



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро



Экономический кризис и психическое здоровье



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

Экономический кризис и психическое здоровье

АННОТАЦИЯ

Экономический кризис оказывает серьезное влияние на психическое здоровье населения, в частности повышает смертность от самоубийств и злоупотребления алкоголем. Противодействовать этому патологическому влиянию можно с помощью социального обеспечения и других мер социальной политики – например, активных программ на рынке труда, нацеленных на помощь в сохранении прежней или обретении новой работы или программ по облегчению долгового бремени. Той же цели служат программы поддержки семьи. Повышение цен на алкоголь и ограничение его доступности снижает его нежелательное воздействие на психическое здоровье и спасает человеческие жизни. Наконец, доступные и оперативные службы первичной медицинской помощи помогут людям из групп повышенного риска и предотвратят тяжелые последствия для их психического здоровья.

Ключевые слова

MENTAL HEALTH
ECONOMIC RECESSION
ALCOHOLISM – prevention and control
SUICIDE – prevention and control
HEALTH POLICY
PRIMARY HEALTH CARE
EUROPE

Фото на обложке: © Zoltán Balogh/VIPC 2007

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

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

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

© Всемирная организация здравоохранения 2011 г.

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

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

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

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

СОДЕРЖАНИЕ

	Страница
Введение	I
Благодарности	II
Дополнительные материалы	II
1. Психическое здоровье — капитал человека и общества.	1
2. Как способствовать сохранению психического здоровья?	3
3. Кого поразит кризис?	6
4. Как смягчить воздействие кризиса	8
4.1. Активные программы на рынке труда	11
4.2. Программы поддержки семьи	12
4.3. Контроль над ценами на алкоголь и над его доступностью	12
4.4. Первичная помощь лицам с повышенным риском психических расстройств	12
4.5. Программы по облегчению долгового бремени.	13
5. Как поддерживать систему охраны психического здоровья в условиях экономического кризиса.	14
Борьба со стереотипами, касающимися психических расстройств	14
Отстаивание инвестиций в охрану психического здоровья	15
Продолжение реформ в сфере охраны психического здоровья	15
Гарантия общедоступности служб охраны психического здоровья	15
6. Заключение.	16
Литература	17

Введение

Хорошо известно, что психические расстройства тесно связаны с лишениями, бедностью, общественным неравенством и иными социальными и экономическими факторами, влияющими на здоровье человека. Поэтому любой экономический кризис — очень опасный период для психического здоровья как населения в целом, так и непосредственно пострадавших от кризиса людей и их близких.

Экономический кризис, начавшийся в 2007 г., поставил перед странами Европейского региона ВОЗ серьезные проблемы. Он повлек за собой заметное снижение экономической активности, депрессию на рынках недвижимости, рост безработицы и бедности. Увеличение национального долга вынуждает правительства значительно сокращать расходы на общественные нужды. Мировая экономика все еще пребывает в опасном положении, и многие страны стали сильно экономить на здравоохранении и социальном обеспечении.

Эти изменения жизненных обстоятельств будут учтены среди основных положений грядущей европейской политики здравоохранения «Здоровье-2020». Будет особо отмечено, что на достижение задач общественного здравоохранения влияет выполнение ряда социальных задач, что требует работы во многих направлениях. Особенно важно учитывать это в условиях экономического кризиса, чье пагубное действие на здоровье можно смягчить работой не только в области здравоохранения. Целевые капиталовложения в те общественные службы, от которых всецело зависит благополучие многих людей, способны ослабить действие неблагоприятных социальных и экономических факторов на здоровье, а следовательно, уменьшить разрыв в состоянии здоровья между разными слоями населения. Комплексный ответ на экономический кризис должен включать обеспечение доступной медицинской помощи с упором на ее первичное звено.

В брошюре освещаются современные научные данные о влиянии экономических спадов на психическое здоровье населения и подчеркиваются преимущества ряда мер, способных ослабить отрицательное влияние текущего экономического кризиса на психическое состояние людей. Отмечается важность одновременных мер в сферах здравоохранения и социального обеспечения. Ни ту, ни другую сферу нельзя рассматривать изолированно, так как кризис показал тесную связь между экономической активностью и психическим здоровьем.

Zsuzsanna Jakab
Директор Европейского регионального бюро ВОЗ

Благодарности

В составлении документа принимали участие:

- Kristian Wahlbeck, Европейское региональное бюро ВОЗ;
- Peter Anderson, факультет здравоохранения, медицины и биологии Маастрихтского университета, Нидерланды;
- Sanjay Basu, медицинский факультет Калифорнийского университета, Сан-Франциско, США;
- David McDaid, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения ВОЗ, Брюссель, Бельгия, и Научно-исследовательский центр здравоохранения и социального обеспечения при Лондонской школе экономики и политических наук, Великобритания;
- David Stuckler, кафедра здоровья народонаселения мира, Гарвардский университет, США.

Независимые консультанты:

- Pol Gerits, Федеральная государственная служба здравоохранения, продовольственной безопасности и охраны окружающей среды, Брюссель, Бельгия;
- Hristo Hinkov, Национальный центр охраны общественного здоровья, София, Болгария;
- Regula Ricka-Heidelberger, Федеральный департамент внутренних дел, Берн, Швейцария.

Дополнительные материалы

Приложениями к пособию служат два обзора, которые можно найти на сайте <http://www.euro.who.int/mental-health>:

- Stuckler D., Basu S., McDaid D. Depression amidst depression. Mental health effects of the ongoing recession. Справочные материалы, подготовленные для Европейского регионального бюро ВОЗ;
- Anderson P. Economic crisis and mental health and well-being. Справочные материалы, подготовленные для Европейского регионального бюро ВОЗ.

1. Психическое здоровье — капитал человека и общества

Не бывает здоровья без здоровой психики [1].

Психическое здоровье — неотъемлемая часть общественного здоровья, оказывающая существенное влияние на состояние стран и их человеческий, общественный и экономический капитал. Здоровая психика — это не только отсутствие психических расстройств или их отдельных проявлений, но и ресурс, поддерживающий общее благосостояние и производительность.

Психическое здоровье — это состояние благополучия, при котором человек осознает свои возможности, способен справляться с повседневными житейскими трудностями и может плодотворно работать и приносить пользу обществу [2].

Сохранное психическое здоровье обеспечивает ту живость мыслей и чувств, которая лежит в основе социальных навыков и придает устойчивость к стрессам. Этот психический капитал совершенно необходим для здорового бытования семей, отдельных сообществ и общества в целом.

Как отдельные люди, так и общества в целом не всегда устойчивы к экономическим кризисам. Такие кризисы расшатывают коммунальные бюджеты и дурно сказываются на системах образования и здравоохранения. Однако имеющиеся данные показывают, что законодательная работа, направленная на поддержку социального обеспечения, способна повысить устойчивость сообществ перед лицом экономических потрясений и ослабить воздействие, которое оказывают на психическое здоровье безработица и стресс от упадка экономики [3].

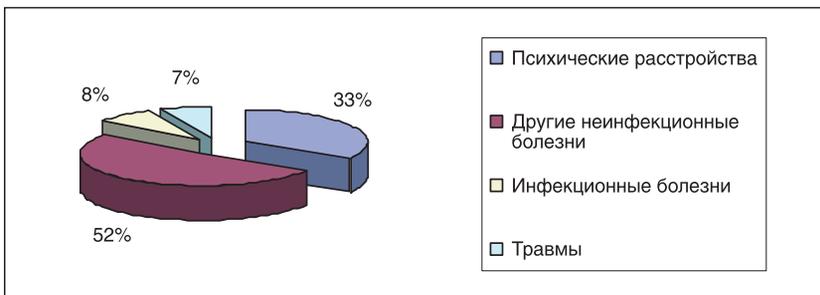
Итак, экономический кризис может влиять на психику. В свою очередь, и проблемы психического здоровья оказывают все большее и большее воздействие на экономику. Экономические последствия от психических расстройств (выражающиеся по большей части в виде снижения производительности труда) оцениваются для стран Европейского Союза (ЕС) в 3–4% от объема валового национального продукта [4]. Поскольку серьезные психические расстройства часто начинаются в подростковом или юношеском возрасте, снижение производительности труда может быть долговременным. В странах Европейского региона ВОЗ на долю психических расстройств приходится более трети всех человеко-лет, потерянных по нетрудоспособности (рис. 1).

Смена работы предъявляет повышенные требования к умственным и эмоциональным способностям человека [5]. Из-за стресса, тревожности и расстройств, связанных с депрессией, нарастает количество прогулов и происходит отток рабочей силы с рынка труда [6]. Во многих европейских странах до трети всех выплат по временной нетрудоспособности приходится на случаи психических расстройств, и эта доля продолжает расти [7].

Отсюда следует, что психическое здоровье является важным экономическим фактором. С переходом от индустриального общества к постиндустриальному роль психического здоровья в обеспечении производительности труда только возросла. Вклад здоровой психики населения в продуктивность и успехи экономики делает ее залогом экономического роста [5].

От психического состояния населения напрямую зависит успех восстановления экономики в Европе. В последующих разделах речь пойдет о том, каким образом страны могут защитить психическое здоровье своих граждан в условиях спада экономики.

Рисунок 1. Вклад различных болезней в количество человеко-лет, потерянных по нетрудоспособности, в странах Европейского региона ВОЗ по состоянию на 2004 г.



Источник: The global burden of disease: 2004 update [8].

2. Как способствовать сохранению психического здоровья?

Состояние психики определяется социоэкономическими и экологическими факторами [2].

Экономический кризис влияет на факторы, определяющие психическое здоровье, в результате чего защитные факторы ослабевают, а факторы риска, наоборот, усиливаются (табл. 1).

На психическое здоровье благоприятно влияет занятость [9]. Гарантии занятости, ощущение возможности управлять своим трудом и социальная поддержка на работе способствуют психическому здоровью работающих [10]. Этому же служат наличие стабильной занятости, обеспеченного дохода и так называемого социального капитала (который определяется качеством социальных взаимоотношений, в частности взаимоотношениями с общественными организациями, гражданской активностью, чувством сопричастности и соблюдением общественных норм) [11].

Напротив, финансовые трудности (вплоть до бедности) и социальная изоляция являются основными социоэкономическими факторами риска психических расстройств [12, 13]. В большинстве стран Европейского региона ВОЗ потребление алкоголя прочно связано с ухудшением психического здоровья населения. В частности, алкоголь заметно повышает частоту самоубийств, особенно среди мужчин [14, 15].

В странах Европейского региона ВОЗ психические расстройства существенно усугубляют разрыв в состоянии здоровья между разными слоями населения. Распространенные психические расстройства чаще встречаются у малообразованных, малообеспеченных и безработных людей [12]. Самоубийства чаще происходят в местах с высокими уровнями социально-экономического неблагополучия, социального расслоения и безработицы [16–19]. Рост числа самоубийств связан также с увеличением разницы в доходах между бедными и богатыми (рис. 2) [20]. Повышенная предрасположенность малообеспеченных людей к психическим расстройствам объясняется, в частности, чувством незащитности и безнадежности, низким уровнем образования, отсутствием работы, наличием долгов, социальной изоляцией и плохими жилищными условиями.

Основы здоровой психики закладываются во внутриутробном периоде, в младенчестве и детстве. Воздержание от алкоголя, табака и наркотиков во время беременности способствует здоровью будущего ребенка. Родительская забота о нем и защита его от тягот жизни способ-

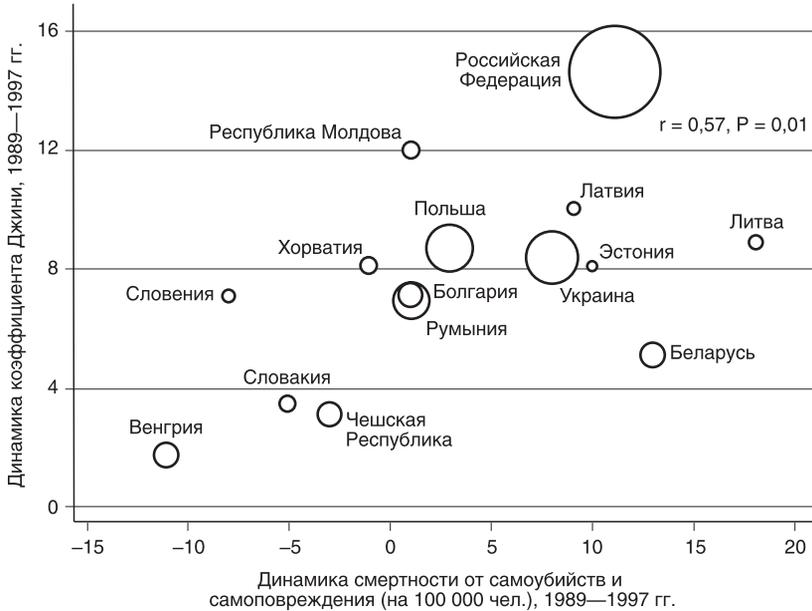
ствуют его психическому здоровью. Понимание, уважение и поддержка со стороны взрослых и хорошие отношения ребенка с ними укрепляют его психику [21]. Кроме того, психическому здоровью способствует развитие *эмоциональных* способностей и навыков общения у детей в детских садах и школах [22].

Сама по себе система здравоохранения не способна обеспечить психическое здоровье граждан: слишком многие факторы, определяющие психическое здоровье, находятся вне сферы ее деятельности. Поэтому для полноценной охраны психического здоровья требуется поддержка всех государственных структур.

Таблица 1. Факторы, влияющие на психическое здоровье населения

Защитные факторы	Факторы риска
Социальный капитал и социальное обеспечение	Бедность, плохое образование, неблагоустроенность, большие долги
Здоровый образ жизни матери во время беременности, здоровая обстановка в детстве	Гипотрофия плода, жестокое обращение в детстве, плохие отношения с родителями, наследственные проблемы с психическим здоровьем
Здоровая обстановка на работе и дома	Нетрудоустроенность, ненадежность рабочего места, производственный стресс
Здоровый образ жизни	Злоупотребление алкоголем или наркотиками

Рисунок 2. Связь расслоения общества по уровню годового дохода (коэффициента Джини) и частоты самоубийств в ряде стран Европейского региона ВОЗ.



Данные о смертности от самоубийств и самоповреждения, пересчитанные на 100 000 человек населения, получены из Европейской базы данных ВОЗ «Здоровье для всех». Данные о коэффициенте Джини получены из базы данных «Неравенство распределения доходов в мире» (World Income Inequality Database). Коэффициент Джини для Болгарии рассчитывался по данным за 1989–1996 гг., для Хорватии – по данным за 1989–1998 гг., для Республики Молдова – по данным за 1988–1994 гг. Представленный на рисунке коэффициент корреляции взвешен по величине народонаселения и величине валового внутреннего продукта на душу населения (паритет покупательной способности в долларах США).

Источник: De Vogli & Gimeno (20). Воспроизводится с любезного разрешения BMJ Publishing Group Ltd, лицензия № 2560800958862.

3. Кого поразит кризис?

Тяжелее всего нынешний экономический кризис скажется на бедных [23].

Текущий экономический кризис усугубляет бедность в странах Европейского региона ВОЗ. Сильнее всего он ударит по людям с низким уровнем доходов и по обнищавшим из-за утраты жилья или источника доходов [24]. Он уже повысил долю семей, обремененных значительными долгами, и повлек к выселениям и изъятию недвижимости за неплатежи.

Судя по всему, он также увеличивает степень социальной изоляции наименее защищенных групп — малоимущих и находящихся у черты бедности [23]. В эти незащищенные группы входят дети, молодежь, неполные семьи, безработные, национальные меньшинства, мигранты и старики. Экономические затруднения, влияя на психическое здоровье родителей, их отношения между собой и их внимание к детям, сказываются на психическом здоровье детей и подростков [25–27]. Физическое и психическое развитие детей, живущих в крайней бедности, задерживается, что на всю жизнь отражается на их здоровье и благополучии [28].

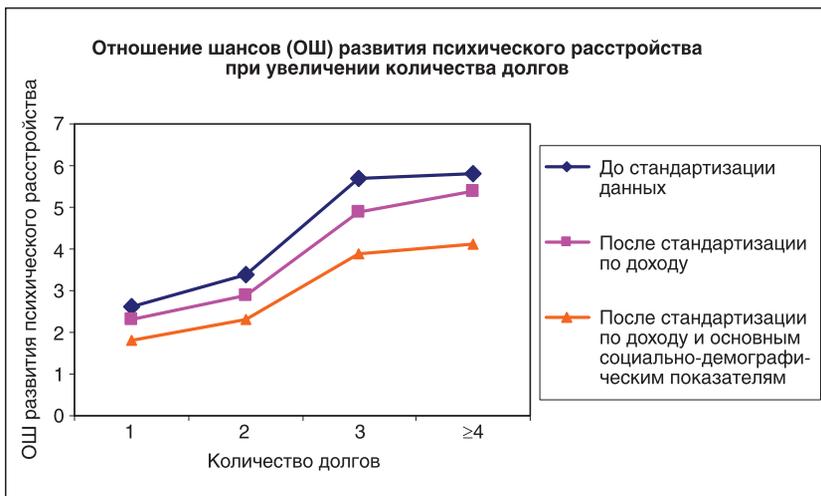
В Европе присутствует «социальный градиент» здоровья, и движение вниз по социально-экономической лестнице после потери работы и доходов отрицательно сказывается на здоровье людей [29]. Во время экономического кризиса разрыв в состоянии здоровья между разными слоями населения усугубляется [30, 31]. Менее образованным людям грозит большая опасность увольнения и последующих расстройств здоровья [24].

Как и можно было ожидать, многочисленные исследования установили, что люди, познавшие безработицу, обнищание и распад семьи, подвергаются значительно более высокому риску развития таких психических расстройств, как депрессия, алкоголизм и тяга к самоубийству, чем те, кто не был затронут этими несчастьями [32–41]. Особенно высок риск психических расстройств [42], самоубийств [17] и смерти от злоупотребления алкоголем [43] — у мужчин. Безработица провоцирует депрессию [32] и тягу к самоубийству [44–46]; молодежь, лишившаяся работы, более предрасположена к психическим расстройствам, чем трудоустроенные сверстники. Имеющиеся данные говорят о том, что к психическим расстройствам ведут наличие долгов, тяжелое финансовое положение и трудности с оплатой жилья [47–50]. Чем выше долг, тем выше риск развития психических расстройств (рис. 3) [51].

Экономический кризис повлечет за собой нарастание смертности из-за проблем с психическим здоровьем. В странах ЕС повышение уровня безработицы сопровождается ростом количества самоубийств [3, 52]. В Российской Федерации за социальными переменами, вызванными распадом СССР в 1991 г. и крахом рубля в 1998 г., последовало увеличение смертности от злоупотребления алкоголем [53]. Сходным образом, в ЕС рост безработицы повышал смертность от злоупотребления алкоголем на 28% [3].

Таким образом, экономический кризис отрицательно сказывается на состоянии здоровья, особенно психического. В следующих разделах рассматриваются меры, направленные на смягчение влияния нынешнего кризиса на психическое здоровье.

Рисунок 3. Чем больше долгов, тем хуже состояние психического здоровья.



Данные получены в результате обследования 8600 жителей Великобритании (что представляет собой показательную выборку для этой страны). Основными социально-демографическими показателями, по которым проводилась стандартизация данных, были, возраст, национальность, семейное положение, размер домохозяйства, характер владения им, уровень образования, социальный класс, трудоустроенность, проживание в городской или сельской местности, регион проживания.

Источник: Jenkins et al. [51].

4. Как смягчить воздействие кризиса

Степень воздействия экономического кризиса на психическое здоровье населения зависит от принятых политических решений. Как свидетельствуют недавно полученные данные, неблагоприятному влиянию кризиса на психическое здоровье противодействуют активные программы по организации рынка труда, помогающие людям в сохранении рабочих мест и скорейшем восстановлении трудовой занятости, а также меры по поддержке семей, ограничение доступности алкоголя, программы по облегчению долгового бремени и общедоступность служб охраны психического здоровья.

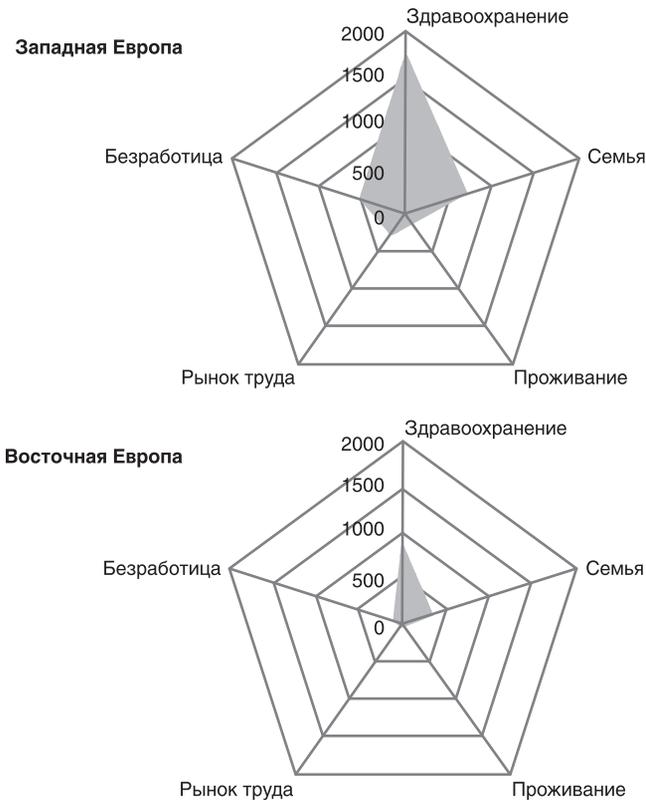
Рисунок 4. Экономический кризис и его влияние на психическое здоровье.



В странах с хорошо развитой системой социальной защиты населения упадок экономики меньше сказывается на состоянии психического здоровья (рис. 4) [54]. Данные по Европе показывают, что в подобных странах экономический кризис далеко не всегда усугубляет разрыв в состоянии здоровья между разными слоями населения (в Финляндии и Швеции, например, во время глубокого спада экономики и резкого роста безработицы этот разрыв практически не увеличился, а количество самоубийств даже уменьшилось — возможно, из-за того, что продолжали действовать социальные службы и выдаваться социальные пособия) [55–57]. Аналогичная картина и в США, где исследователи

установили связь между утратой веры в государственное социальное обеспечение и ростом количества самоубийств [58]. Данные по европейским странам говорят о том, что если на программы социальной помощи расходуется свыше 190 долларов США на человека в год, то безработица не повышает уровень самоубийств [3]. Во многих странах Восточной Европы расходы на социальное обеспечение значительно ниже этого порога (рис. 5), а следовательно, разрыв между западной и восточной частью Европейского региона ВОЗ по уровню психического здоровья населения будет только нарастать из-за упадка экономики.

Рисунок 5. Величина и распределение расходов на социальное обеспечение (паритет покупательной способности на человека в долларах США) в странах Восточной и Западной Европы, входящих в ОЭСР, 2003 г.



Восточная Европа: Чешская Республика, Венгрия, Польша и Словакия. Западная Европа: Страны ОЭСР в ЕС, за исключением Чешской Республики, Эстонии, Венгрии, Польши, Словакии и Словении.

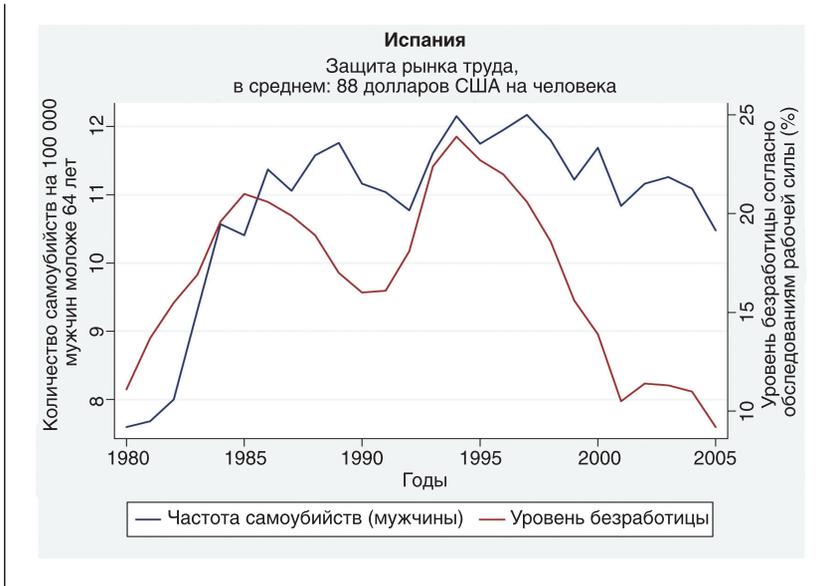
Источник: Stuckler et al. [3]. Воспроизводится с любезного разрешения Elsevier Limited, лицензия № 2563630419149.

Накопленные данные свидетельствуют о том, что для противодействия влиянию экономического кризиса на психическое здоровье граждан первостепенное значение имеет их социальная защита. Правительствам следует сосредоточиться на первоочередных потребностях наименее защищенной части населения, обеспечивая высокий охват самых малообеспеченных людей и поддерживая семьи, находящиеся в группе риска.

Примером может служить динамика самоубийств в Швеции и Испании с 1980 по 2005 г. В начале 1990-х гг. Швеция пережила тяжелый банковский кризис, повлекший за собой очень быстрый рост безработицы, однако уровень самоубийств за это время не только не повысился, но даже неуклонно снижался. Иная картина в Испании, пережившей в 1970–1980-х гг. целый ряд банковских кризисов. По мере роста безработицы увеличивалось и количество самоубийств, когда же уровень безработицы сокращался, самоубийств тоже становилось меньше (рис. 6). Хотя между Швецией и Испанией много различий, можно утверждать, что главным среди них стал объем ресурсов, которые были выделены бюджетом на социальную защиту: поддержку семьи, выплату пособий по безработице и здравоохранение.

Рисунок 6. Уровень безработицы и количество самоубийств (на 100 000 мужчин) в Швеции и Испании, 1980–2005 гг.





Современные исследования свидетельствуют, что влияние экономического кризиса на психическое здоровье можно снизить действиями в пяти основных направлениях.

1. Активные программы на рынке труда.
2. Программы поддержки семьи.
3. Контроль над ценами на алкоголь и над его доступностью.
4. Первичная помощь лицам с повышенным риском психических расстройств.
5. Программы по облегчению долгового бремени.

4.1. Активные программы на рынке труда

Активные программы на рынке труда, направленные на сохранение рабочих мест и трудоустройство безработных, ослабляют воздействие экономического кризиса на психическое здоровье. В среднем, для стран ЕС повышение уровня безработицы на 1% сопровождается увеличением количества самоубийств на 0,8%, однако вложение в активные программы на рынке труда дополнительных 100 долларов США на человека в год уменьшает рост количества самоубийств до 0,4% [3]. Активные программы на рынке труда направлены на облегчение поиска хорошо оплачиваемой работы и включают в себя создание рабочих мест в государственном секторе, переподготовку, специальные программы для выпускников школ, готовящихся к трудовой жизни, и

программы обеспечения безработных и людей с ограниченными возможностями работой или содействия в этом.

В число активных программ на рынке труда входят программы по повышению стрессоустойчивости безработных. Европейские исследования показывают, что такие программы, обеспечивая групповую психологическую поддержку безработных, способствуют укреплению их психического здоровья и возвращению к занятости [59–61]. Оценка экономической эффективности подобных мер показывает, что они позволяют сэкономить как государственные средства, так и затраты работодателей благодаря повышению уровня занятости, увеличению дохода работников и снижению текучести кадров [60, 62, 63].

4.2. Программы поддержки семьи

Экономический кризис сказывается на женщинах и детях. Семьи с низкими доходами особенно сильно страдают от сокращения бюджетных ассигнований на здравоохранение и образование. Напряженность в семейных отношениях ведет к бытовому насилию и невниманию к детям.

В странах ЕС каждые 100 долларов США на человека в год, вложенные в программы поддержки семьи, снижают количество самоубийств, связанных с безработицей, на 0,2% [3]. Поддержка семьи включает в себя компенсацию расходов на детей и других иждивенцев, а также декретные пособия.

4.3. Контроль над ценами на алкоголь и над его доступностью

Наиболее эффективная и рентабельная политика в этой области включает в себя регулирование цен на алкоголь и его доступности [64]. Повышение цен на алкоголь снижает его потребление, а следовательно — и вредное воздействие алкоголя на население в целом [65, 66]. Алкогольная политика (в первую очередь — повышение цен на алкоголь) снижает смертность от заболеваний, связанных со злоупотреблением алкоголем.

4.4. Первичная помощь лицам с повышенным риском психических расстройств

Быстрая реакция системы здравоохранения на перемены в социальном положении, занятости и уровне доходов людей, раннее выявление психических расстройств, суицидальных мыслей и злоупотребления алкоголем позволит снизить количество жертв экономического кризиса. Противостояние угрозам психическому здоровью от экономического

кризиса предполагает не только финансирование служб по борьбе с психическими расстройствами, но и реорганизацию этих служб для лучшего обеспечения потребностей населения. Наличие хорошо развитой амбулаторной службы по борьбе с психическими расстройствами способствует уменьшению количества самоубийств [67]. Акцент на первичную медицинскую помощь повышает ее доступность и переводит упор на предотвращение и раннее распознавание психических расстройств. Нынешний экономический кризис может стать, наконец, тем стимулом, который переориентирует систему здравоохранения со специализированной на первичную медицинскую помощь и сократит разрыв в состоянии здоровья между разными слоями населения.

Система здравоохранения должна быстро приспосабливаться к потребностям населения, проистекающим из реалий экономического кризиса. Так, психологическая поддержка в лечебно-профилактических учреждениях способна ослабить стресс от потери работы и наличия долгов. Очень полезно обучение навыкам по преодолению стресса: в тяжелые времена они помогают избежать депрессии и избавиться от суицидальных мыслей. Лицам, злоупотребляющим алкоголем, пойдут на пользу индивидуальные разъяснительные беседы с врачами первичного звена.

4.5. Программы по облегчению долгового бремени

Формирование законодательной базы по облегчению долгового бремени и запуск программ, призванных помочь людям, страдающим от непосильных долгов, позволят ослабить влияние экономического кризиса на психическое здоровье [68]. Консультативная помощь по работе с задолженностями поможет должникам выправить свое финансовое положение и может оказать благотворное влияние на их психическое здоровье [69].

5. Как поддерживать систему охраны психического здоровья в условиях экономического кризиса

Во время экономического упадка распространенность психических расстройств, запойного пьянства [35, 70], самоубийств и смертей от злоупотребления алкоголем нарастает, и перед правительствами встает необходимость совершенствовать меры по поддержанию психического здоровья.

Многие страны Европейского региона ВОЗ испытывают давление со стороны международных финансовых кругов, настаивающих на сокращении бюджетных расходов на здравоохранение и социальное обеспечение. При этом охрана психического здоровья (несмотря на повышенную потребность в ней) оказывается в особенно уязвимом положении, поскольку она, в отличие от соматической медицины, обычно не имеет достаточно сильной поддержки.

Данные по прошлым экономическим кризисам позволяют прогнозировать последствия нынешнего спада экономики. Нагрузка на службы по борьбе с психическими расстройствами возрастет [71], но, несмотря на это, государственные расходы на их содержание, в реальном исчислении, будут сокращаться, что повлечет за собой ухудшение общественного здоровья. Снизятся семейные доходы, из которых можно было бы платить за здравоохранение. Сократится и объем страховой защиты. Население начнет отказываться от дорогостоящих услуг и пользоваться более доступными; в ряде стран это означает переход от частного сектора здравоохранения к общественному. В странах, где не все медицинские услуги финансируются из налоговых поступлений или страховых платежей, лица, острее всего нуждающиеся в психологической и психиатрической помощи, часто лишены доступа к ним из-за их стоимости. В целом, влияние экономического кризиса на здоровье будет менее выраженным в странах с лучшей организацией системы социальной защиты населения [72].

Борьба со стереотипами, касающимися психических расстройств

Одна из причин низкого финансирования служб по борьбе с психическими расстройствами — это презрительное отношение к этим расстройствам, прочно сложившееся в общественном мнении [73]. Восприятие их как чего-то постыдного и связанная с этим дискриминация остаются главным препятствием для психического оздоровления жителей Европы, так как не способствуют желанию политиков вкладывать деньги в охрану психического здоровья. Опросы обществен-

ного мнения в ряде стран показали, что в условиях сокращения бюджетных расходов вопросы охраны психического здоровья имеют низкий приоритет [74, 75]. Попытки повлиять на общественное мнение в целом приносят лишь скромный результат; адресный подход представляется более эффективным [76].

Отстаивание инвестиций в охрану психического здоровья

Демонстрация того, какие экономические выгоды приносит вложение средств в психическое здоровье, может убедить правительства в необходимости таких вложений. Инвестирование в охрану психического здоровья (в саму систему здравоохранения, а также в другие сферы) обеспечивает достаточные возможности для предупреждения социальной изоляции наименее защищенных групп населения и для развития социальной интеграции. Отстаивая свою позицию, крайне важно не замыкаться на одной лишь системе здравоохранения, а делать упор на то, что капиталовложения в психическое здоровье снижают расходы в других секторах экономики [77]. Поразительно, но, несмотря на легкую осуществимость действий, позволяющих снизить отрицательное влияние психического нездоровья на экономику, в большинстве стран им до сих пор не уделяется должного внимания [78–80].

Продолжение реформ в сфере охраны психического здоровья

Подчиняясь давлению финансовых обстоятельств, правительства неизбежно будут пересматривать свою социальную политику. Важно, чтобы в странах Европейского региона ВОЗ любые изменения в сфере охраны психического здоровья соответствовали общему курсу на уменьшение роли стационаров и укрепление звена первичной медицинской помощи. Одновременно желательно проводить модернизацию служб охраны психического здоровья. Для достижения высокого качества первичной медицинской помощи и оптимального использования имеющихся ресурсов потребуется соответствующая финансовая мотивация, в частности приведение финансирования в зависимость от аккредитации и от качества услуг, оказываемых учреждением.

Гарантия общедоступности служб охраны психического здоровья

В период экономических потрясений повсеместная доступность медицинской и социальной помощи становится особенно важной. Общедоступность служб психического здоровья — залог успешной борьбы с экономическим кризисом и с растущим разрывом в состоянии здоровья между разными слоями населения [81].

6. Заключение

Нынешний экономический кризис дает возможность принять решительные политические меры, которые не только смягчат его влияние на смертность и травматизм от попыток самоубийства и злоупотребления алкоголем, но и облегчат бремя, накладываемое на здравоохранение и экономику психическими расстройствами, пьянством и алкоголизмом независимо от фазы экономического цикла. Исследования в сфере здравоохранения накопили убедительные доводы в пользу социальной защиты, активных программ на рынке труда, программ по поддержке семьи и по облегчению долгового бремени, а также решительной алкогольной политики — и нынешний упадок экономики лишь подкрепляет эти доводы.

Для защиты населения сейчас и в будущем представляется целесообразным пересмотреть бюджет таким образом, чтобы выделялись средства на сохранение рабочих мест и помощь потерявшим работу и их семьям — это облегчит бремя безработицы и поспособствует скорейшему восстановлению занятости.

Целесообразно также ужесточить алкогольную политику — в частности, путем повышения цен на алкоголь или введения минимальных цен, опускаться ниже которых недопустимо. Это существенно снизило бы вред от алкогольных эксцессов.

Наконец, необходимо совершенствовать саму службу охраны психического здоровья, добиваясь ее общедоступности и создавая разумную финансовую мотивацию для обеспечения высокого качества первичной медицинской помощи.

Литература

1. Prince M et al. No health without mental health. *Lancet*, 2007, 370:859–877.
2. Herrman H, Saxena S, Moodie R. *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/mental_health/evidence/en, accessed 10 December 2010).
3. Stuckler D et al. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*, 2009, 374:315–323.
4. Gabriel P, Liimatainen M-R. *Mental health in the workplace*. Geneva, International Labour Office, 2000.
5. Weehuizen R. *Mental capital. The economic significance of mental health*. Maastricht, Universitaire Pers Maastricht, 2008.
6. Järvisalo J et al., eds. *Mental disorder as a major challenge in prevention of work disability*. Helsinki, Social Security Institution, 2005.
7. *Mental health, disability and work. Issues for discussion. OECD Expert Meeting 26–28 April 2010*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010.
8. *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/entity/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf, accessed 10 December 2010).
9. Waddell G, Burton AK. *Is work good for your health and wellbeing?* Norwich, The Stationery Office, 2006.
10. Sanderson K, Andrews G. Common mental disorders in the workforce: recent findings from descriptive and social epidemiology. *Canadian Journal of Psychiatry*, 2006, 51:63–75.
11. Almedom AM. Social capital and mental health: an interdisciplinary review of primary evidence. *Social Science and Medicine*, 2005, 61:943–964.
12. Fryers T et al. The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe. *Clinical Practice in Epidemiology and Mental Health*, 2005, 1:14.
13. Laaksonen E et al. Socioeconomic circumstances and common mental disorders among Finnish and British public sector

- employees: evidence from the Helsinki Health Study and the Whitehall II Study. *International Journal of Epidemiology*, 2007, 36:776–786.
14. Nemtsov A. Suicides and alcohol consumption in Russia, 1965–1999. *Drug and Alcohol Dependence*, 2003, 71:161–168.
 15. Norström T, Ramstedt M. Mortality and population drinking: a review of the literature. *Drug and Alcohol Review*, 2005, 24: 537–547.
 16. Rehkopf DH, Buka SL. The association between suicide and the socio-economic characteristics of geographical areas: a systematic review. *Psychological Medicine*, 2006, 36:145–157.
 17. Berk M, Dodd S, Henry M. The effect of macroeconomic variables on suicide. *Psychological Medicine*, 2006, 36:181–189.
 18. Middleton N et al. Suicide risk in small areas in England and Wales, 1991–1993. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2004, 39:45–52.
 19. Middleton N, Sterne JA, Gunnell D. The geography of despair among 15–44-year-old men in England and Wales: putting suicide on the map. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2006, 60:1040–1047.
 20. De Vogli R, Gimeno D. Changes in income inequality and suicide rates after “shock therapy”: evidence from Eastern Europe. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2009, 63:956.
 21. Werner EE. Journeys from childhood to midlife: risk, resilience, and recovery. *Pediatrics*, 2004, 114:492.
 22. Durlak JA, Wells AM. Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 1997, 25:115–152.
 23. *Financial crisis and global health: report of a high-level consultation*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009_financial_crisis_report_en_.pdf, accessed 10 December 2010).
 24. Edwards R. Who is hurt by procyclical mortality? *Social Science and Medicine*, 2008, 67:2051–2058.
 25. Solantaus T, Leinonen J, Punamäki RL. Children’s mental health in times of economic recession: replication and extension of the family economic stress model in Finland. *Development Psychology*, 2004, 40:412–429.
 26. Leinonen JA, Solantaus TS, Punamäki RL. Social support and the quality of parenting under economic pressure and workload in

- Finland: the role of family structure and parental gender. *Journal of Family Psychology*, 2003, 17:409–418.
27. Conger RD et al. Economic stress, coercive family process, and developmental problems of adolescents. *Child Development*, 1994, 65:541–561.
 28. Marmot MG, Bell R. How will the financial crisis affect health? *British Medical Journal*, 2009, 338:b1314.
 29. Wilkinson R, Marmot M, eds. *Social determinants of health: the solid facts*. 2nd ed. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/social-determinants-of-health.-the-solid-facts>, accessed 10 December 2010).
 30. Kondo N et al. Economic recession and health inequalities in Japan: analysis with a national sample, 1986–2001. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2008, 62:869–875.
 31. Morrell S, Taylor R, Quine S, Kerr C, Western J. A cohort study of unemployment as a cause of psychological disturbance in Australian youth. *Social Science and Medicine*, 1994, 38:1553–1564.
 32. Dooley D, Catalano R, Wilson G. Depression and unemployment: panel findings from the Epidemiologic Catchment Area study. *American Journal of Community Psychology*, 1994, 22:745–765.
 33. Clark A, Oswald AJ. Unhappiness and unemployment. *Economic Journal*, 1994, 104:648–659.
 34. Murphy G, Athanasou JA. The effect of unemployment on mental health. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 1999, 72:83–99.
 35. Dee TS. Alcohol abuse and economic conditions: evidence from repeated cross-sections of individual-level data. *Health Economics*, 2001, 10:257–270.
 36. McKee-Ryan F et al. Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology*, 2005, 90:53–76.
 37. Dorling D. Unemployment and health. *British Medical Journal*, 2009, 338:b829.
 38. Lewis G, Sloggett A. Suicide, deprivation, and unemployment: record linkage study. *British Medical Journal*, 1998, 317:1283–1286.
 39. Gunnell D et al. Factors influencing the development and amelioration of suicidal thoughts in the general population. Cohort study. *British Journal of Psychiatry*, 2004, 185:385–393.

40. Agerbo E. Effect of psychiatric illness and labour market status on suicide: a healthy worker effect? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2005, 59:598–602.
41. Mathers CD, Schofield DJ. The health consequences of unemployment: the evidence. *Medical Journal of Australia*, 1998, 168:178–182.
42. Artazcoz L et al. Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *American Journal of Public Health*, 2004, 94:82–88.
43. Men T et al. Russian mortality trends for 1991–2001: analysis by cause and region. *British Medical Journal*, 2003, 327:964.
44. Blakely TA, Collings SC, Atkinson J. Unemployment and suicide. Evidence for a causal association? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, 57:594–600.
45. Chang SS et al. Was the economic crisis 1997–1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Social Science and Medicine*, 2009, 68:1322–1331.
46. Gunnell D et al. Suicide and unemployment in young people. Analysis of trends in England and Wales, 1921–1995. *British Journal of Psychiatry*, 1999, 175:263–270.
47. Skapinakis P et al. Socio-economic position and common mental disorders. Longitudinal study in the general population in the UK. *British Journal of Psychiatry*, 2006, 189:109–117.
48. Taylor MP, Pevalin DJ, Todd J. The psychological costs of unsustainable housing commitments. *Psychological Medicine*, 2007, 37:1027–1036.
49. Brown S, Taylor K, Price SW. Debt and distress: evaluating the psychological cost of credit. *Journal of Economic Psychology*, 2005, 26:642–663.
50. Reading R, Reynolds S. Debt, social disadvantage and maternal depression. *Social Science and Medicine*, 2001, 53:441–453.
51. Jenkins R et al. Debt, income and mental disorder in the general population. *Psychological Medicine*, 2008, 38:1485–1493.
52. Economou A, Nikolaou A, Theodossiou I. Are recessions harmful to health after all? Evidence from the European Union. *Journal of Economic Studies*, 2008, 35:368–384.
53. Zaridze D et al. Alcohol and cause-specific mortality in Russia: a retrospective case-control study of 48,557 adult deaths. *Lancet*, 2009, 373:2201–2214.

54. Uutela A. Economic crisis and mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 2010, 23:127–130.
55. Lahelma E et al. Analysing changes of health inequalities in the Nordic welfare states. *Social Science and Medicine*, 2002, 55:609–625.
56. Hintikka J, Saarinen PI, Viinamäki H. Suicide mortality in Finland during an economic cycle, 1985–1995. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1999, 27:85–88.
57. Ostamo A, Lönnqvist J. Attempted suicide rates and trends during a period of severe economic recession in Helsinki, 1989–1997. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2001, 36:354–360.
58. Zimmerman SL. States' spending for public welfare and their suicide rates, 1960 to 1995: what is the problem? *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 2002, 190:349–360.
59. Proudfoot J et al. Effect of cognitive-behavioural training on job-finding among long-term unemployed people. *Lancet*, 1997, 350:96–100.
60. Vuori J et al. The Työhön Job Search Program in Finland: benefits for the unemployed with risk of depression or discouragement. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2002, 7:5–19.
61. Vuori J, Silvonen J. The benefits of a preventive job search program on re-employment and mental health at 2-year follow-up. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 2005, 78:43–52.
62. Vinokur AD, van Ryn M, Gramlich EM, Price RH. Long-term follow-up and benefit-cost analysis of the Jobs Program: a preventive intervention for the unemployed. *Journal of Applied Psychology*, 1991, 76:213–219.
63. Vinokur AD et al. Two years after a job loss: long-term impact of the JOBS program on reemployment and mental health. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2000, 5:32–47.
64. *Alcohol policy in the WHO European Region: current status and the way forward*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005.
65. Gallet CA. The demand for alcohol: a meta-analysis of elasticities. *Australian Journal of Agricultural and Resource Economics*, 2007, 51:121–135.
66. Kendell RE, de Roumanie M, Ritson EB. Effect of economic changes on Scottish drinking habits 1978–82. *British Journal of Addiction*, 1983, 78:365–379.

67. Pirkola S et al. Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. *Lancet*, 2009, 373:147–153.
68. *Everyone wants to pay their fair share: causes and consequences of overindebtedness*. Stockholm, Enforcement Authority, 2008 (Report 2008:1B).
69. Pleasence P et al. A helping hand. *The impact of debt advice on people's lives*. Legal Services Research Center, 2007.
70. Johansson E et al. Alcohol-related mortality, drinking behavior, and business cycles: are slumps really dry seasons? *European Journal of Health Economics*, 2006, 7:215–220.
71. Weaver JD. Economic recession and increases in mental health emergencies. *Journal of Mental Health Administration*, 1983, 10:28–31.
72. Gerdtham UG, Ruhm CJ. Deaths rise in good economic times: evidence from the OECD. *Economics and Human Biology*, 2006, 4:298–316.
73. Jamison KR. The many stigmas of mental illness. *Lancet*, 2006, 367:533–534.
74. Matschinger H, Angermeyer MC. The public's preferences concerning the allocation of financial resources to health care: results from a representative population survey in Germany. *European Psychiatry*, 2004, 19:478–482.
75. Schomerus G, Matschinger H, Angermeyer MC. Preferences of the public regarding cutbacks in expenditure for patient care: are there indications of discrimination against those with mental disorders? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2006, 41:369–377.
76. McDaid D. *Countering the stigmatisation and discrimination of people with mental health problems in Europe*. Brussels, European Commission, 2008.
77. McDaid D, Knapp M. Black-skies planning? Prioritising mental health services in times of austerity. *British Journal of Psychiatry*, 2010, 196:423–424.
78. Knapp M et al., eds. *Mental health policy and practice across Europe*. Buckingham, Open University Press, 2007.
79. Saxena S et al. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet*, 2007, 370:878–889.
80. *Policies and practices for mental health in Europe – meeting the challenges*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008

(<http://www.euro.who.int/en/where-we-work/member-states/hungary/publications2/policies-and-practices-for-mental-health-in-europe>, accessed 10 December 2010).

81. Lundberg O et al. The role of welfare state principles and generosity in social policy programmes for public health: an international comparative study. *Lancet*, 2008, 372:1633–1640.

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное агентство Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г. прежде всего для решения вопросов здравоохранения на международном и общественном уровнях. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро, у каждого из которых имеется своя собственная программа, соотносящаяся с конкретными условиями здравоохранения в обслуживаемых странах.

Государства — члены ЕРБ ВОЗ

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

Аннотация

Экономический кризис оказывает серьезное влияние на психическое здоровье населения, в частности повышает смертность от самоубийств и злоупотребления алкоголем. Противостоять этому патологическому влиянию можно с помощью социального обеспечения и других мер социальной политики – например, активных программ на рынке труда, нацеленных на помощь в сохранении прежней или обретении новой работы или программ по облегчению долгового бремени. Той же цели служат программы поддержки семьи. Повышение цен на алкоголь и ограничение его доступности снижает его нежелательное воздействие на психическое здоровье и спасает человеческие жизни. Наконец, доступные и оперативные службы первичной медицинской помощи помогут людям из групп повышенного риска и предотвратят тяжелые последствия для их психического здоровья.

Всемирная организация здравоохранения

Европейское региональное бюро

Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Тел.: +45 39 17 17 17 Факс: +45 39 17 18 18

Эл. адрес: contact@euro.who.int

Веб-сайт: <http://www.euro.who.int>