2
7. Есть люди, которые пытаются украсть Ваши идеи и мысли	1	2
8. Ваши родители часто не одобряли Ваших знакомств	1	2
9. Ваша судьба никого особенно не интересует	1	2

7. Выразите, пожалуйста, Ваше отношение к другим людям.

	Да	Нет
1. Очень многие преувеличивают свои несчастья, чтобы добиться сочувствия и помощи	1	2
2. Некоторые так любят командовать, что Вам хочется все сделать наперекор, хотя Вы знаете, что они правы	1	2
3. Большинство людей способны добиваться выгоды не совсем честным способом	1	2
4. Вам безразлично, что думают о Вас другие	1	2
5. Вам трудно поддерживать разговор с человеком, с которым Вы только что познакомились	1	2
6. Вы не осуждаете человека, который не прочь воспользоваться в своих интересах ошибками другого	1	2
7. Даже находясь в обществе, Вы обычно чувствуете себя одиноко	1	2
8. Вы считаете, что почти каждый может солгать, чтобы избежать неприятностей	1	2
9. Вы часто разочаровываетесь в людях	1	2

8. Приведенные ниже утверждения касаются некоторых сторон Вашего характера. Ответьте, пожалуйста, верно или неверно каждое из следующих утверждений по отношению к Вам?

	Да	Нет
1. Иногда Вы сердитесь	1	2
2. Вам определенно не хватает уверенности в себе	1	2
3. Временами Вы уверены в собственной бесполезности	1	2
4. Вы считаете, что совершили поступки, которые нельзя простить	1	2
5. Вы считаете, что Вы слишком застенчивы	1	2
6. Вы почти всегда о чем-нибудь тревожитесь	1	2
7. Иногда Вы немного сплетничаете	1	2
8. Вы чувствуете острее, чем большинство других людей	1	2
9. Вы злоупотребляли спиртными напитками	1	2

3.2. Методика изучения социальной фрустрированности (Л.И. Вассерман)

Отметьте, пожалуйста, удовлетворены ли Вы лично..?

		Полностью удовлетворен	Скорее удовлетворен	Затрудняюсь ответить	Скорее не удовлетворен	Полностью не удовлетворен
1.	Отношениями с друзьями, ближайшими знакомыми	1	2	3	4	5
2.	Отношениями с ребенком (детьми)	1	2	3	4	5
3.	Отношениями с коллегами по работе	1	2	3	4	5
4.	Отношениями с администрацией на работе	1	2	3	4	5
5.	Отношениями с субъектами своей профессиональной деятельности (клиентами, пациентами, покупателями, учениками и пр.)	1	2	3	4	5
6.	Отношениями с супругом (супругой)	1	2	3	4	5
7.	Отношениями с родителями	1	2	3	4	5
8.	Условиями своей профессиональной деятельности (учебы)	1	2	3	4	5
9.	Содержанием своей работы в целом	1	2	3	4	5
10.	Возможностью выбора места работы	1	2	3	4	5
11.	Своим положением в обществе	1	2	3	4	5
12.	Возможностью проводить отпуск	1	2	3	4	5
13.	Повседневным проведением отдыха, досуга	1	2	3	4	5
14.	Жилищно-бытовыми условиями	1	2	3	4	5
15.	Сферой медицинского обслуживания	1	2	3	4	5
16.	Сферой услуг и бытового обслуживания	1	2	3	4	5
17.	Своим образованием	1	2	3	4	5
18.	Материальным положением	1	2	3	4	5
19.	Своим образом жизни в целом	1	2	3	4	5
20.	Обстановкой в обществе (государстве)	1	2	3	4	5

3.3. Экспресс-диагностика невроза (К. Хек и Х. Хесс)

1. Укажите, пожалуйста, соответствуют или нет перечисленные ниже высказывания Вашему настроению в последнее время? (Если Вы затрудняетесь, выберите решение в соответствии с тем, что правильно в настоящее время или что бывает чаще.)

	Да	Нет
1. Часто ли меняется Ваше настроение в зависимости от серьезной причины или без нее?	1	2
2. У Вас бывает пугающее состояние	1	2
3. Испытываете ли Вы иногда чувство страха даже при отсутствии реальной опасности?	1	2
4. Бывает ли Вам то радостно, то грустно без особых причин?	1	2
5. Временами Вы бываете так беспокойны, что даже не можете усидеть на месте	1	2
6. Легко ли изменить Ваше настроение?	1	2
7. Вы часто испытываете недовольство	1	2
8. Большею частью Вы счастливы	1	2
9. Часто Вы чувствуете себя просто скверно	1	2
10. У Вас часто без особых причин возникает чувство безучастности и усталости	1	2

2. Как Вы переносите различные трудности? (Если Вы затрудняетесь, выберите решение в соответствии с тем, что правильно в настоящее время или что бывает чаще.)

	Да	Нет
1. Вы чувствуете себя легко ранимым	1	2
2. Вы слишком близко и надолго принимаете к сердцу неприятности	1	2
3. Даже мысль о возможной неудаче Вас волнует	1	2
4. Беспокоитесь ли Вы иногда слишком сильно из-за незначительных вещей?	1	2
5. Чувствуете ли Вы иногда, что трудности велики и непреодолимы?	1	2

3. Ответьте, пожалуйста, как у Вас складываются отношения с другими людьми? (Если Вы затрудняетесь, выберите решение в соответствии с тем, что правильно в настоящее время или что бывает чаще.)

	Да	Нет
1. Вам трудно заговорить с незнакомыми людьми	1	2
2. Вам кажется, что Вас никто не понимает	1	2
3. Если бы против Вас не были настроены, Ваши дела шли бы более успешно	1	2
4. Критика или выговор Вас очень ранят	1	2
5. У Вас часто возникает чувство, что люди Вас критически рассматривают	1	2
6. Вы часто боретесь с собой, чтобы не показать свою застенчивость	1	2
7. Вы хотели бы быть такими же счастливыми, какими кажутся другие люди	1	2
8. Вам трудно поддерживать разговор при знакомстве	1	2

4. Ответьте, пожалуйста, верно или неверно каждое утверждение по отношению к Вам ? (Если Вы затрудняетесь, выберите решение в соответствии с тем, что правильно в настоящее время или что бывает чаще.)

	Да	Нет
1. Вы делаете много такого, в чем приходится раскаиваться	1	2
2. Вы недостаточно уверены в себе	1	2
3. Иногда Вы кажетесь себе действительно никчемным человеком	1	2
4. Вы много копаетесь в себе	1	2
5. Вы страдаете от чувства неполноценности	1	2
6. Самая тяжелая борьба для Вас – это борьба с самим собой	1	2

5. Как Вы считаете, применимы ли к Вам следующие высказывания? (Если Вы затрудняетесь, выберите решение в соответствии с тем, что правильно в настоящее время или что бывает чаще.)

	Да	Нет
1. Вы считаете, что внутренне напряжены	1	2
2. Вы часто так сильно во что-то погружены, что не можете заснуть	1	2
3. Вас часто преследуют бесполезные мысли, которые не выходят из головы, хотя Вы стараетесь от них избавиться	1	2
4. Иногда у Вас все болит	1	2
5. Вы довольно нервный (нервная)	1	2
6. У Вас были очень странные и необычные переживания	1	2
7. В течение всего дня Вы мечтаете и фантазируете больше, чем нужно	1	2
8. Иногда Вы дрожите или испытываете приступы озноба	1	2
9. Вам трудно сконцентрироваться при выполнении какого-либо задания или работы	1	2
10. Вы довольно раздражительны	1	2
11. У Вас что-то с нервами	1	2

3.4. Методика измерения депрессивных состояний (Зунге)

1. Изменилось ли, по Вашему мнению или мнению окружающих, Ваше поведение за последний месяц? Если да, то как?

	Совсем нет	В слабой степени	Довольно сильно	Очень сильно
1. Снижение устойчивости к стрессу	1	2	3	4
2. Более агрессивное, направленное на внешние обстоятельства поведение, трудности с самообладанием	1	2	3	4
3. Чувство опустошенности	1	2	3	4
4. Признаки «перегорания»: равнодушие, апатия, снижение интереса к привычным занятиям, нежелание лишний раз тратить силы и эмоции, безучастность	1	2	3	4
5. Постоянная необъяснимая усталость	1	2	3	4
6. Раздражение, беспокойство, напряженность	1	2	3	4
7. Нерешительность в повседневных ситуациях	1	2	3	4
8. Нарушение сна: раннее пробуждение, засыпание с трудом, беспокойный сон, непреодолимая сонливость в дневное время	1	2	3	4
9. Нетерпение, беспокойство, чувство неловкости, особенно по утрам	1	2	3	4
10. Для снятия напряжения: злоупотребление алкоголем (или лекарствами), повышение активности, изнуряющая работа, усиленное занятие спортом, обильное или скудное питание	1	2	3	4
11. Будущее представляется в черном свете, мрачным, безнадежным	1	2	3	4
12. Жалость к самому себе	1	2	3	4

2. Наблюдались ли ранее в Вашей семье злоупотребление алкоголем, лекарствами или наркотиками, депрессии или попытки самоубийства, увлечение деятельностью, связанной с риском?

1. Совсем нет
2. В слабой степени
3. Довольно сильно
4. Очень сильно

3.5. Госпитальная шкала тревоги и депрессии

1. Я испытываю напряженность, мне не по себе

- 1 – совсем не испытываю
- 2 – время от времени
- 3 – часто
- 4 – все время

2. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство

- 1 – определено, это так
- 2 – наверное, это так
- 3 – лишь в очень малой степени
- 4 – это совсем не так

3. Я испытываю страх, кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться

- 1 – совсем не испытываю
- 2 – иногда, но это меня не беспокоит
- 3 – да, это так, но страх не очень сильный
- 4 – определенно, это так, и страх очень сильный

4. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное

- 1 – определенно, это так
- 2 – наверное, это так
- 3 – лишь в очень малой степени
- 4 – совсем не способен

5. Беспокойные мысли крутятся в моей голове

- 1 – только иногда
- 2 – время от времени
- 3 – большую часть времени
- 4 – постоянно

6. Я испытываю бодрость

- 1 – практически все время
- 2 – иногда
- 3 – очень редко
- 4 – совсем не испытываю

7. Я легко могу сесть и расслабиться

- 1 – определенно, это так
- 2 – наверное, это так
- 3 – лишь изредка это так
- 4 – совсем не могу

8. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно

- 1 – совсем нет
- 2 – иногда
- 3 – часто
- 4 – практически все время

9. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь

- 1 – совсем не испытываю
- 2 – иногда
- 3 – часто
- 4 – очень часто

10. Я не слежу за своей внешностью

- 1 – я слежу за собой так же, как и раньше
- 2 – может быть, я стал меньше уделять этому внимания
- 3 – я не уделяю этому столько времени, сколько нужно
- 4 – определенно, это так

11. Я испытываю неусидчивость, словно постоянно нужно двигаться

- 1 – совсем не испытываю
- 2 – лишь в некоторой степени это так
- 3 – наверное, это так
- 4 – определенно, это так

12. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести чувство удовлетворения

- 1 – точно так же, как и обычно
- 2 – да, но не в той степени, как раньше
- 3 – значительно меньше, чем обычно
- 4 – совсем так не считаю

13. У меня бывает внезапное чувство паники

- 1 – совсем не бывает
- 2 – не так уж часто
- 3 – довольно часто
- 4 – очень часто

14. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы

- 1 – часто
- 2 – иногда
- 3 – редко
- 4 – очень редко

3.6. Блок вопросов по востребованности социально-психологической помощи и степени удовлетворенности ею жителей области

1. Как Вы считаете, нужно ли в средствах массовой информации (с помощью специальных публикаций, радио- и телепрограмм) помогать людям решать свои психологические проблемы, правильно вести себя в сложных ситуациях, повышать общую психологическую грамотность людей и т.п?

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

2. Испытывали ли Вы раньше серьезные психологические проблемы, которые не могли решить из-за отсутствия серьезной квалифицированной помощи?

1. Да, испытывал(а) такие проблемы
2. Нет, не испытывал(а) подобных проблем
3. Все свои проблемы я мог(ла) решить сам(а) и решал(а) их
4. Затрудняюсь ответить

3. Если Вы испытывали подобные затруднения, обращались ли Вы за помощью к квалифицированному специалисту (психологу, психиатру)?

1. Да
2. Нет

4. Если обращались, то помогло ли Вам это обращение?

1. Да
2. Нет

5. Если бы подобные затруднения существовали сейчас, смогли бы Вы сразу же обратиться за помощью к квалифицированному специалисту (психологу, психиатру)?

1. Да, смог(ла) бы обратиться сразу
2. Да, хотелось бы, но трудно это сделать (непривычно, могут неправильно понять окружающие и т.п.)
3. Нет, потому что могу справиться сам(а)
4. Нет, потому что он все равно не поможет

6. Хочется ли Вам, чтобы специальные психологические службы, помогающие людям решать свои проблемы, появились по месту Вашего жительства?

1. Да, такая психологическая служба необходима
2. Нет, не вижу такой необходимости

3. Да, наверное, не помешала бы

4. Затрудняюсь ответить

7. Обращались ли Вы когда-нибудь в психологическую службу?

1. Да

2. Нет

8. Стали бы Вы обращаться в психологическую службу, если бы возникла такая необходимость?

1. Безусловно, да

2. Да, пожалуй

3. Нет, не стал(а) бы

4. Затрудняюсь ответить

9. В нашей стране в некоторых городах и регионах существуют «телефоны доверия», по которым можно в любое время позвонить, изложить свои проблемы, выговориться, получить полезный совет, одобрение, поддержку. Нужен ли «телефон доверия» по месту Вашего жительства?

1. Да

2. Нет

3. Затрудняюсь ответить

10. Приходилось ли Вам пользоваться «телефоном доверия»?

1. Да

2. Нет

11. Если приходилось, то помог ли Вам «телефон доверия»?

1. Да

2. Нет

12. Знаете ли Вы номер «телефона доверия»?

1. Не знаю

2. Знаю и готов(а) воспроизвести по памяти

3. Не помню, но знаю, где могу получить данную информацию в случае необходимости

13. Стали бы Вы звонить по «телефону доверия» в случае возникновения у Вас или Ваших близких психологических затруднений и проблем?

1. Да

2. Нет

3. Затрудняюсь ответить

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Перечень государственных учреждений, оказывающих социально-психологическую, психотерапевтическую, психиатрическую помощь населению Вологодской области

Департамент труда и социальной защиты		Департамент здравоохранения		Департамент образования	
Учреждения	Специалисты	Учреждения	Специалисты	Учреждения	Специалисты
г. Вологда					
Вологодский психоневрологический интернат №1	2 психолога 4 соц. работника 11 психиатров	Областная психиатрическая больница (психотерапевтический центр)	85 психиатров 1 психотерапевт 57 психологов 3 нарколога	Общеобразовательные учреждения: городские областные	68 соц. педагогов 75 пед.-психологов 56 соц. педагогов 76 пед.-психол.
Вологодский психоневрологический интернат №2	1 психиатр	Центр планирования семьи	1 психотерапевт 4 психолога		
Октябрьский дом-интернат для престарелых и инвалидов	1,25 психолога 3,5 соц. работника 2,5 спец. по соц. работе 1,5 психиатра	Областной наркологический диспансер (наркологический стационар)	9 психологов 4,75 спец. по соц. работе 5 соц. работников 30,5 нарколога	Центр психолого-медико-социального сопровождения	4,5 пед.-психолога 2 соц. педагога 2 психотерапевта
Вологодское межрайонное бюро МСЭ №1	–	Психотерапевтический кабинет в областной больнице №1	1 психотерапевт		
Вологодское межрайонное бюро МСЭ №2	0,5 спец. по соц. работе	Городская больница №1	1 психиатр		
Офтальмологическое бюро МСЭ	1 реабилитолог	Поликлиника городской больницы №3	0,5 психиатра		
Психиатрическое бюро МСЭ	3 психиатра				
Кардиологическое бюро МСЭ	–				

Продолжение приложения 4

Департамент труда и социальной защиты		Департамент здравоохранения		Департамент образования	
Фтизио-травматологическое бюро МСЭ	–				
Педиатрическое бюро МСЭ	1 психолог 1 спец. по соц. работе				
Главное бюро МСЭ №1 и №2	1 психол.				
Прилуцкий специальный дом-интернат для престарелых и инвалидов	–				
Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних	3 психолога 9 соц. работников 4,5 спец. по соц. работе 4 соц. педагога 0,5 психотерапевта				
Территориальный центр социальной помощи семье и детям	4 психолога 31 спец. по соц. работе 3 соц. педагога				
г. Череповец					
Череповецкий дом-интернат для престарелых и инвалидов	1 психолог 1 соц. работник 0,5 психиатра 0,5 нарколога	Психоневрологический диспансер	30 психиатров 13 психологов 0,5 психотерапевта	Общеобразовательные учреждения	70 соц. педагогов 95 педагогов-психологов
Череповецкий психоневрологический интернат	1 психолог 4 соц. работника 2,75 психиатра	Наркологический диспансер	11,25 психолога 1 спец. по соц. работе 10,5 соц. работе 22,25 нарколога	Центр психолого-медико-социального сопровождения	4 пед.-психолога 2,5 психиатра
Череповецкое бюро МСЭ №1	1 психолог	Отделение неврозов портовой больницы Водников	4 психиатра 1 психолог		
Череповецкое бюро МСЭ №2	0,5 психолога				
Первомайский психоневрологический интернат	1,5 психолога 2 соц. работника 1,5 соц. педагога 2,25 психиатра				

Продолжение приложения 4

Департамент труда и социальной защиты		Департамент здравоохранения		Департамент образования	
Центр социальной помощи семье и детям	1 психолог 7 спец. по соц. работе				
Центр реабилитации для детей и подростков с ограниченными возможностями	2 психолога 3 спец. по соц. работе 1 соц. педагог				
Центр социального обслуживания	–				
Телефон доверия	1 психолог				
г. Великий Устюг					
Красавинский дом-интернат для престарелых и инвалидов	–	Наркологический кабинет	1 психиатр-нарколог	Общеобразовательные учреждения	17 соц. педагогов 12 педагогов-психологов
Великоустюгское бюро МСЭ	1 спец. по соц. работе	Психоневрологический диспансер	4 психиатра 1 психотерапевт 1,5 психолога	Центр психолого-медико-социального сопровождения	2 психолога
Центр социальной помощи семье и детям	1 психолог 1 спец. по соц. работе				
г. Сокол					
Кадниковский детский дом-интернат для умственно-отсталых детей	1,5 соц. педагога 0,5 психиатра	Кабинет психиатрического приема на базе ЦРБ	2 психиатра	Общеобразовательные учреждения	2 соц. педагога 7 пед.-психологов
Сокольское бюро МСЭ	–	Кабинет психотерапевтического приема при ЦРБ	1 психотерапевт		
Сокольский дом-интернат для престарелых и инвалидов	2 соц. педагога 1 психиатр	Наркологический кабинет	1 психиатр-нарколог		
Кадниковский социальный приют для несовершеннолетних детей	2 психолога 4 спец. по соц. работе 2 соц. педагога 1 психиатр				
Центр социальной помощи семье и детям	1 психолог 4 спец. по соц. работе				
Комплексный центр социального обслуживания населения	–				

Продолжение приложения 4

Департамент труда и социальной защиты		Департамент здравоохранения		Департамент образования	
Белозерский район					
Центр социальной помощи семье и детям	1 психолог 1 спец. по соц. работе 1 соц. педагог	Кабинет психиатрического приема на базе ЦРБ	–	Общеобразовательные учреждения	5 соц. педагогов 5 пед.-психологов
Департамент труда и социальной защиты		Департамент здравоохранения		Департамент образования	
Комплексный центр социального обслуживания населения	1 психолог	Наркологический кабинет	1 нарколог (фельдшер)		
Социальный приют для детей и подростков	1 психолог 7 спец. по соц. работе 4 соц. педагога				
Бабаевский район					
Бабаевское бюро МСЭ	–	Кабинет психиатрического приема на базе ЦРБ	1,75 психиатра	Общеобразовательные учреждения	4 соц. педагога 4 пед.-психолога
		Кабинет психотерапевтического приема при ЦРБ	1 психотерапевт		
		Наркологический кабинет	1 нарколог		
Верховажский район					
Центр социальной помощи семье и детям	1 спец. по соц. работе 1 соц. педагог	Кабинет психиатрического приема на базе ЦРБ	–	Общеобразовательные учреждения	9 соц. педагогов 1 пед.-психолог
Комплексный центр социального обслуживания населения	–	Наркологический кабинет	1 нарколог (фельдшер)		
Вожегодский район					
Комплексный центр социального обслуживания	1 психолог	Кабинет психиатрического приема на базе ЦРБ	1 психиатр	Общеобразовательные учреждения	1 пед.-психолог
		Наркологический кабинет	1 психиатр-нарколог		
Вологодский район					
Моисейковский психоневрологический интернат	5,5 соц. работника 12 психиатров			Общеобразовательные учреждения	19 соц. педагогов 8 пед.-психологов

Продолжение приложения 4

Департамент труда и социальной защиты		Департамент здравоохранения		Департамент образования	
Вытегорский район					
Центр социальной помощи семье и детям	1 психолог	Кабинет психиатрического приема на базе ЦРБ	1 психиатр	Общеобразовательные учреждения	2 соц. педагога 3 пед.-психолога
Центр социального обслуживания населения	1 психолог	Наркологический кабинет	1 психиатр-нарколог		
Грязовецкий район					
Центр социальной помощи семье и детям	6 спец. по соц. работе	Кабинет психиатрического приема на базе ЦРБ	0,5 психиатра	Общеобразовательные учреждения	5 соц. педагогов 5 пед.-психологов
Центр социального обслуживания населения	1 психолог	Наркологический кабинет	1 нарколог-(фельдшер)		
Кадуйский район					
Центр социальной помощи семье и детям	-	Кабинет психиатрического приема на базе ЦРБ	1 психиатр	Общеобразовательные учреждения	5 соц. педагогов 3 пед.-психолога
		Наркологический кабинет	1 психиатр-нарколог		
Кирилловский район					
Вогнемский психоневрологический интернат	2 соц. работника	Кабинет психиатрического приема на базе ЦРБ	-	Общеобразовательные учреждения	4 соц. педагога 1 пед.-психолога
Пустынский психоневрологический интернат	2 соц. работника 1 психиатр	Наркологический кабинет	1 нарколог (фельдшер)		
Кичменгско-Городецкий район					
Социальный приют для детей и подростков	1 соц. педагог	Кабинет психиатрического приема на базе ЦРБ	1 психиатр	Общеобразовательные учреждения	2 соц. педагога 2 пед.-психолога
Комплексный центр социального обслуживания населения	1 психолог	Наркологический кабинет	1 психиатр-нарколог		

Продолжение приложения 4

Департамент труда и социальной защиты		Департамент здравоохранения		Департамент образования	
Междуреченский район					
Центр социальной помощи семье и детям	1 спец. по соц. работе	Кабинет психиатрического приема на базе ЦРБ	–	Общеобразовательные учреждения	–
		Наркологический кабинет	1 нарколог (фельдшер)		
Никольский район					
Никольский психоневрологический интернат	–	Кабинет психиатрического приема на базе ЦРБ	0,5 психиатра	Общеобразовательные учреждения	3 соц. педагог 1 пед.-психолог
Центр социальной помощи семье и детям	1 соц.педагог				
Социальный приют для детей и подростков	1 спец. по соц. работе				
Тарногский район					
Социальный приют для детей и подростков	1 психолог	Кабинет психиатрического приема на базе ЦРБ	0,75 психиатра	Общеобразовательные учреждения	2 соц. педагога 4 пед.-психолога
			1 нарколог (фельдшер)		
Тотемский район					
Комплексный центр социального обслуживания населения	1 психолог 1 спец. по соц. работе	Кабинет психиатрического приема на базе ЦРБ	2,25 психиатра	Общеобразовательные учреждения	8 соц. педагогов 9 пед.-психологов
Тотемское бюро МСЭ	–	Наркологический кабинет	1 нарколог		
		Стационар для пациентов пограничного профиля	–	Центр психолого-медико-социального сопровождения	2 психолога 1 психиатр
Усть-Кубинский район					
Центр социальной помощи семье и детям	1 психолог 1 спец. по соц. работе	Кабинет психиатрического приема на базе ЦРБ	0,5 психиатра	Общеобразовательные учреждения	2 пед.-психолога
Комплексный центр социального обслуживания населения	1 психолог 1 спец. по соц. работе	Наркологический кабинет	1 нарколог		
Устюженский район					
Центр социальной помощи семье и детям	3 спец. по соц. работе	Кабинет психиатрического приема на базе ЦРБ	1 психиатр	Общеобразовательные учреждения	5 соц. педагогов 6 пед.-психологов

Окончание приложения 4

Департамент труда и социальной защиты		Департамент здравоохранения		Департамент образования	
Устюженский психоневрологический интернат	1,5 психиатра	Наркологический кабинет	1 психиатр-нарколог		
Комплексный центр социального обслуживания населения	1 психолог				
Харовский район					
Центр социальной помощи семье и детям	–	Кабинет психиатрического приема на базе ЦРБ	1 психиатр	Общеобразовательные учреждения	5 соц. педагогов 2 пед.-психолога
		Наркологический кабинет	1 нарколог		
Череповецкий район					
Ивановский детский дом-интернат для умственно-отсталых детей	0,5 психиатра	Кабинет психиатрического приема на базе ЦРБ	1 психиатр	Общеобразовательные учреждения	11 соц. педагогов 2 пед.-психолога
Социальный приют для детей и подростков	–				
Шекснинский район					
		Кабинет психиатрического приема на базе ЦРБ	1 психиатр	Общеобразовательные учреждения	6 соц. педагогов 6 пед.-психологов
		Наркологический кабинет	1 психиатр-нарколог		
Чагодощенский район					
		Кабинет психиатрического приема на базе ЦРБ	1 психиатр	Общеобразовательные учреждения	4 соц. педагога 4 пед.-психолога
		Наркологический кабинет	1 психиатр-нарколог		

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Направления мониторинга общественного психического здоровья населения региона

Показатель	Единицы измерения	Исполнитель
1. Оценка клинико-эпидемиологической ситуации в области психического здоровья		
Численность лиц, страдающих психическими расстройствами	<ul style="list-style-type: none"> • человек 	Департамент здравоохранения Медицинский информационно-аналитический центр Бюро медицинской статистики
Зарегистрировано заболеваний впервые по нозологиям и возрастам (от 0 до 14 лет, от 15 до 17 лет, старше 17)	<ul style="list-style-type: none"> • человек на 100 тыс. нас. 	
Состоит на диспансерном наблюдении	<ul style="list-style-type: none"> • человек на 1 тыс. нас. 	
Заболееваемость психическими расстройствами по нозологиям и возрастам	<ul style="list-style-type: none"> • человек на 100 тыс. нас. 	
Болезненность психическими расстройствами по нозологиям и возрастам	<ul style="list-style-type: none"> • человек на 100 тыс. нас. 	
Смертность по причине психических расстройств	<ul style="list-style-type: none"> • число умерших • то же на 100 тыс. нас. • удельный вес в % от общего числа умерших 	
Продолжительность жизни населения в целом и психических больных в частности	<ul style="list-style-type: none"> • годы 	
2. Выявление неучтенной психической патологии		
Распространение среди населения психосоматических расстройств	<ul style="list-style-type: none"> • в % к населению в целом • в % к пациентам учреждений общесоматической сети 	Департамент здравоохранения ВНКЦ ЦЭМИ РАН
Распространение среди населения тревожных расстройств		
Распространение среди населения депрессивных расстройств	<ul style="list-style-type: none"> • в % к населению в целом 	
Фрустрированность населения		
Распространение среди населения невротических расстройств		
Социальное настроение		
3. Оценка качества жизни лиц, страдающих психическими расстройствами.		
Физические функции	Баллы по каждой шкале и соответствующий им уровень КЖ пациента	Департамент здравоохранения Администрации специализированных ЛПУ
Психологические функции		
Уровень независимости		
Социальные отношения		
Окружающая среда		
Духовная сфера		
Субъективное восприятие своего КЖ и здоровья в целом		

Продолжение приложения 5

Показатель	Единицы измерения	Исполнитель
4. Оценка социальных аномалий		
Число зарегистрированных преступлений	<ul style="list-style-type: none"> единиц на конец года темпы прироста по сравнению с предыдущим годом 	МВД Прокуратура Вологодской области
Уровень суицидов среди населения	<ul style="list-style-type: none"> случаев на 100 тыс. нас. 	Департамент здравоохранения Медицинский информационно-аналитический центр Бюро медицинской статистики
Уровень парасуицидов	случаев на 100 тыс. нас. на число завершенных суицидов	Департамент здравоохранения
Число лиц, состоящих на учете по поводу токсикомании, наркомании	<ul style="list-style-type: none"> человек на 10 тыс. нас. 	Департамент здравоохранения Областной наркологический диспансер
Уровень наркомании,	<ul style="list-style-type: none"> в % ко всему населению 	Областной наркологический диспансер
Основные показатели работы наркологической службы	<ul style="list-style-type: none"> число лиц, состоящих на учете по поводу алкоголизма болезненность алкогольными психозами на 100 тыс. нас. заболеваемость алкогольными психозами на 100 тыс. нас. ремиссия свыше одного года, в % снятие с учет в связи со стойкой ремиссией, в % смертность от алкогольных отравлений на 100 тыс. нас. 	Департамент здравоохранения Медицинский информационно-аналитический центр Бюро медицинской статистики Областной наркологический диспансер
Уровень алкоголизма	<ul style="list-style-type: none"> на 10 тыс. нас. в % ко всему населению 	Департамент здравоохранения Областной наркологический диспансер
Число ВИЧ-инфицированных	<ul style="list-style-type: none"> человек доля среди потребителей инъекционных наркотиков в % ко всему населению темпы прироста в % по отношению к прошлому году 	Департамент здравоохранения Вологодский областной центр по профилактике со СПИДом
5. Экономический блок		
Прямые расходы на профилактику, лечение и реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами	<p>По каждому лечебно-профилактическому учреждению:</p> <ul style="list-style-type: none"> стоимость койко-дня, руб. расходы на оплату труда, руб. начисления на заработную плату, руб. расходы на медикаменты и перевязочные материалы, руб. расходы на питание, руб. износ мягкого инвентаря, руб. износ оборудования, руб. накладные расходы, руб. число койко-дней за год стоимость врачебного посещения и визита медсестры, руб. 	Департамент здравоохранения Департамент образования Департамент труда и социального развития Бухгалтерия департамента здравоохранения Бухгалтерии лечебно-профилактических учреждений, психоневрологических интернатов и школ для умственно отсталых детей ВНКЦ ЦЭМИ РАН

Продолжение приложения 5

Показатель	Единицы измерения	Исполнитель
Косвенные потери общества в связи со смертностью, инвалидностью, временной нетрудоспособностью и безработицей лиц, страдающих психическими расстройствами, алкоголизмом, наркоманией, суицидами и парасуицидами	<ul style="list-style-type: none"> • валовой региональный продукт в текущих ценах, млн. руб. • численность населения, тыс. человек • ВРП на душу населения, руб. • ВРП на душу населения в перерасчете на рабочий день (N=253), руб. • среднемесячная номинальная заработная плата в Вологодской области, руб. • пособие по временной нетрудоспособности в Вологодской области (1 день болезни, руб., N=22) • средний размер назначенной месячной пенсии по инвалидности в Вологодской области, руб. • число умерших от психических расстройств (включая алкоголизм), самоубийств, алкогольных заболеваний печени в трудоспособном возрасте, человек • потерянные годы потенциальной жизни вследствие психических расстройств, самоубийств, алкогольных заболеваний печени, в человеко-годах • число дней временной нетрудоспособности среди лиц, страдающих психическими расстройствами • потери работодателя (выплаты в связи с временной нетрудоспособностью), руб. • численность инвалидов в связи с психическим расстройством, человек • неработающие инвалиды трудоспособного возраста, человек • неработающие лица трудоспособного возраста (не по причине инвалидности), человек 	<p>Департамент здравоохранения Департамент образования Департамент труда и социального развития Областной комитет государственной статистики Медицинский информационно-аналитический центр Бюро медицинской статистики ВНКЦ ЦЭМИ РАН</p>
Экономическая эффективность лекарственных средств и схем лечения в психиатрии	<ul style="list-style-type: none"> • стоимость схемы лечения, в руб. • качество жизни пациента при приеме данной схемы лечения, в DALY 	
6. Анализ уровня медицинского обеспечения		
Обеспеченность койками	<ul style="list-style-type: none"> • на 10 000 населения 	<p>Департамент здравоохранения Медицинский информационно-аналитический центр Бюро медицинской статистики</p>
Функционирование коек: психоневрологических взрослых, психоневрологических детских, психиатрических, психосоматических, наркологических	<ul style="list-style-type: none"> • число коек на конец года • число коек среднегодовых • в отчетном году поступило больных, всего • поступило детей до 17 лет • выписано больных, всего • умерло • проведено койко-дней • число дней работы койки • среднее пребывание на койке • уровень госпитализации, на 100 тыс. нас. 	<p>Департамент здравоохранения Медицинский информационно-аналитический центр Бюро медицинской статистики</p>

Окончание приложения 5

Показатель	Единицы измерения	Исполнитель
	<ul style="list-style-type: none"> • обеспеченность койками, на 10 тыс. нас. • оборот коек • средняя занятость койки, дней в году 	
Число психоневрологических и наркологических диспансеров	<ul style="list-style-type: none"> • единиц на 10 000 населения 	
Обеспеченность врачами-психиатрами, психиатрами-наркологами, суицидологами, социальными педагогами, специалистами по социальной работе, а также средним медицинским персоналом	<ul style="list-style-type: none"> • человек на 10 000 населения • имеют высшую категорию • 1 категорию • 2 категорию • всего с категорией • по районам • % укомплектованности • коэффициент совместительств 	
Деятельность стационара для лиц с психическими расстройствами и расстройствами поведения	<ul style="list-style-type: none"> • средняя продолжительность лечения, дней • больничная летальность, на число пролеченных • выписано больных 	
Уровень госпитализации	<ul style="list-style-type: none"> • на 100 тыс. нас. 	
Число учреждений, оказывающих помощь лицам, страдающим психическими расстройствами	<ul style="list-style-type: none"> • единиц • перечень услуг, оказываемых каждым учреждением 	
7. Оценка потребности населения в социально-психологической помощи и степени удовлетворенности ею		
Обращаемость в соответствующие службы	<ul style="list-style-type: none"> • в % ко всему населению 	ВНКЦ ЦЭМИ РАН
Удовлетворенность деятельностью специалистов, служб психологической помощи, «телефона доверия»	<ul style="list-style-type: none"> • в % ко всему населению • в % к обратившимся 	
Потребность в функционировании по месту жительства служб социально-психологической помощи	<ul style="list-style-type: none"> • в % ко всему населению • в % к обратившимся • в % к удовлетворенным обращением 	

ГЛОССАРИЙ

Алкогольный психоз – органическое психотическое состояние, связанное в основном с избыточным потреблением алкоголя.

Аутодеструктивное поведение – любое насильственное действие, направленное против собственной личности (алкоголизм, наркомания, суицид и др.).

Гетеродеструктивное поведение – любое насильственное действие, направленное во внешний мир, на окружающих людей.

Депрессия – болезненное психическое состояние, при котором доминирует пониженное настроение, которое часто сопровождается рядом ассоциативных симптомов, в частности тревогой, ажитацией, ощущением собственной неполноценности, суицидальными мыслями, различными соматическими симптомами, физиологической дисфункцией (например, бессонница) и жалобами. Депрессия как симптом или синдром является основной или значимой особенностью в целом ряде категорий заболеваний.

Неврозы – группа заболеваний, обусловленных психотравмирующими воздействиями; характеризуются функциональными, как правило, обратимыми нервно-психическими расстройствами, при которых больной сохраняет критическое отношение к болезни и способность управлять своим поведением.

Общественное психическое здоровье – уровень распространения в популяции психических заболеваний, алкоголизма, наркомании, умственной отсталости и суицидов.

ППЖ – потерянные годы потенциальной жизни. Индекс, позволяющий оценить социальные потери общества, вызванные преждевременной смертностью, заболеваемостью и инвалидностью населения.

Психическое заболевание – болезнь или болезненное состояние, связанные с нарушением, расстройством психики. Согласно принятой номенклатуре болезней, различают три основных вида психических заболеваний: 1) психозы (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз и др.), 2) пограничные нервно-психические расстройства (неврозы, психопатии и другие заболевания непсихотического характера, в частности наркомании) и 3) умственная отсталость.

Психосоматика – направление медицинских исследований, изучающее влияние психических факторов на возникновение и течение болезней (не психических).

Психосоматические расстройства – неточно определенный термин с холистической окраской и двойственным смыслом, применяемый прежде всего к состояниям, в которых эмоциональные расстройства играют значительную роль в этиологии, усугублении или поддержании патологического соматического процесса, характеризующего болезнь.

Соматизация – возникновение болезней внутренних органов в результате психических конфликтов.

Социально-психологический климат – (от греч. klima – наклон, а также socium – общество и psihe – душа) – качественная сторона межличностных отношений, проявляющаяся в виде совокупности психологических условий, способствующих или препятствующих продуктивной совместной деятельности и всестороннему развитию личности в группе. Данное понятие чаще используется для характеристики межгрупповых отношений или для анализа социальных процессов в региональном сообществе. Важнейшие признаки благоприятного социально-психологического климата: доверие и высокая требовательность членов группы друг к другу; доброжелательная и деловая критика; свободное выражение собственного мнения при обсуждении вопросов, касающихся всего коллектива; отсутствие давления руководителей на подчиненных и признание за ними права принимать значимые для группы решения; достаточная информированность членов коллектива о его задачах и состоянии дел при их выполнении; удовлетворенность принадлежностью к коллективу; высокая степень эмоциональной включенности и взаимопомощи в ситуациях, вызывающих состояние фрустрации у кого-либо из членов коллектива; принятие на себя ответственности за состояние

дел в группе каждым из ее членов и пр. Установлено, что между состоянием социально-психологического климата развитого коллектива и эффективностью совместной деятельности его членов существует положительная связь.

Стигматизация – предвзятое труднопреодолимое отношение окружающих к психическим нарушениям, к психиатрической службе и душевнобольным людям. В более широком смысле – это исключение из социума определенных групп людей на основании их непохожести на большинство представителей общества.

Тревожные состояния – различные сочетания соматических и психических признаков тревоги при отсутствии реальной опасности, проявляющиеся приступообразно или постоянно.

Тревога – болезненное по своей природе дополнение к субъективно неприятному эмоциональному состоянию страха или других предчувствий, направленных в будущее, при отсутствии какой-либо ощутимой угрозы или опасности или полном отсутствии связи этих факторов с данной реакцией. Тревога может сопровождаться чувством физического дискомфорта и проявлениями произвольной и вегетативной дисфункции организма. Тревога может быть ситуационной или специфической, т. е. связанной с определенной ситуацией или предметом, или «свободно плавающей», когда отсутствует какое-либо явное связывающее звено с внешними факторами, вызывающими эту тревогу.

Умственная отсталость – состояние ограниченного или неполного развития мозга, умственного развития, которое характеризуется прежде всего снижением интеллекта. Умственная отсталость часто сопровождается психическими расстройствами и нередко может развиваться в результате соматического заболевания или травмы.

ЛИТЕРАТУРА

1. О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании: ФЗ №117-ФЗ от 21.07.98. – М., 1998.
2. О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов: ФЗ №122-ФЗ от 2 августа 1995 г. // СЗ РФ. – 1995. – №32. – Ст. 3198.
3. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации: Федеральный закон РФ от 20.01.1995. – М., 1995.
4. Об основаниях социального обслуживания населения Российской Федерации: ФЗ №195-ФЗ от 10 декабря 1995 г. // СЗ РФ. – 1995. – №50. – Ст. 4872.
5. О психиатрической помощи и гарантии граждан при ее оказании: Закон РФ №3185-1 от 2 июля 1992 года // Ведомости съезда народных депутатов РФ и Верховного Совета. – 1992. – №33.
6. Об утверждении Положения о профессиональной ориентации и психологической поддержке населения РФ: постановление М-ва труда и социального развития РФ №1 от 27.09.1996 г.
7. Об утверждении Примерного положения о реабилитационном учреждении: постановление М-ва труда и социального развития РФ, МЗ и М-ва общего и профессионального образования от 23.12.1996 г.
8. Anderson, C.M. Schizophrenia and the family practitioner's guide to psychoeducation and management / C.M. Anderson, D.J. Reiss, G.E. Hogarty. – New York: Guilford Press, 1986. – 164 p.
9. Appels, A. The year before myocardial infarction / A. Appels. – Basel: Karger, 1983. – 204 p.
10. Bremner, J.D. Magnetic resonance imaging based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse A preliminary report / J.D. Bremner, P. Randall, E. Vermetten // Biol. Psychiatry. – 1997. – Vol. 41. – P. 23-32.
11. Brown, G.W. Crises and life changes and the onset of schizophrenia / G.W. Brown, J.L. Birley // J. Health Soc. Behav. – Albany, 1968. – Vol. 9. – №3. – P. 203-235.
12. Brown, G.W. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders / G.W. Brown, J.L. Birley, J.K. Wing // Br. J. Psychiatry. – 1972. – Vol. 121. – №562. – P. 241-258.
13. Brugha, T.S. Social support and psychiatric disorder overview of evidence / T.S. Brugha (Ed) // Social support and psychiatric disorder – Cambridge: University Press, 1995. – P. 18-35.

14. Ciompi, L. Affektlogik – Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung / L. Ciompi.– Stuttgart: Klett-Cotta, 1994.
15. Eaton, J.W. Culture and mental disorders / J.W. Eaton, R.L. Weil. – NY: Glencoe Free press, 1955. – 128 p.
16. Elliott, D.M. Traumatic events prevalence and delayed recall in the general population / D.M. Elliott // J. Consult Clm Psychol. –1997. – Vol. 65.– №5. – P. 811-820.
17. Engel, G.L. The clinical application of the biopsychosocial model / G.L. Engel // Am. J. Psychiatry. – 1980. – Vol. 137. – P. 535-544.
18. Everson, A. Hostility and increased risk of mortality infarction: the mediating role of behavioral risk factors / A. Everson, J. Kauhanen // American Journal of the Epidemiology. – 1998. – Vol. 146. – № 2b. – P. 142-152.
19. Falloon, I. Family care of schizophrenia / I. Falloon, J.L. Boyd, C.W. McGill. – New York: Guilford Press, 1984. – 172 p.
20. Finzen, A. Sozialpsychiatre als Sozialwissenschaft / A. Finzen // Schweizer Archiv Fur Neurologie und Psychiatrie. – Zurich, 1987. – Bd. 38. – №.6. – S. 25-34.
21. Frasure-Smith, N. Depression and 18 month prognosis after myocardial infarction / N. Frasure-Smith, F. Lesperance // Circulation. – 1995. – Vol. 91.– P. 999-1005.
22. Furner, R. Psychological disorder and mortality in French older adult: do social relation modify the association? / R. Furner, C. Dufouil, T.C. Antonucci // American Journal of Epidemiology. – 1999. – Vol. 149. – №2. – P. 116-126.
23. Gunderson, J.G. The cost of the schizophrenia / J.G. Gunderson, L.R. Moshier // Am. J. Psychiatry. – 1975. – Vol. 132. – P. 901-906.
24. Hollingshead, A.B. Social class and mental illness / A.B. Hollingshead, F.S. Redlich. – NY, 1958. – 239 p.
25. Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer / S.A. Everson, D.E. Goldberg, G.A. Caplan, J.T. Salonen // Psychosomatic Medicine. – 1996. – Vol. 58. – P. 113-121.
26. Knapp, M.R. Cost of the schizophrenia / M.R. Knapp // Br. J. Psychiatry. – 1997. – Vol. 171. – P. 509-518.
27. Kopp, M. Psychosocial risk factors, inequality and self-rated morbidity in a changing society / M. Kopp, A. Skrabski, S. Szedmak // Social science and medicine. – 2000. – Vol. 51. – P. 1351-1361.
28. Lecompte, P. A 1-year cost-effectiveness model for the treatment of chronic schizophrenia with acute exacerbation in Belgium / P. Lecompte, M. van Dijk // Value in Health. – 2001. – Vol. 3. – P. 1-11.
29. Leff, J. Why is care in the community perceived as a failure / J. Leff // Br. J. Psychiatry. – 2001. – Vol. 179. – P. 381-383.
30. Liberman, R.P. Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients / R.P. Liberman. – Washington: DC American Psychiatric Press, Inc, 1988. – 311 p.

31. Lipowski, Z.J. Holistic – medical foundations of American psychiatry: a bicentennial / Z.J. Lipowski // *Am. J. Psychiatry.*– 1981. – Vol. 138. – №7. – P.975–989.
32. Models of community care for severe mental illness A review of research on case management / K.T. Mueser, G.R. Bond, R.E. Drake, S.G. Resnick // *Schizophrenia Bull.* – 1998. – Vol. 24. – №1. – P. 37–74.
33. Parker, S. Eskimo psychopathology in the context of Eskimo personality and culture / S. Parker // *Am. anthropologist.* – 1962. – Vol. 64. – P. 76–96.
34. Psychological stress and incidence of ischemic heart disease / I. Moore, F. Meyer, M. Perusse, B. Candtin, G. Danenais, I. Bairati, J. Savard // *Journal of Epidemiology.* – 1999. – Vol. 28. – P. 652–658.
35. Post traumatic stress disorder in the community an epidemiological study / J.R. Davidson, D. Hughes, D.G. Blazer, L.K. George // *Psychological Medicine.* – 1991. – Vol. 21.– №3. – P. 713–721.
36. Reiss, D. Genetic questions for environmental studies – differential parenting and psychopathology in adolescence / D. Reiss, E.M. Hetherington, R. Plomin // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1995. – Vol. 52. – P. 925–936.
37. Rice, D.P. The economic burden of schizophrenia: conceptual and methodological issues and cost estimates / D.R. Rice, L.S. Miller // *Handbook of mental health economics and health policy. Vol. 1. Schizophrenia.* / M. Moscarelli, A. Rupp, eds. – NY: J. Wiley and Sons, 1996.
38. Rose, R. How much does social capital add to individual health? A survey and mortality in nursing homes / R. Rose // *Social science and medicine.*– 2000. – Vol. 51. – P. 1421–1425.
39. Rupp, A. The cost of schizophrenia: assessing the burden / A. Rupp, S.J. Keith // *Psychiatry clinical North America.*– 1993.– Vol. 16.– P. 413–423.
40. Rutz, W. Editorial In *Mental Health Reforms* / W. Rutz.– London: GIP, 2000. – 254 p.
41. Scheff, T.J. *Das Etikett der Geisteskrankheit* / T.J. Scheff. – Frankfurt, 1973. – 144 s.
42. Scheff, T.J. *On being mentally ill* / T.J. Scheff. – London, 1999. – 72 p.
43. Scott, J.E. Assertive community treatment and case management for schizophrenia / J.E. Scott, L.B. Dixon // *Schizophrenia Bull.* – 1995. – Vol. 21. – №4.– P. 657–668.
44. Simmonds, S. Community mental health team management in severe mental illness a systematic review / S. Simmonds, J. Coid, P. Joseph // *Br.J. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 178. – P. 497–502.
45. Smith, C.H. Cognitive functioning and health as determinants of mortality in an older population. / C.H. Smith, D. Deeg // *American Journal of Epidemiology.* – 1999. – Vol. 150. – №9. – P. 978–986.
46. Suicide rates. World Health Organization // http://www.who5.int/mental_health

47. Thornicroft, G. Community mental health teams evidence or belief / G. Thornicroft, T. Becker, F. Holloway // Br. J. Psychiatry. – 1999. – Vol. 175. – P. 508-513.

48. Thornicroft, G. Evidence-based psychotherapeutic interventions in the community care of schizophrenia (Editorial) / G. Thornicroft, E. Susser // Br. J. Psychiatry. – 2001. – Vol. 178. – P. 2-4.

49. Tyrer, P. Cost-effective or profligate community psychiatry / P. Tyrer // Br. J. Psychiatry. – 1998. – Vol. 172. – P. 1-3.

50. Tyrer, P. Whither community care (Editorial) / P. Tyrer // Br. J. Psychiatry. – 1998. – Vol. 173. – P. 359-360.

51. Ustun, T.B. Mental Illness in General Health Care: An International Study / T.B. Ustun, N. Sartorius. – Chichester: Wiley, 1995. – 189 p.

52. Wing, J. Institutionalism and schizophrenia / J. Wing, G. Broun. – Cambridge, 1970. – 214 p.

53. World Health Organization. The World Health Report 2001. Mental health; new understanding, New hope. – Geneva: WHO, 2001. – 178 p.

54. World Health Organization. The World Health Report 2004. – Geneva: WHO, 2004. – P. 126-131.

55. Александровский, Ю.А. Социально-стрессовые расстройства / Ю.А. Александровский // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. – 1992. – №2. – С. 3-12.

56. Анализ некоторых показателей состояния психического здоровья пенсионеров, посещающих территориальный центр социального обслуживания / Ю.И. Полищук, Л.И. Голубцова, В.Б. Гурвич, А.В. Колпаков // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – Т. 7. – №3. – С. 25-30.

57. Богдан, М.Н. Пациенты психиатрического кабинета поликлиники: недовыявленные диспансером больные или новый контингент? // Журнал ин-та невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1997. – Т. 97. – №3. – С. 53-56.

58. Богдан, М.Н. Эпидемиология депрессий / М.Н. Богдан, С.А. Долгов, В.Г. Ротштейн // Депрессии и коморбидные расстройства / под ред. А.Б. Смулевича. – М., 1997. – С. 139-164.

59. Большой энциклопедический словарь / под ред. А.Н. Азриляна. – 5-е изд. доп. и перераб. – М., 2002. – 1280 с.

60. Бройтигам, В. Психосоматическая медицина / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад. – М., 1999. – 287 с.

61. Вид, В.Д. Бригадный подход в современной психиатрической практике и его функциональное структурирование / В.Д. Вид // Социальная и клиническая психиатрия. – 1995. – Т. 5. – Вып. 3. – С. 112-123.

62. Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области: концепция. – Вологда, 2000. – 56 с.

63. Воробьев, П.А. ABC и VEN-анализы в клинико-экономических исследованиях / П.А. Воробьев, М.В. Авксентьева // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2001. – №4. – С. 112-134.

64. Габбард, Г. Нейробиологические аспекты психотерапии / Г. Габбард // Обзор современной психиатрии. – 2001. – №2. – С.8-14.

65. Голдберг, Д. Распространенные психические расстройства: Биосоциальная модель: пер. с англ. / Д. Голдберг, П. Хаксли. – К.: Сфера, 1999. – 255 с.

66. Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности системы здравоохранения Вологодской области в 2003 г. – Вологда, 2004. – 215 с.

67. Гулин, К.А. Духовное здоровье населения Вологодской области / К.А. Гулин // Народообразование. – 2000. – №4. – С. 117-124.

68. Гундаров, И.А. Пробуждение: пути преодоления демографической катастрофы в России / И.А. Гундаров.– М., 2001. – 352 с.

69. Гундаров, И.А. Духовное неблагополучие как причина демографической катастрофы: почему умирают в России, как нам выжить? / И.А. Гундаров. – М.: Медиа-Сфера, 1995. – 100 с.

70. Гундаров, И.А. Демографическая катастрофа в России: причины, механизмы, пути преодоления / И.А. Гундаров. – М.: УРСС, 2001. – 164 с.

71. Гурович, И.Я. Психическое здоровье населения и психиатрическая помощь в России: материалы XIII съезда психиатров России, г. Москва, 10-13 октября 2000 г. / И.Я. Гурович. – М., 2000. – 421 с.

72. Гурович, И.Я. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии / И.Я. Гурович, Е.Б. Любов.– М.: Медпрактика-М, 2003. – 264 с.

73. Гурович, И.Я. Социальная психиатрия и социальная работа в психиатрии / И.Я. Гурович, Я.А. Сторожакова // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т 8. – №4. – С 5-20.

74. Гурович, И.Я. Психосоциальная реабилитация в психиатрии / И.Я. Гурович, Я.А. Сторожакова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – Т. 11. – №3. – С. 5-13.

75. Гурович, И.Я. Общественно-ориентированная психиатрическая служба (служба с опорой на общество) / И.Я. Гурович, Я.А. Сторожакова // Клиническая и социальная психиатрия. – 2003. – Т. 13. – Вып. 1. – С. 5-10.

76. Зозуля, Т.В. Основы социальной и клинической психиатрии / Т.В. Зозуля. – М.: Академия, 2001. – 224 с.

77. Зозуля, Т.В. Центр социального обеспечения как возможная организационная модель оказания психиатрической помощи лицам старческого возраста / Т.В. Зозуля // Актуальные вопросы психиатрии. – Тбилиси, 1995. – С. 49-58.

78. Иванова, А.Е. Социально-демографическая цена психического здоровья населения: дис. на соиск. уч. ст. д.э.н.: 08.00.18 / А.Е. Иванова. – М., 1998. – 347 с.

79. Индустриальная реабилитация психически больных / Е.Д. Красик, В.Б. Миневич, М.П. Петров, А.И. Потапов, А.Л. Шмилович.– Томск, 1981. – 112 с.

80. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике: пособие для врачей и психологов. – СПб., 1998. – 22 с.

81. Кабанов, М.М. Охрана психического здоровья и проблемы стигматизации и комплайнса / М.М. Кабанов // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1998. – №2. – С. 13-15.

82. Кабанов, М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия / М.М. Кабанов. – СПб., 1998. – 258 с.

83. Кабанов, М.М. Социальная психиатрия вчера, сегодня, завтра / М.М. Кабанов // Психиатрия и общество. – М.: Гоэтар-Мед, 2001.– С. 84-89.

84. Кабанов, М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия / М.М. Кабанов – СПб., 1998. – 288 с.

85. Карцевский, А.В. Формирование региональной системы управления здравоохранением в условиях рынка (на примере Нижегородской области): дис. на соиск. уч. ст. к.э.н.: 08.00.05 / А.В. Карцевский. – Н. Новгород, 1996.

86. Катков, А.Л. Региональные образовательные программы в контексте информационно-экономической модели развития системы охраны психического здоровья населения / А.Л. Катков // Вопросы ментальной медицины и экологии. – Кустанай, 1995. – Т. 95. – №2. – С. 17-22.

87. Катков, А.Л. Система психиатрической помощи в условиях развивающейся и развитой рыночной экономики: литературный обзор / А.Л. Катков // Вопросы психиатрии и наркологии. – Алматы-Кустанай, 1995. – Т. 13. – С. 466-508.

88. Ковалев, В.В. О внедиспансерном разделе психиатрической помощи / В.В. Ковалев, И.Я. Гурович // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1986. – Т. 86. – №9. – С 1410-1416.

89. Когут, А.Е. Информационные основы регионального социально-экономического мониторинга / А.Е. Когут, В.Е. Рохчин. – СПб.: ИЭСПРАН, 1995. – С. 8-12.

90. Козырев, В.Н. Модели интеграции психиатрической службы в систему медицинской помощи населению: автореф. на соиск. уч. ст. д.мед.н.: 08.00.14 / В.Н. Козырев. – М., 2001.

91. Козырев, В.Н. Интегрированная медицина – модель организации помощи больным с депрессивными расстройствами / В.Н. Козырев // Депрессии в общемедицинской практике. – М, 2000. – С. 121–128.

92. Краснов, В.Н. Выявление и лечение депрессий в первичной медицинской сети: науч.-практ. программа / В.Н. Краснов // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – Т. 9. – №4. – С. 5-9.

93. Краснов, В.Н. Охрана психического здоровья – общая ответственность / В.Н. Краснов // Социальная и клиническая психиатрия.– 2001. – Т. 11. – №2. – С. 5-7.

94. Куприянова, И.Е. Качество жизни как критерий психического здоровья женщин / И.Е. Куприянова, В.Я. Семке, В.Б. Трусов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 1999. – №1. – С. 37-41.

95. Лейтц, Г. Классическая психодрама Я.Л.Морено. Теория и практика / Г. Лейтц. – М.: Прогресс, 1994. – 248 с.

96. Лексин, В.Н. О формировании государственной системы мониторинга социально-экономической, национально-этнической и политической ситуации в регионах Российской Федерации / В.Н. Лексин, В.Е. Селиверстов, А.Н. Швецов. – М.: Дело, 2000. – С. 10-14.

97. Львов, Д.С. Экономика развития / Д.С. Львов.– М.: Экзамен, 2002. – 512 с.

98. Любов, Е.Б. Стоимость депрессии: знакомая незнакомка: обзор литературы / Е.Б. Любов // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2001. – №4. – С. 9-13.

99. Любов, Е.Б. Фармакоэпидемиологический и фармакоэкономический аспекты оказания психиатрической помощи больным шизофренией: дис. на соиск. уч. ст. докт. мед. наук: 08.00.14 / Е.Б. Любов. – М., 2002.

100. Любов, Е.Б. Фармакоэпидемиологические исследования в психиатрии. Сообщение 1 / Е.Б. Любов, Ю.Ф. Литвищенко // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – Т. 10. – Вып. 2. – С. 81-92.

101. Мальцев, В.И. Методология проведения фармакоэкономических исследований / В.И. Мальцев, Т.К. Ефимцева, Д.Ю. Белоусов // Украинський медичний часопис. – 2002. – №5 (31). – IX/X. – С. 59-72.

102. Масштаб неврологических и психиатрических проблем в последнем десятилетии 20 века и тенденции их будущего развития в свете статистическо-эпидемиологических данных ВОЗ // Журнал неврологии и психиатрии. – 1999. – Т. 99. – С. 46-47.

103. Медико-экономические стандарты как инструмент управления качеством медицинской помощи / Т.А. Солохина, Э.Г. Рытик, Л.С. Шевченко, Ю.В. Сейку // Психическое здоровье населения России (социальный и эпидемиологический аспекты): сборник.– Ижевск, 1994. – С. 243-245.

104. Методы и технологии мониторинга социальной сферы региона: учеб. пособие. – М.: Союз, 1999. – С. 8-15.

105. Национальные психиатрические службы на рубеже столетий / Р.А. Хальфин, В.С. Ястребов, Б.А. Казаковцев, И.А. Митихина, В.Г. Митихин // Психиатрия. – 2004. – №2. – С. 7-22.

106. Ньюфельдт, О.Г. Принципы и практика общественной психиатрии / О.Г. Ньюфельдт // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – Т. 12. – №3. – С. 5-13.

107. О положении в экономике и социальной сфере Вологодской области за 1991 – 2003 гг.: доклад / Вологодский облкомстат. – Вологда, 1992 – 2004.

108. О социально-экономическом положении Вологодской области за 1998 – 2003 гг.: доклад / Вологодский облкомстат. – Вологда, 1999 – 2004.
109. Определение бремени психических и поведенческих расстройств в концепции DALY / Е.Б. Любов, О.В. Белякова, В.В. Загиев, Л.Н. Литвинцева // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13. – Вып. 1. – С. 11-14.
110. Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 1991 – 2003 гг.: стат. сборник / Вологодский облкомстат. – Вологда, 1992 – 2004.
111. Охрана и укрепление здоровья населения Вологодской области на 2003 – 2010 годы: стратегический план. – Вологда, 2002. – 100 с.
112. Планирование и проведение клинических исследований лекарственных средств / под ред. Ю.Б. Белоусова. – М.: Изд-во Общества клинических исследований, 2000. – С. 223-260.
113. Психиатрическая тематика в материалах российской прессы / В.С. Ястребов, В.В. Балабанова, Л.Я. Серебрянская, И.И. Михайлова, А.Ф. Степанова // Психиатрия. – 2004. – № 02. – С. 63-71.
114. Психическое здоровье населения в России // Депопуляция в России: причины, тенденции, последствия и пути выхода. Ч. 2. – М.: ИСПИ РАН, 1996. – С. 29-42.
115. Психология: словарь / под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – 2-е изд. – М., 1990.
116. Римащевская, Н.М. Качественный потенциал населения России: взгляд в XXI век / Н.М. Римащевская // Проблемы прогнозирования. – 2001. – №3. – С. 34-48.
117. Римащевская, Н.М. Человеческий потенциал России и проблемы «сбережения населения» / Н.М. Римащевская // Российский экономический журнал. – 2004. – №9-10. – С. 22-40.
118. Россия: 10 лет реформ. Социально-демографическая ситуация / под ред. Н.М. Римащевской. – М.: РИЦ ИСЭПН, 2002. – 368 с.
119. Рукавишников, В.О. Проблема психического здоровья населения и психиатрической помощи в советской печати / В.О. Рукавишников, Т.П. Рукавишникова, А.Г. Бильжо // Журнал невропатологии и психиатрии института им. С.С. Корсакова. – 1990. – №11. – С. 110-114.
120. Руководство по социальной психиатрии / под ред. Т.Б. Дмитриевой. – М.: Медицина, 2001. – 560 с.
121. Семке, В.Я. Превентивная психиатрия / В.Я. Семке. – Томск, 1999. – 205 с.
122. Смулевич, А.Б. Психосоматические расстройства (клинические аспекты) / А.Б. Смулевич // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – Т. 7. – №1. – С. 5-18.
123. Смулевич, А.Б. Интегрированная медицина – модель организации помощи больным с депрессивными расстройствами / А.Б. Смулевич, В.Н. Козырев // Депрессии в общеймедицинской практике. – М., 2000. – С. 121-128.

124. Структура причин смерти населения Вологодской области в 2003 году: экспресс-информация / Вологодский облкомстат.– Вологда, 2004. – 138 с.
125. Торникрофт, Г. Общинное психиатрическое обслуживание: реальная картина / Г. Торникрофт, Д. Голдберг. – К., 1999. – 187 с.
126. Торникрофт, Г. Матрица охраны психического здоровья: пер. с англ. / Г. Торникрофт, М. Танселла. – К.: Сфера, 2000.– 332 с.
127. Тукаев, Р.Д. Психическая травма и суицидальное поведение: аналитический обзор литературы с 1986 по 2001 годы / Р.Д. Тукаев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2003. – Т. 13. – Вып. 1. – С. 151-163.
128. Ускова, Т.В. Мониторинг муниципальных образований / Т.В. Ускова, А.Н. Зуев, А.А. Смирнов; под науч. руководством д.э.н., проф. В.А. Ильина. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2002. – С. 8-10.
129. Факты и цифры Европейского регионального Бюро ВОЗ. – Копенгаген; Вена, 2003. – 6 с.
130. Федоренко, Н.П. Россия на рубеже веков / Н.П. Федоренко. – М.: Экономика, 2003. – 727 с.
131. Федоренко, Н.П. Россия: уроки прошлого и лики будущего / Н.П. Федоренко. – М.: Экономика, 2000. – 498 с.
132. Финансовый макроанализ в здравоохранении: рекомендации для использования на региональном и муниципальном уровнях / С.П. Ермаков, М.Д. Дуганов, А.Н. Макеев, А.А. Колинко. – Москва, 2000. – 96 с.
133. Холмогорова, А.Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа изучения психических расстройств / А.Б. Холмогорова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – Т. 12. – Вып.3. – С. 97-104.
134. Шмуклер, А.Б. Социальное функционирование и качество жизни психически больных: дис. на соиск. уч. ст. д-ра мед. наук: 08.00.14 / А.Б. Шмуклер. – М., 1999. – 432 с.
135. Экономическая оценка эффективности лекарственной терапии (фармакоэкономический анализ) / под ред. П.А. Воробьева.– М.: Ньюдиамед, 2000.– 80с.
136. Ястребов, В.С. Психическое здоровье населения накануне третьего тысячелетия / В.С. Ястребов // Русский медицинский журнал.– 2001.– Т. 2.– №1.
137. Ястребов, В.С. Современная психиатрическая служба и критерии оценки ее деятельности / В.С. Ястребов // Журнал ин-та невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2001. – №3. – С. 29-35.
138. Ястребов, В.С. Национальные психиатрические службы на рубеже столетий / В.С. Ястребов, Р.А. Хальфин, Б.А. Казаковцев // Психиатрия. – 2004. – №2 (08). – С. 7-22.
139. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства при соматических заболеваниях [Электронный ресурс] / Ю.А. Александровский.– Режим доступа: <http://www.consilium-medicum.com/media/psycho/>

140. Дмитриева, Т.Б. Столица калечит, но она и лечит [Электронный ресурс] / Т.Б. Дмитриева. – Режим доступа: <http://www.mpg.ru/index.php?partID=1&ID=511>

141. Дубницкая, Э.Б. Психосоматические соотношения при депрессиях у больных с соматическими заболеваниями // Психотерапия и психофармакотерапия [Электронный ресурс] / Э.Б. Дубницкая. – Режим доступа: <http://www.consilium-medicum.com/media/psycho/>

142. Ильина, Л. Здоровье – это стиль и образ твоей жизни [Электронный ресурс] / Л. Ильина. – Режим доступа: <http://www.yakutia.ru/~resp/n29290/2-33.htm>

143. Краснов, В.Н. Психиатрические расстройства в общей медицинской практике [Электронный ресурс] / В.Н. Краснов. – Режим доступа: <http://www.rmj.ru/main.htm/rmj/t9/n25/1187.htm>

144. Мальцев В.И. Типы и методы проведения фармакоэкономических исследований [Электронный ресурс] / В.И. Мальцев, Т.К. Ефимцева, Д.Ю. Белоусов. – Режим доступа: http://www.apteka.ua/apteka/contribution/s_358_37_230902_021.asp

145. Медицинская энциклопедия: в 10 т. [Электронный ресурс]. – М.: Новый Диск, 2003. – 2 электрон. опт. диска (CD-ROM).

146. Предотвращение страданий и смерти от психических расстройств Европейские перспективы: пресс-релиз ЕРБ ВОЗ, г. Копенгаген, 4 октября 2001 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/mediacentre/PR/2001/20011217_1

147. Психическое здоровье населения Европейского региона ВОЗ: факты и цифры ЕРБ ВОЗ, г. Копенгаген; г. Вена, 8 сентября, 2003 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.med.by/who/2003/fs0303r.pdf>

148. Психическое здоровье населения Европы: откажись от изоляции – окажите помощь. – Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2001 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro.int/document/e72161.pdf>.

149. Смулевич, А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) [Электронный ресурс] / А.Б. Смулевич. – Режим доступа: <http://www.consilium-medicum.com/media/psycho/>

150. Тощенко, Ж.Т. Социальное настроение [Электронный ресурс] / Ж.Т. Тощенко, С.В. Харченко. – Режим доступа: <http://soc.rsuh.ru/index.php?option=content&task=view&id=195&Itemid=55>

151. Юган, К. Что такое охрана психического здоровья [Электронный ресурс] / К. Юган. – Режим доступа: <http://www.aiha.com/russian/pubs/fall00/intro03.cfm>.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ



ШИМАТОВА ЮЛИЯ ЕВГЕНЬЕВНА
кандидат экономических наук,
младший научный сотрудник ВНКЦ ЦЭМИ РАН



ФАЛАЛЕЕВА ОЛЬГА ИГОРЕВНА
главный специалист (психиатр) отдела
лечебно-профилактической помощи
Департамента здравоохранения Вологодской области



ГУЛИН КОНСТАНТИН АНАТОЛЬЕВИЧ
кандидат исторических наук,
заместитель директора ВНКЦ ЦЭМИ РАН

Проведенное коллективом авторов исследование благодаря масштабу обследованных контингентов, репрезентативности выборки и разнообразию методов обследования (с применением различных шкал) позволило получить надежные и достоверные результаты в отношении психического здоровья населения на региональном уровне. Развита методология комплексного междисциплинарного подхода в исследованиях психического здоровья: разработаны методики оценки пограничных психических расстройств у различных групп населения; способы оценки прямых и косвенных социально-экономических потерь от психических заболеваний; обоснованы подходы к формированию региональной политики охраны общественного психического здоровья.

Доктор экономических наук, профессор,
заведующий отделением ЦНИИ организации и
информатизации здравоохранения Министерства
здравоохранения и социального развития РФ
А. Е. Иванова