

DOI: 10.15838/ptd.2019.3.101.5
 УДК 314.44:[314.424.2] | ББК 60.7+60.59

© Шматова Ю.Е.

ДИНАМИКА СТАТИСТИЧЕСКИХ И СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТОЯНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ¹



ШМАТОВА ЮЛИЯ ЕВГЕНЬЕВНА

Вологодский научный центр Российской академии наук
 Россия, 160014, г. Вологда, ул. Горького, д. 56а
 E-mail: ueshmatova@mail.ru

В связи со значительным бременем психических расстройств актуальным остается вопрос определения масштабов их распространения. Цель – выявление и соотнесение основных эпидемиологических показателей психического здоровья и данных, полученных посредством социологического опроса об уровне распространения в регионе некоторых пограничных психоэмоциональных расстройств. В основе авторского исследования лежат следующие методы и инструменты: теоретический анализ литературных источников; изучение, сравнительный анализ и обобщение информации; системный анализ; статистические методы; мониторинг, социологический опрос, анкетирование населения. В работе изложен обобщенный анализ зарубежных и отечественных научных исследований в области оценки экономического бремени психических расстройств и самоубийств. Представлены основные тенденции суицидальной активности, заболеваемости и болезненности психическими расстройствами, инвалидизации вследствие данных заболеваний в современной России среди взрослого и детского населения. Оценка статистических данных дополнена результатами социологического мониторинга, проводимого Федеральным государственным бюджетным учреждением науки «Вологодский научный центр Российской академии наук» с 2002 года, о распространении в Вологодской области признаков тревожных, депрессивных и невротических расстройств. Сделан вывод о несоответствии статистических и социологических данных о масштабах распространения психических расстройств. Обосно-

Для цитирования Шматова Ю.Е. Динамика статистических и социологических показателей состояния психического здоровья населения России // Проблемы развития территории. 2019. № 3 (101). С. 76–96. DOI: 10.15838/ptd.2019.3.101.5

For citation: Shmatova Yu.E. Dynamics of statistical and sociological indicators of mental health of the Russian Population. *Problems of Territory's Development*, 2019, no. 3 (101), pp. 76–96. DOI: 10.15838/ptd.2019.3.101.5

¹ Статья подготовлена при поддержке гранта РФФИ № 18-013-01077/19 «Разработка методологического подхода к оценке социального здоровья трансформирующегося общества».

вана необходимость разработки комплексного междисциплинарного подхода к раннему выявлению, диагностике и лечению тревожно-депрессивных расстройств и суицидальных намерений, особенно среди пациентов общесоматической сети. Особое внимание должно быть уделено работе с парасуицидентами. Результаты исследования могут быть использованы органами региональной исполнительной власти в качестве научного обоснования разработки и реализации программ укрепления и охраны психического здоровья населения с целью сохранения трудового потенциала региона, повышения качества жизни душевнобольных и их близких и, как следствие, минимизации экономического ущерба обществу.

Психическое здоровье, бремя психических расстройств, заболеваемость психическими расстройствами, болезненность психическими расстройствами, инвалиды, суициды, суицидальные попытки, депрессия.

Введение

Термин «mental health» был введен ВОЗ в 1979 году. Психическое здоровье – это «состояние благополучия, в котором человек реализует свои способности, может противостоять обычным жизненным стрессам, продуктивно работать и вносить вклад в свое сообщество. В этом позитивном смысле психическое здоровье является основой благополучия человека и эффективного функционирования сообщества»².

Сегодня 20–25% населения планеты страдает психическими и поведенческими расстройствами. А в течение жизни психическое здоровье нарушается у каждого третьего-четвертого человека [1; 2].

Во всем мире быстрые экономические, демографические и эпидемиологические изменения влекут рост численности населения, которое живет дольше, но с большей заболеваемостью и инвалидностью [3–6].

По прогнозам ВОЗ, к 2020 году душевные болезни займут второе место по распространенности, уступая лишь сердечно-сосудистыми заболеваниями. По доле трудовых потерь они войдут в первую пятерку [7].

Психические расстройства, а особенно депрессии, слабоумие и деменция становятся эпидемией в развитых странах. Отчасти это связано с тем, что традиционные подходы к лечению устарели. Решетников даже говорит о «системном кризисе в психиатрии» [8, с. 11]. В последнее время многие

специалисты отмечают разрыв между научными достижениями и практическими методами лечения душевнобольных. Огорчает также разобщенность во взаимодействии специалистов разных дисциплин, даже работающих в одном учреждении. При этом подавляющее большинство людей даже не подозревает, что набирающие темп различные формы зависимостей, экологическая обстановка, низкокачественные продукты, гиподинамия и постоянный стресс – это не просто неблагоприятные «издержки» цивилизации, а факторы, которые неизбежно приводят к инсульту, деменции, психическим расстройствам. Психика современного человека испытывает огромную интеллектуально-эмоциональную нагрузку, к которой он ни эволюционно, ни исторически не готов [9, с. 81–82].

Ухудшение психического здоровья населения связано, по мнению ВОЗ, с быстрыми социальными изменениями, стрессовыми условиями на работе, гендерной дискриминацией, социальным отчуждением, нездоровым образом жизни, физическим нездоровьем, а также с нарушениями прав человека³. Действительно, на состояние душевного здоровья в целом воздействует множество макросоциальных и макроэкономических факторов, находящихся за пределами сектора здравоохранения. Социально-экономические факторы тесно взаимосвязаны, и изменения в политике в рамках одного

² Психическое здоровье: информ. бюл. ВОЗ от 30 марта 2018 года. URL: <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> (дата обращения 30.11.2018).

³ Психические расстройства: информ. бюл. ВОЗ от 30 марта 2018 года. URL: <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> (дата обращения 30.11.2018).

сектора в результате проявления эффекта «домино» затрагивают и другие. Например, бедность населения является одним из наиболее мощных предикторов психического здоровья. Многие мировые тенденции, например, урбанизация населения, приводят к негативным последствиям для психического здоровья [10; 11]. Все чаще звучит тема экологической обусловленности душевных расстройств [12; 13]. Таким образом, детерминанты психического здоровья и психических расстройств включают как индивидуальные качества (способность управлять собственными мыслями, эмоциями, поведением и общением с окружающими), так и социальные, культурные, политические и экологические факторы (национальная политика, социальная защита, уровень жизни, условия работы и поддержка окружающих⁴).

Актуальность и значимость исследований в области охраны психического здоровья обусловлены его высокой стоимостью для каждого общества.

Бремя психических расстройств

Психические заболевания традиционно не рассматриваются как серьезная эпидемиологическая проблема ввиду низкой смертности по их причине. Однако они оказывают значительное влияние на здоровье и трудоспособность населения⁵ [14–16]. По расчетам D. Vigo и коллег, глобальное бремя психических заболеваний по ожидаемому количеству потерянных лет трудоспособной жизни (показатель YLD) составляет 32,4%, а по количеству лет жизни, скорректированных по нетрудоспособности (показатель DALY), – 13,0%. Полученные результаты на треть превышают ранние расчеты (21,2% YLD и 7,1% DALY). По оценкам ученых, психические заболевания занимают первое место в мире по

бремени болезней, с точки зрения YLD (превышают уровень сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, хронических респираторных заболеваний и рака), и уже достигают уровня сердечно-сосудистых заболеваний с точки зрения DALY [17].

По данным ВОЗ, депрессивные расстройства – ведущая причина инвалидности населения США в возрасте 15–44 лет [18]. По данным Министерства здравоохранения, в России 60% душевнобольных – лица трудоспособного возраста. При этом только каждый третий работает, а каждый четвертый – инвалид по психическому заболеванию [7]. Таким образом, психические расстройства являются основной движущей силой роста заболеваемости и инвалидности во всем мире⁶ [19].

По данным региональных исследований, глобальное бремя от душевных расстройств в Австралии составило около 5% ВВП страны⁷ [20], в Японии – 0,6% [21–23], в 28 европейских странах – 2,3% совокупного ВВП этих стран (40% обусловлены депрессией, а 15% – шизофренией и тревожностью [24]), в США – 7,2% [15]. Причем значительная доля бремени приходится на потери вследствие алкогольной (2% ВВП) и наркотической зависимости (1,8% ВВП). Депрессия влечет, согласно данному исследованию, ущерб в размере 0,86% ВВП США (или 0,7%, по результатом иного исследования [25]).

Оценки бремени психических заболеваний в России, полученные отечественными учеными [26–31], оказались в 2–4 раза ниже, чем в зарубежных странах. Это вызвано проблемами диагностики и лечения душевных заболеваний в общемедицинской сети, учета зачастую исключительно прямых затрат на лечение [29]. Согласно стоимостному анализу, проведенному нами на региональном уровне в 2001 году, совокупные потери от

⁴ Психические расстройства: информ. бюл. ВОЗ от 30 марта 2018 года. URL: <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> (дата обращения 30.11.2018).

⁵ Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда: докл. о состоянии здравоохранения в мире за 2001 год. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2001. 215 с.

⁶ Bloom D., Cafiero E., Jané-Llopis E., et al. The global economic burden of noncommunicable diseases. A report by the World Economic Forum and the Harvard School of Public Health. Geneva: World Economic Forum, 2011. 48 p.

⁷ The economic impact of youth mental illness. Report by Access Economics Pty Limited for Orygen Research Centre. Victoria, 2009. URL: https://www.orygen.org.au/Policy-Advocacy/Policy-Reports/Economic-Impact-of-Youth-Mental-Illness/CostYMH_Dec2009?ext (дата обращения 30.11.2018).

психических расстройств составили около 2% ВРП Вологодской области, большая часть из которых (85–90%) – это косвенные социальные потери [32, с. 82].

Значительная доля этого экономического бремени ложится на плечи семей вследствие отсутствия полноценной и финансируемой государством системы служб оказания помощи душевнобольным людям. Семьям приходится нести и социальные издержки, среди которых эмоциональная нагрузка, понижение качества жизни, связанные с постоянной необходимостью оказания помощи членам семьи, имеющим ограниченные возможности.

Следует учитывать и скрытое бремя стигматизации и дискриминации. Они проявляются как предубежденное отношение: через стереотипы, боязнь, неприятие, раздражение, отторжение или избегание всяческого контакта с душевнобольными. Последние сталкиваются с множественными нарушениями прав человека и ограничением их свобод, физическим, сексуальным и психологическим насилием, несправедливыми отказами в устройстве на работу.

Не менее значимая проблема – это недостаточное финансирование служб охраны психического здоровья, особенно в развивающихся странах. Примерно в 28% стран не выделен отдельный бюджет на решение проблем психического здоровья, лишь в трети из оставшихся на психическое здоровье выделяется менее 1% общего бюджета здравоохранения. Таким образом, наблюдается значительный разрыв между бременем психических расстройств и ресурсами, выделяемыми на охрану психического здоровья.

В ближайшие десятилетия прогнозируется увеличение бремени психических расстройств. Это вызвано увеличением продолжительности жизни населения, его «старением», в результате чего повышается вероятность развития не только соматических, но и психических расстройств (деменции, депрессии). Следствие – рост числа инвалидов [10]. Еще в середине 90-х гг. Мюррей и Лопез прогнозировали, что депрессия станет

второй наиболее распространенной причиной инвалидности во всем мире [33].

Результатом растущего числа вооруженных конфликтов и стихийных бедствий по всему миру, усиливающейся геополитической напряженности являются миграция населения, увеличение числа беженцев, бездомных, нищих и безработных. У людей, сталкивающихся с насилием, вероятность развития психических нарушений (ПТСР и депрессии) возрастает, что может приводить к злоупотреблению наркотиками и алкоголем, а также к повышению численности суицидов⁸. Рост безработицы также является одним из значимых факторов риска развития депрессии и суицидального поведения [34–36].

Основные статистические показатели распространения психических расстройств и расстройств поведения в России

По данным Росстата, в нашей стране на учет по поводу душевных расстройств состоит 1,5 млн человек, из которых половина имеет диагноз «психозы и состояния слабоумия» (причем треть из них страдают шизофренией). В 2016 году с диагнозом «психические расстройства и расстройства поведения», установленным впервые в жизни, было взято на учет 60 тысяч пациентов, с диагнозом «алкоголизм и алкогольные психозы» – 95 тысяч, «наркомания» – 16 тысяч, «токсикомания» – 494 россиянина (табл. 1).

Таким образом, заболеваемость алкоголизмом превышает заболеваемость непосредственно самими психическими расстройствами в России в 1,5 раза, в Дальневосточном федеральном округе – в 2,3 раза, в Уральском и Южном федеральных округах – в 1,9 раза. В Северо-Кавказском федеральном округе ситуация в результате сильного влияния исламских традиций трезвости обратная.

В целом показатели психического здоровья населения последние 20 лет стабильно улучшаются (табл. 2).

Заболеваемость душевными расстройствами с середины 90-х гг. сократилась в 2,2

⁸ Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда: докл. о состоянии здравоохранения в мире за 2001 год. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2001. 215 с.

Таблица 1. Заболеваемость социально значимыми заболеваниями в федеральных округах России в 2016 году, чел.

Взято под наблюдение пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом	Психические расстройства и расстройства поведения	Алкоголизм и алкогольные психозы	Наркомания	Токсикомания
Российская Федерация	60102	94973	16288	494
Центральный ФО	12631	21563	4182	85
Северо-Западный ФО	6892	7696	1235	26
Южный ФО	4490	8375	1260	55
Северо-Кавказский ФО	4241	2505	538	113
Приволжский ФО	13748	23679	2450	48
Уральский ФО	4930	9482	2070	79
Сибирский ФО	9918	14164	2985	51
Дальневосточный ФО	3252	7509	1568	37

Источник: данные Росстата. URL: <http://www.gks.ru>

Таблица 2. Заболеваемость населения психическими расстройствами и расстройствами поведения и контингенты лиц, состоящих на учете, в 1995–2016 гг., на 100 тыс. чел. населения*

Показатель	Год						
	1995	2000	2005	2010	2013	2015	2016
Заболеваемость							
Взято под наблюдение пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни, из них:	93,5	83,1	67,3	52,0	45,4	42,9	41,0
психозы и состояния слабоумия	31,2	27,7	27,8	24,6	21,9	21,0	20,3
шизофрения**	14,4	12,8	10,8	8,4	6,8	6,1	5,8
психические расстройства непсихотического характера	34,8	30,5	22,9	16,1	13,9	12,4	11,5
умственная отсталость	27,5	25,1	16,6	11,4	9,6	9,4	9,2
Болезненность							
Численность пациентов, состоящих на учете в ЛПО, из них:	1472,2	1334,1	1255,3	1146,3	1084,7	1048,3	1020,9
психозы и состояния слабоумия	595,8	552,1	537,9	513,2	496,9	485,5	475,4
шизофрения**	365,5	351,4	345,1	332,7	323,4	315,8	308,4
психические расстройства непсихотического характера	388,0	320,3	291,3	254,2	234,3	222,3	214,0
умственная отсталость	488,4	461,7	426,2	378,9	353,4	340,5	331,5

* Здравоохранение в России – 2017. М., 2017. 170 с.
 ** Также шизоаффектные психозы, шизотипическое расстройство, аффективные психозы с неконгруэнтным аффекту бредом.

раза, из них психозами и слабоумием – в 2,4 раза, а психическими расстройствами непсихотического характера и умственной отсталостью – в три раза.

Неуклонно снижается и численность пациентов, состоящих на учете по поводу психических расстройств и расстройств поведения (на 19%; см. табл. 2). Наибольшими темпами сокращается болезненность

умственной отсталостью и расстройствами непсихотического характера, а также в Уральском и Сибирском федеральных округах (на 25%; табл. 3).

К регионам-лидерам по темпам сокращения контингента душевнобольных относятся республики Бурятия, Коми (табл. 4). В ряде субъектов РФ вопреки общей тенденции снижения болезненности душевными рас-

Таблица 3. Контингенты пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения по субъектам РФ (численность пациентов, состоящих на учете в ЛПУ, на конец года, на 100 тыс. чел. населения)

	Год						2016 год к 2005 году, %
	2005	2010	2013	2014	2015	2016	
Российская Федерация	1255,3	1146,3	1084,7	1070,6	1048,3	1020,9	81,3
Центральный ФО	1154,0	1035,3	978,0	952,2	929,5	906,8	78,6
Северо-Западный ФО	1253,3	1135,9	1101,0	1086,4	1062,3	1036,1	82,7
Южный ФО	1141,1	1013,3	912,7	975,3	945,4	921,9	80,8
Северо-Кавказский ФО	1398,4	1274,3	1255,0	1254,6	1247,0	1199,9	85,8
Приволжский ФО	1268,8	1213,8	1184,2	1174,1	1155,6	1134,4	89,4
Уральский ФО	1195,1	1085,7	991,4	968,5	945,3	902,1	75,5
Сибирский ФО	1462,2	1311,3	1208,4	1173,0	1144,1	1108,7	75,8
Дальневосточный ФО	1351,7	1240,2	1161,2	1129,2	1118,5	1108,7	82,0

Источник: данные Росстата. URL: <http://www.gks.ru>

Таблица 4. Численность пациентов, состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях с психическими расстройствами и расстройствами поведения (на конец года, на 100 тыс. чел. населения)

	Год						2016 год к 2005 году, %
	2005	2010	2013	2014	2015	2016	
Республика Ингушетия	790,6	1004,3	1026,0	1039,5	1076,6	1100,8	139,2
Забайкальский край	841,3	1009,6	1098,6	1108,1	1129,4	1144,5	136,0
Республика Тыва	1033,7	1136,2	1238,4	1292,3	1329,4	1340,1	129,6
Республика Марий Эл	1163,0	1346,3	1444,1	1447,7	1449,7	1382,2	118,8
Российская Федерация	1255,3	1146,3	1084,7	1070,6	1048,3	1020,9	81,3
Белгородская область	1312,0	1067,6	900,4	879,1	876,3	873,9	66,6
Свердловская область	1185,7	1050,1	966,2	936,1	885,4	788,2	66,5
Тульская область	1498,8	1153,6	1003,3	974,7	962,1	975,7	65,1
Кемеровская область	1503,4	1303,4	1234,5	1144,2	1021,0	976,0	64,9
Костромская область	1972,1	1651,4	1438,5	1302,7	1287,4	1269,0	64,3
Новосибирская область	1602,4	1338,2	1123,1	1069,5	1028,0	1010,1	63,0
Ленинградская область	932,0	669,3	658,1	651,0	595,3	577,2	61,9
Республика Коми	1401,8	1037,5	901,4	885,6	855,6	829,1	59,1
Республика Бурятия	1862,9	1576,9	1153,6	1107,9	1031,9	1018,5	54,7
Волгоградская область	895,6	586,8	534,7	514,7	506,2	488,2	54,5

Источник: данные Росстата. URL: <http://www.gks.ru>

стройствами наблюдается рост численности больных. К ним относятся республики Ингушетия, Тыва, Марий Эл, Забайкальский край, Оренбургская и Калининградская области (см. табл. 4).

Заболеваемость алкоголизмом и наркомагией также имеет позитивный тренд (табл. 5), особенно в 2016 году по отношению к 2015 году.

Контингент пациентов, страдающих психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением ПАВ, также стабильно снижается (табл. 6). Численность россиян, взятых и состоящих на профилактическом учете в связи с наркомагией, росла с 2005 в течение 10 лет (см. табл. 5, 6).

Таблица 5. Заболеваемость психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ (на конец года, на 100 тыс. чел. населения)

	Год									
	1995	2000	2005	2007	2008	2010	2013	2014	2015	2016
Взято под наблюдение пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни										
Алкоголизм и алкогольные психозы	156,1	129,7	147,0	123,1	122,2	107,8	78,2	74,7	70,7	64,7
Наркомания	15,6	50,4	17,1	20,8	18,7	17,4	12,6	14,5	14,1	11,1
Взято на профилактический учет в связи с употреблением с вредными последствиями										
Алкоголь	132,9	112,0	110,3	101,8	106,0	94,6	73,5	64,4	60,4	47,2
Наркотические вещества	14,7	35,1	25,2	33,9	34,1	33,3	35,9	39,3	40,6	29,9

Источник: данные Росстата. URL: <http://www.gks.ru>

Таблица 6. Контингенты пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ (на конец года на 100 тыс. чел. населения)

	Год					
	2005	2010	2013	2014	2015	2016
Численность пациентов, состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях с диагнозом						
Алкоголизм и алкогольные психозы	1541,8	1367,1	1215,7	1155,4	1076,2	984,0
Наркомания	230,8	231,6	214,6	205,6	196,5	176,8
Кроме того, численность пациентов, состоящих на профилактическом учете в связи с употреблением с вредными последствиями						
Алкоголь	284,4	246,3	221,5	201,1	188,5	143,6
Наркотические вещества	91,7	114,9	125,0	130,0	130,4	107,2

Источник: данные Росстата. URL: <http://www.gks.ru>

Несмотря на благоприятные тенденции в области психического здоровья взрослого населения, зафиксированы некоторые тревожные тренды среди детского. Так, треть из всех заболевших психическими расстройствами и расстройствами поведения в 2016 году – именно дети. Были взяты под наблюдение более 21 тысячи детей и 3 тысяч подростков. Диагноз «психозы и состояния слабоумия» впервые в жизни был поставлен 12800 детям. Около 185 тысяч маленьких жителей страны до 14 лет состояли на учете в связи с психическим заболеванием.

Отмечается устойчивый рост заболеваемости детей до 14 лет психозами и состояниями слабоумия (с 1995 года на 50%; *рис. 1*), а болезненности – на 70%. Болезненность шизофренией среди детского населения также имела тенденцию роста с 1995 по 2010 год (на 70%), в последние годы отмечается незначительное ее снижение (на 20%).

Однако число детей, состоящих на учете в связи с данным диагнозом, остается выше, чем 20 лет, на треть. Заболеваемость детей шизофренией росла до 2008 года. Затем снижалась. В 2017 году каждому из 300 тысяч детей впервые в жизни был поставлен диагноз «шизофрения».

Также наблюдается устойчивая тенденция роста контингента больных шизофренией в возрасте 15–17 лет. Если в 1995 году их было 53,3 на 100 тыс. подростков, то в 2016 году их число увеличилось на 50% и составило 75,1 случая на 100 тыс. подростков. По сравнению с 2000 годом увеличилась и болезненность подростков психозами и состояниями слабоумия (с 152 до 162 случаев на 100 тыс. подростков).

Рост болезненности детей и подростков шизофренией заставляет задуматься, т. к. данное заболевание, как правило, развивается в позднем подростковом или раннем

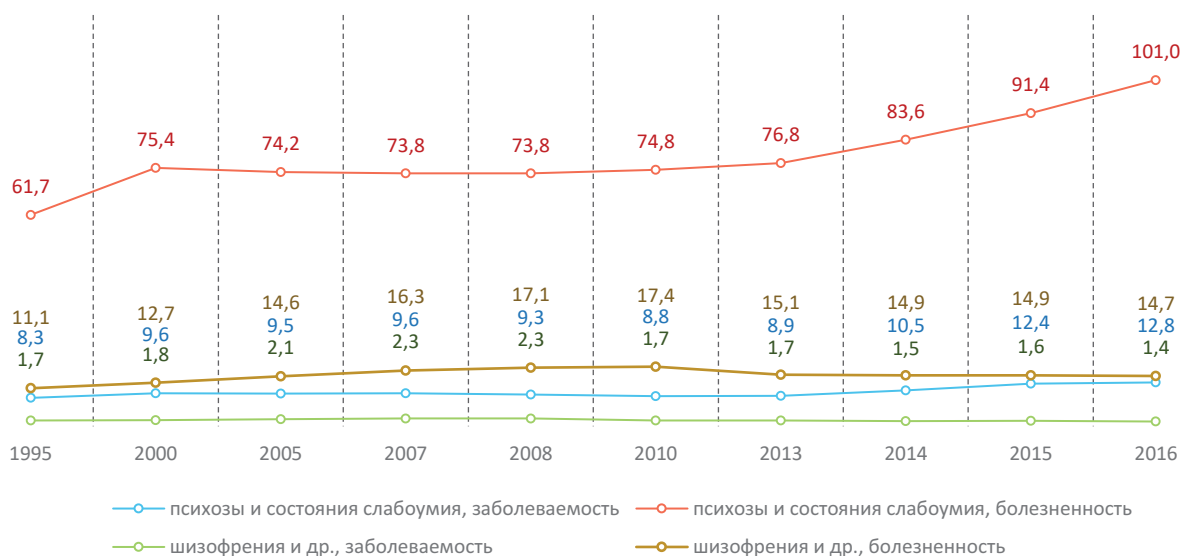


Рис. 1. Заболеваемость и болезненность детей 0–14 лет (диагнозы «психозы и состояния слабоумия» и «шизофрения») в период 1995–2016 гг., на 100 тыс. детей
 Источники: данные Росстата. URL: <http://www.gks.ru>; Здравоохранение в России – 2017. М., 2017. 170 с.

взрослом возрасте, а не в детском. И доля лиц, страдающих шизофренией, относительно стабильна, т. к. это заболевание имеет наследственный характер. По какой причине снижается болезненность шизофренией среди всего населения, но активно растет среди детского населения? Возможно, это вызвано истинным изменением структуры заболеваемости, омоложением шизофрении.

На наш взгляд, существенным предиктором роста некоторых психических расстройств среди детей и подростков являются распространение компьютерных игр и интернет-аддикция. Подростковый возраст представляет собой период взросления, характеризующийся интенсивными психологическими и физическими изменениями, бурной физиологической перестройкой организма. Подростки компенсируют в интернете недостаток общения в повседневной жизни, используют глобальную сеть как способ самоутверждения, многих привлекает возможность общаться в сети от имени разных вымышленных лиц. Именно в этом корни интернет-аддикции [37]. Стремительно развивающиеся компьютерные технологии и возможности интернета безусловно влияют на психику человека [38]. Уже доказано, что чрезмерное пристрастие подростка к интернету оказывает разрушающее воздей-

ствие на психику и психо-эмоциональную сферу [39–41]. Интернет-зависимость способствует формированию целого ряда психологических проблем: конфликтное поведение, хронические депрессии, предпочтение виртуального пространства реальной жизни, трудности адаптации в социуме, частые перепады эмоций, настроения. В зависимости от типа интернет-аддикции у подростков различаются и особенности психоэмоциональной сферы. У подростков, зависимых от игр в интернете, могут наблюдаться косвенная и вербальная агрессия, негативизм, раздражительность, обидчивость, выраженная личностная и ситуативная тревожность, депрессии. Подростки, зависимые от общения в интернете, подозрительны. Для них характерна личностная и ситуативная тревожность, они склонны к легкой депрессии. Подростки, зависимые от поиска информации в интернете, страдают негативизмом и вербальной агрессией, имеют достаточно выраженную ситуативную тревожность [42, с. 35].

Еще одна причина роста числа некоторых психических заболеваний среди детей может крыться в изменении диагностических критериев, приведшем к либеризации диспансерного учета (его необязательность) среди взрослого населения и его ужесточению среди детей и подростков. Также

причина может заключаться в улучшении доступности медицинской помощи и, как следствие, росте выявляемости шизофрении, в т. ч. и среди детского населения.

Последняя гипотеза подтверждается следующими фактами. В период 1995–2005 гг. действительно наблюдался рост обратившихся за лечебно-консультативной помощью в связи с психическим заболеванием среди всего населения, а также детей и подростков (рис. 2). Среди детей 15–17 лет продолжался рост данного показателя вплоть до 2009 года. В дальнейшем наблюдалась тенденция снижения. Тем не менее данный

показатель во всех группах остается выше уровня двадцатилетней давности.

По сравнению с 1995 годом численность пациентов, которым оказывается консультативно-лечебная помощь по поводу психического расстройства, выросла в 2 раза (рис. 3). Среди детей данный показатель увеличился на три четверти, а среди подростков – почти в три раза.

В последние годы активно развивается сеть частных клиник, оказывающих психологические услуги населению. И число обращающихся именно в них также растет. Это вызвано стигматизацией психических

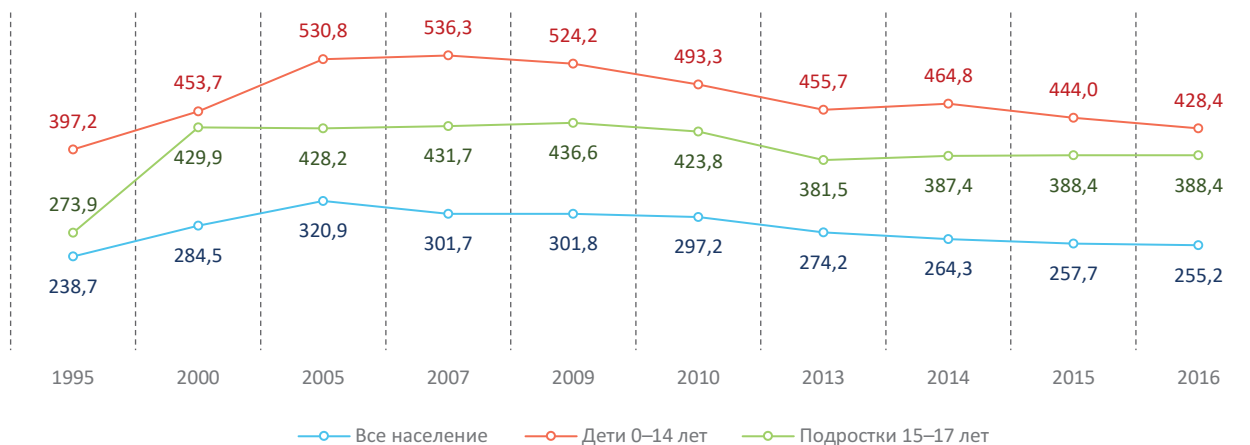


Рис. 2. Численность пациентов, обратившихся за консультативно-лечебной помощью по поводу психического расстройства, на 100 тыс. чел. населения

Источник: данные Росстата. URL: <http://www.gks.ru>

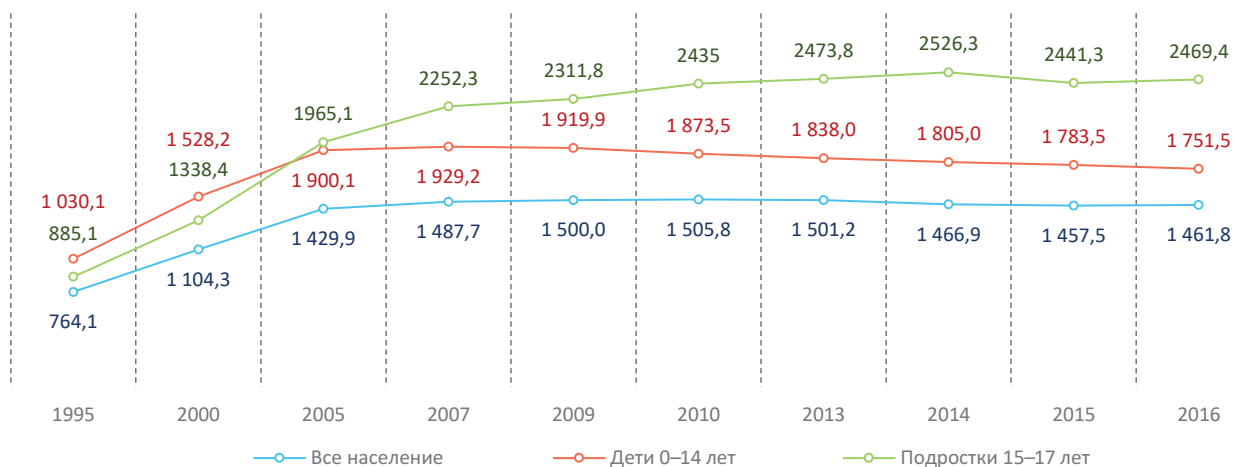


Рис. 3. Численность пациентов с психическими расстройствами, которым оказывается консультативно-лечебная помощь, на 100 тыс. населения

Источник: данные Росстата. URL: <http://www.gks.ru>

расстройств и нежеланием афишировать свои душевные проблемы. Увеличение обращаемости в государственные и частные клиники может свидетельствовать о спорности общей тенденции снижения заболеваемости психическими расстройствами и расстройствами поведения [43]. Тяжелые формы психических расстройств замещаются более легкими с меньшими социальными последствиями. Подтверждает этот факт и существенное сокращение числа взрослых россиян с впервые в жизни установленной инвалидностью по причине душевных расстройств (с 1995 года – на четверть; табл. 7). В минувшем 2017 году впервые стали инвалидами вследствие психических расстройств и расстройств поведения 33 тысячи лиц старше 18 лет.

Однако среди детского населения наблюдается, напротив, негативная тенденция. С 2000 года численность детей-инвалидов по причине психических расстройств и расстройств поведения увеличилась на треть (табл. 8). В 2016 году насчитывалось 143 тысячи детей-инвалидов (или 49,1 на 10 тыс. детей, что на 30% выше, чем в 2000 году).

Душевные расстройства лидируют среди причин детской инвалидности. У четверти из 76 тысяч детей, впервые признанных

инвалидами в 2017 году, причиной, обусловившей возникновение инвалидности, стали именно психические расстройства и расстройства поведения (18867 детей⁹). И их численность также постоянно увеличивается, как и доля в структуре причин инвалидности детского населения (так, в 2008 году они составляли лишь 19%). Лидируют данные заболевания и в перечне причин повторного признания инвалидами (60 тыс. детей в 2017 году).

Согласно докладу Всемирной организации здравоохранения¹⁰, нарушения психического здоровья подростков 10–19 лет составляют 16% глобального бремени болезней и травматизма. Примерно половина всех психических расстройств возникает до наступления 14-летнего возраста, однако чаще не выявляется специалистами и, соответственно, остается без лечения. Депрессия является одной из ведущих причин заболеваемости и инвалидности среди подростков во всем мире. Самоубийства являются второй по значимости ведущей причиной смертности в возрастной группе 15–19 лет¹¹. Детские расстройства поведения являются шестой по значимости ведущей причиной бремени болезней среди подростков. Игнорирование проблемы распространения рас-

Таблица 7. Численность представителей взрослого населения, впервые признанных инвалидами по причине психического расстройства или расстройства поведения, в 1995–2017 гг.

Год	1995	1998	2000	2002	2005	2010	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Тыс. чел.	64	68	49	46	55	37	33	32	32	32	32	33
На 10 тыс.	4,3	4,6	4,3	4,0	4,8	3,2	2,9	2,7	2,7	2,7	2,7	2,9

Источник: данные Росстата. URL: <http://www.gks.ru>

Таблица 8. Численность детей – инвалидов по причине психических расстройств и расстройств поведения в 2000–2016 гг.

Год	2000	2005	2007	2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Тыс. чел.	104,4	133,2	127,3	123,8	122,2	125,2	128	131	135,6	139,4	143,7
На 10 тыс. детей	37,2	46,9	47,6	47,2	46,5	47,5	47,9	48,2	48,3	48,6	49,1

Источник: данные Росстата. URL: <http://www.gks.ru>

⁹ Положение инвалидов. Детская инвалидность. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities (дата обращения 30.11.2018).

¹⁰ Психическое здоровье подростков: информ. бюл. ВОЗ от 18 сентября 2018 года. URL: <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health> (дата обращения 30.11.2018).

¹¹ Young people and mental health in a changing world. Geneva: World Health Organization, 2018. 71 p.

стройств психики и поведения у подростков чревато негативными последствиями для физического и психического здоровья и ограничивает возможности их полноценной взрослой жизни.

Еще одним ярким показателем, отражающим психическое здоровье населения, является суицидальное поведение. Преждевременная смерть наносит огромный экономический ущерб¹² [32; 44].

По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно около 800 тыс. человек добровольно уходят из жизни¹³. На страны с низким и средним уровнем дохода приходится 78% самоубийств в мире. В глобальных масштабах для совершения самоубийства чаще всего используются пестициды, повешение и огнестрельное оружие¹⁴.

На каждое самоубийство приходится значительно больше людей, которые совершают попытки уйти из жизни (примерно 4 на 1000 человек взрослого населения, или свыше 20 человек на каждый суицид¹⁵). Однако показатели летальности суицидального поведения широко различаются в зависимости от региона, пола, возраста и применяемого способа самоповреждения.

Суицидальные попытки налагают на общество значительное социальное и экономическое бремя вследствие необходимости лечения пострадавшего, а порой и досрочной инвалидности вследствие полученной травмы¹⁶. Предшествующая попытка самоубийства является основным предиктором смертности от суицида. Поэтому ключевым элементом любого комплексного подхода к предупреждению самоубийств должно быть выявление парасуицидентов.

По данным Евростата, на 2015 год средний уровень смертности от суицида в Ев-

ропейском союзе (данные представили 34 страны^{17,18}) был равен 10,9 случая на 100 тыс. чел. населения. Безусловными лидерами печального списка в Европе являются Литва (30,2), Словения (20,7), Латвия (19,3), Венгрия (19,0), Хорватия (17,3). Наименьшее число самоубийств случается в Турции (2,2), Лихтенштейне (2,5), Кипре (4,5), Греции (4,7) и Италии (6,1). Уровень самоубийств среди мужчин (17,9) выше, чем среди женщин (4,9). В Литве смертность даже превышает 56 случаев на 100 тысяч.

По данным Росстата, уровень самоубийств в России в 2017 году составил 13,8 случая на 100 тыс. чел. населения. Данный показатель имеет тенденцию спада более двадцати последних лет. Наиболее высокие показатели были зафиксированы в 1995 году практически по всем федеральным округам (табл. 9). По сравнению с этим годом в 2017 году смертность от суицидов сократилась в три раза, а за последние 10 лет – вдвое.

Сибирский федеральный округ на протяжении всего периода современной России является «лидером» печальной статистики суицидов. Северо-Кавказский округ, напротив, постоянно демонстрирует самые низкие показатели.

Россия – многонациональное государство с тысячелетней историей, поэтому разброс в значениях уровня суицидов, как и по другим показателям душевного здоровья, в 85 субъектах огромный на протяжении всех лет исследования [45] – от 0,4 случая на 100 тыс. чел. населения в Астраханской области до 43,2 – в Ненецком АО.

Если в 2008 году уровень суицидов был выше критической отметки (20 случаев на 100 тыс.) в 59 регионах России (причем в 35 из них – выше 30, а в 11 – выше 50), то в 2017 году – лишь в 25 регионах (в 11 – выше 30).

¹² Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization, 2014. 97 p.

¹³ Самоубийство: информ. бюл. ВОЗ. 2018. URL: <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/suicide> (дата обращения 30.11.2018).

¹⁴ Young people and mental health in a changing world. Geneva: World Health Organization, 2018. 71 p.

¹⁵ Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization, 2014. 97 p.

¹⁶ Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization, 2014. 97 p.

¹⁷ Смертность от самоубийств по полу (tps00122). База данных Eurostat. URL: <https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&ocode=tps00122&plugin=1> (дата обращения 25.11.2018).

¹⁸ Смертность от самоубийств по возрастным группам (tps00202). База данных Eurostat. URL: <https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&ocode=tps00202&plugin=1> (дата обращения 25.11.2018).

Таблица 9. Смертность от самоубийств среди населения федеральных округов России в период 1990–2017 гг., на 100 тыс. чел. населения

Федеральный округ	Год							
	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2016	2017
Российская Федерация	26,5	41,4	39,1	32,2	23,4	17,4	15,8	13,8
Центральный	23,2	30,7	27,6	21,9	14,5	12,1	11,3	10,0
Северо-Западный	26,3	45,3	39,5	30,9	21,6	16,8	15,5	14,2
Южный	20	23,7	24,1	17,9	17,7	10,7	11,3	8,8
Северо-Кавказский*	н/д	н/д	н/д	н/д	6,4	5,0	5,1	4,3
Приволжский	28,3	48,4	48,6	41,3	30,4	21,2	19,3	16,7
Уральский	31,8	56	48,7	41,1	30,2	22,8	20,0	15,6
Сибирский	31,5	53,7	52,3	46	36,5	27,6	25,5	23,7
Дальневосточный	30,2	49,9	49,9	42,7	34	24,7	19,6	18,2

* Регионы, входящие в состав Северо-Кавказского федерального округа, до 2008 года входили в состав Южного федерального округа.
Источник: данные Росстата. URL: <http://www.gks.ru>

Бессменными рекордсменами по смертности от суицидов являются Ненецкий (102,3 – в 2008 году и 43,2 – в 2017 году) и Чукотский (82,2 и 34,3) АО, Еврейская АО (56,6 и 41,7), республики Бурятия (73,3 и 39,6), Алтай (73,0 и 34,9) и Удмуртия (56,6 и 33,9), Забайкальский край (70,0 и 39,3), Амурская (56,2 и 35,7) и Курганская (50,5 и 35,8) области. Примечательно, что в подавляющем большинстве вышеперечисленные субъекты являются самыми малонаселенными в России (плотность населения в них составляет от 0,07 до 4,5 человека на кв. км), за исключением Удмуртии и Курганской области.

Несмотря на снижение уровня самоубийств за последнее десятилетие, отмечается рост данного показателя в республиках Чеченской (с 0,4 до 0,6 случаев на 100 тыс. населения), Карачаево-Черкесской (с 5,9 до 9,4) и Ингушетии (с 0 до 0,8).

В части регионов в 2008 году уровень самоубийств был ниже среднего по России, спустя 10 лет этот показатель превысил среднее значение (табл. 10). Подобная негативная динамика зафиксирована в Ямало-Ненецком АО, Воронежской, Белгородской, Тюменской, Смоленской, Ленинградской, Вологодской областях и Республике Адыгее. В ряде субъектов наблюдается, напротив, об-

Таблица 10. Смертность от суицидов в 2008 и 2017 гг. в регионах России, случаев на 100 тыс. чел. населения

Регион	2008 год	2017 год
Ямало-Ненецкий автономный округ	14,5	14,0
Воронежская область	18,3	15,6
Республика Адыгее	18,8	15,9
Белгородская область	21	15,9
Тюменская область	25,3	14,8
Смоленская область	25,9	14,6
Ленинградская область	26,1	14,3
Вологодская область	26,5	18,4
Российская Федерация	27,1	13,8
Свердловская область	29,9	11,6
Республика Татарстан	31,2	11,3
Астраханская область	32,1	0,4
Хабаровский край	40,9	0,5
Чувашская Республика	44,2	5,8
Республика Тыва	59,5	5,6

Источник: данные Росстата. URL: <http://www.gks.ru>

ратная тенденция (из регионов с уровнем самоубийств «выше среднего» они перешли в категорию «ниже среднего»). К ним относятся Свердловская и Астраханская области, республики Тыва, Чувашская и Татарстан, а также Хабаровский край.

Социологическое измерения распространения признаков тревоги, депрессии и невроза (на примере Вологодского региона)

Мы проанализировали данные официальной статистики, согласно которым отмечаются безусловно положительные тенденции в сфере психического здоровья взрослого населения (снижение заболеваемости и болезненности психическими расстройствами, расстройствами поведения, алкоголизмом и наркоманией). Это может говорить об адаптации населения после происходивших событий в «лихие 90-е», а также кризисов в 2000-х. Однако противоречивость некоторых данных требует дополнительной, более репрезентативной диагностики всех тонкостей жизни, понимания и мироощущения людей. По всей видимости, статистика не может полноценно отражать состояние психического здоровья населения, особенно из-за сильного стигматизирующего фактора. ВОЗ рекомендует правительствам всех стран внедрять механизмы мониторинга воздействия изменений в экономической и социальной политике на состояние психического здоровья населения.

В связи с этим Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Вологодский научный центр Российской академии наук» (далее – ВолНИЦ РАН) уже в течение 17 лет проводит мониторинг психологического климата и уровня распространения среди граждан Вологодской области некоторых психоэмоциональных состояний. Для начала отметим, что в сфере психического здоровья наиболее актуальны в современном обществе проблемы депрессии и возрастающей тревожности. Депрессия широко распространена во всем мире: по имеющимся оценкам, этим расстройством страдают 350 млн человек¹⁹. Депрессия как долговременная, так и эпизодическая может вносить су-

щественные помехи в повседневную жизнь, работу и учебу. Именно она чревата инвалидностью²⁰, ведет к тяжелым функциональным изменениям, а в наиболее запущенных формах – к самоубийству.

Группа тревожных расстройств считается самой распространенной среди психических расстройств, хоть и с меньшим бременем болезни (6 место по потерянным годам продуктивной жизни). Тревога является независимым фактором развития гипертонии и ишемии, ведет к смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. В России недостаточно диагностируются как депрессивные, так и тревожные расстройства. В большинстве своем люди испытывают стойкое предубеждение по отношению к психиатрам, психотерапевтам и даже психологам и не склонны обращаться к специалистам. В странах с низким и средним уровнем дохода, по данным ВОЗ, 76–85% пациентов с психическими расстройствами не получают никакого лечения. В странах с высоким уровнем дохода в таком положении находятся 35–50%²¹.

Средний уровень распространения тревожных расстройств (в т. ч. ПТСР) – 7,6%, а расстройств настроения (в т. ч. депрессии) – 5,3% (согласно исследованию, проведенному в 17 странах, участвующих во Всемирном обследовании психического здоровья [46]). Это лишь приблизительная оценка, наблюдаемые уровни распространенности широко варьируются в зависимости от контекста и метода исследования²².

Представим результаты социологических опросов населения по поводу выявления признаков тревоги, депрессии и невроза среди жителей Вологодского региона. Отметим, что высококачественные исследования (с использованием диагностических методов, случайных выборок, а также выборок большого размера), как правило, демонстри-

¹⁹ Групповая интерперсональная терапия (ИПТ) при депрессии. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2018. 110 с.

²⁰ Психические расстройства: информ. бюл. ВОЗ от 9 апреля 2018 года. URL: <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail> (дата обращения 25.11.2018).

²¹ Там же.

²² Assessing mental health and psychosocial needs and resources. Toolkit for humanitarian settings. Geneva: World Health Organization, 2012. 84 p.

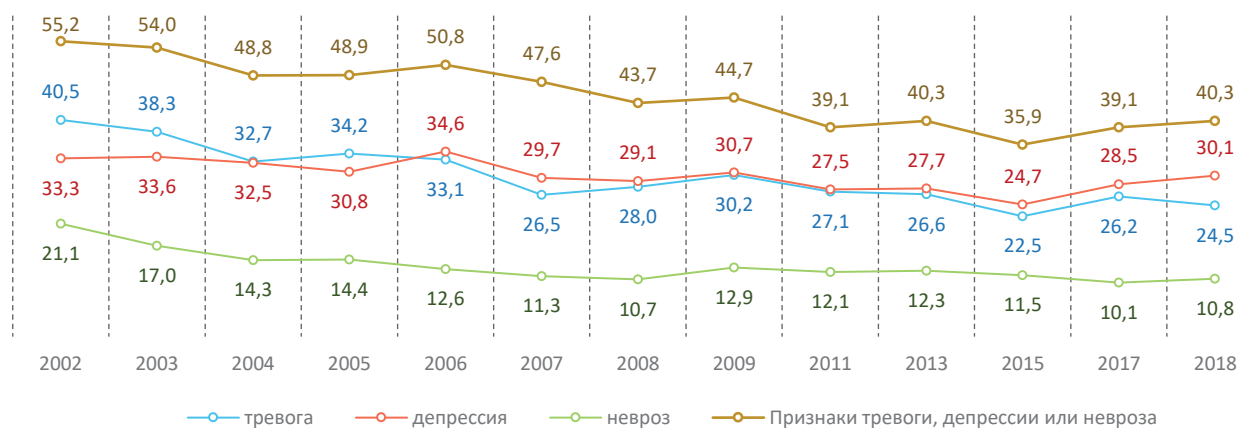


Рис. 4. Доля жителей Вологодской области, проявляющих симптомы тревоги, депрессии, невроза, % от числа опрошенных

Источник: данные социологических опросов населения Вологодской области ФГБУН ВолНЦ РАН, 2002–2018 гг.

руют более низкие уровни распространенности психических расстройств [46]. Считаем, что мониторинг, проводимый ВолНЦ РАН²³, соответствует вышеприведенным критериям высококачественного исследования.

Несмотря на положительные тенденции, демонстрирующие, что за годы исследований (с 2002 года) распространенность среди населения симптомов тревоги и депрессии сократилась на 20%, а невроза – в два раза (рис. 4), факт наличия у 40% жителей области признаков данных пограничных психоэмоциональных состояний вызывает беспокойство. Причем с 2015 года распространение депрессии среди населения расширяется и находится в 2018 году на уровне посткризисного 2009 года.

Стоит отметить, что достаточно высокий уровень распространения тревоги, депрессии и невроза отмечается во всех, в т. ч. и в благополучных, социально-демографических группах (в 2017 году 28% – среди молодежи, каждый третий – среди людей с высшим и незаконченным высшим обра-

зованием, среди «богатых и среднеобеспеченных» и среди городских жителей).

Разумеется, эти показатели несколько выше среди социально уязвимых категорий: пожилых (50%), малограмотных (46%) и малообеспеченных (57%), сельских жителей (50%). Поэтому они составляют группу риска и требуют повышенного внимания, профилактической и диагностической работы в сфере охраны их психического здоровья.

Стоит обратить внимание на то, что Вологодская область по статистическим показателям в сфере психического здоровья является достаточно благополучным регионом. Заболеваемость и болезненность психическими расстройствами и расстройствами поведения ниже, чем в целом по России, однако снижение этих показателей идет меньшими темпами. Негативным моментом является уровень смертности от самоубийств, который выше среднего по стране. Поэтому становится понятным столь широкое распространение в Вологодском регионе признаков тревоги, депрессии и невроза.

²³ Мониторинг общественного психического здоровья проводится ВолНЦ РАН с 2002 года с периодичностью один раз в год, с 2009 года – один раз в два года. Для определения симптомов тревоги, депрессии, невроза и степени их проявления используются методика экспресс-диагностики невроза К. Хека и Х. Хесса и госпитальная шкала тревоги и депрессии. Опрашивается 1500 респондентов старше 18 лет в городах Вологде и Череповце, в Бабаевском, Великоустюгском, Вожегодском, Грязовецком, Кирилловском, Никольском, Тарногском, Шекснинском районах. Репрезентативность выборки обеспечивается 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. Метод опроса – анкетирование по месту жительства респондентов.

Возможно, часть опрошенных нами лиц, имеющих симптомы пограничных психоэмоциональных расстройств, и относится к пациентам специализированных клиник. Но с учетом несоответствия масштабов распространения признаков тревоги, депрессии и невроза, зафиксированных посредством социологических опросов (40% жителей региона), и постоянно снижающихся официальных статистических данных о заболеваемости и болезненности психическими расстройствами (7000 человек, т. е. 0,6% населения области) их доля ничтожно мала. И скорее всего они никогда в своей жизни не имели дел со специалистами соответствующего медицинского профиля, однако, по всей видимости, являются пациентами соматической сети, увеличивая нагрузку на врачей общей практики: терапевтов, неврологов, кардиологов, гастроэнтерологов и др. Согласно докладом ВОЗ, до 40% пациентов соматической медицины не нуждаются ни в какой медицинской помощи, кроме психотерапии [8]. Следовательно они не получают квалифицированной помощи, им предоставляется ненужное (иногда даже вредное) медикаментозное лечение у врачей общего профиля, которые зачастую не обладают навыками распознавания и лечения психосоматических расстройств.

В нашей стране существует дисбаланс в отношении соматической медицины и специалистов в сфере психического здоровья. Системы раннего (или активного) выявления предрасположенности к психопатологии у нас нет [8, с. 11]. Депрессия, в свою очередь, представляет собой широко распространенное, рецидивирующее и обладающее значительным негативным воздействием расстройство, поэтому крайне важно повысить уровень информированности о ней и обеспечить методы ее предупреждения и эффективного лечения²⁴. Раннее выявление и адекватное лечение психических расстройств (особенно депрессии) становится главным направлением в политике

²⁴ Групповая интерперсональная терапия (ИПТ) при депрессии. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2018. 110 с.

предотвращения самоубийств. Увеличение объемов применения антидепрессантов нового поколения и, соответственно, числа пациентов, получающих такое лечение [28], привело к снижению числа суицидов в 27 странах [47]. Трудно оспаривать актуальность и значимость инициативы сотрудничества врачей разных специальностей, а также добровольцев [48] в лечении и профилактике психических расстройств и самоубийств. Обучение врачей общей практики навыкам ранней диагностики депрессии и ее лечения способствует снижению уровня распространенности суицидов на 20% [49].

По данным исследования, проведенного в 2016 году под руководством ВОЗ, каждый доллар, инвестированный в лечение депрессии и тревожных расстройств, оборачивается 4 долларами в виде улучшенного здоровья и способности работать [50].

К сожалению, в большинстве стран мира психическому здоровью и психическим расстройствам не уделяется такого же серьезного внимания, как и вопросам физического здоровья.

Как справедливо заметил Президент Группы Всемирного банка Джим Ен Ким «Несмотря на то, что сотни миллионов людей во всем мире страдают от психических расстройств, психическое здоровье остается в тени». По его мнению, «это не просто проблема общественного здравоохранения – экономика просто не может себе позволить снижения производительности труда»²⁵. Поэтому укрепление психического здоровья должно стать глобальным гуманитарным приоритетом и приоритетом в области развития каждой страны.

Заключение

Таким образом, автором статьи проанализированы многочисленные литературные отечественные и зарубежные источники

²⁵ Инвестиции в лечение депрессии и тревожных расстройств окупаются в четырехкратном размере: выпуск новостей ВОЗ. Вашингтон, округ Колумбия, США. 2016. 13 апреля. URL: <http://www.who.int/ru/news-room/detail/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return> (дата обращения 29.11.2018).

ки, российские и региональные показатели смертности от самоубийств, заболеваемости и болезненности психическими расстройствами и расстройствами поведения, инвалидности среди всего населения, а также детей и подростков. В результате исследования можно сделать следующие выводы.

1. Проблема охраны психического здоровья актуальна в силу значительных экономических потерь (прямых, косвенных), вызванных в первую очередь распространением депрессии (влекущей инвалидность) и преждевременной смертности вследствие самоубийств. Глобальное бремя от душевных расстройств, по данным различных исследований, составляет от 2,5 до 7,5% ВВП страны.

2. Анализ статистики позволил выявить следующие положительные тенденции в сфере психического здоровья населения за последние 25 лет. Заболеваемость душевными расстройствами сократилась в 2,2 раза, болезненность – на треть. Численность взрослых россиян, впервые признанных инвалидами вследствие душевных заболеваний, сократилась на четверть. Растет число обратившихся за лечебно-консультативной помощью в связи с психическим заболеванием и численность тех, кому оказывается данная помощь (в 2 раза, а детей – почти в три раза). Уровень самоубийств снизился с 1995 года в три раза, за последние 10 лет – вдвое (в 2017 году данный показатель составил 13,8 случая на 100 тыс. чел. населения).

3. Однако отмечаются некоторые тревожные тенденции в области психического здоровья населения. Так, выявлен устойчивый рост заболеваемости детей до 14 лет психозами и состояниями слабоумия (на треть), а болезненности – на 40%. Число детей, состоящих на учете в связи с шизофренией, остается выше, чем 20 лет назад, на четверть. Растет численность подростков 15–17 лет, больных шизофренией (с 1995 года на 50%). По сравнению с 2000 годом увеличилась и численность подростков, состоящих на учете в связи с психозами и состояниями слабоумия. Наблюдается рост численности детей-инвалидов по причине психических расстройств и расстройств поведения (на треть с 2000

года), а также их доли (25%) среди причин инвалидности у детей. Отмечается рост суицидальной активности в регионах с традиционно низким (стремящимся к нулю) уровнем самоубийств (республиках Ингушетии, Чеченской и Карачаево-Черкесской). Ямало-Ненецкий АО, Воронежская, Белгородская, Тюменская, Смоленская, Ленинградская, Вологодская области и Республика Адыгея являются теми субъектами, в которых в 2008 году отмечался уровень самоубийств ниже среднего по России, спустя 10 лет превысивший среднее значение.

4. Данные медицинской статистики не отражают в полной мере состояние душевного здоровья населения. В основном это вызвано проблемой стигматизации. Данное положение доказано на примере социологического исследования, проведенного в Вологодском регионе, достаточно благополучном в плане психического здоровья по данным официальной статистики. Опрос продемонстрировал, что около 40% населения области имеет признаки тревоги, депрессии и невроза, доля за годы исследования не опускалась ниже отметки 36%. По-видимому, в связи с этим в регионе наблюдается уровень суицидов выше среднероссийского. Таким образом, для объективного отражения действительности требуются разработка и проведение мониторинга общественного психического здоровья.

Ограничения и перспективы исследования

Отметим, что автором представлена лишь часть результатов. Для отражения истинного положения дел в дальнейшем мы планируем более глубокий анализ данных кадровой психиатрической службы, уровня преступности и девиантного поведения, данных о суицидальных попытках среди всего населения, а также среди душевнобольных, более подробное изучение медицинских карт лиц, состоящих на учете в ЛПУ, и многое другое.

Мониторинг психологического климата в Вологодском регионе, проводимый ВолНЦ РАН, также включает более широкий спектр тем и показателей (социальное настроение,

уровень фрустрации, уровень удовлетворенности жизнью, ценностно-нравственные показатели и многое другое). Некоторые результаты уже представлены ранее [51–55], публикация иных еще планируется в ближайшем будущем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ginn S., Horder J. «One in four» with a mental health problem: the anatomy of a statistic. *British Medical Journal*, 2012, vol. 344, p. 1302.
2. Steel Z., Marnane C., Iranpour C. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*, 2014, vol. 43, pp. 476–493.
3. Lozano R., Naghavi M., Foreman K. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 2012, vol. 380 (9859), pp. 2095–2128.
4. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 2015, vol. 386, pp. 743–800.
5. Atun R. Transitioning health systems for multimorbidity. *Lancet*, 2015, vol. 386, pp. 721–722.
6. Bloom D. 7 billion and counting. *Science*, 2011, vol. 333, pp. 562–569.
7. Крот К.В., Мешалкина С.Ю., Слободенюк Е.В. Социально-экономическая значимость психических расстройств: региональные аспекты // *Дальневост. мед. журн.* 2016. № 1. С. 91–96.
8. Решетников М.М. Психическое здоровье населения – современные тенденции и старые проблемы // *Нац. психолог. журн.* 2015. № 1 (17). С. 9–15.
9. Андреев И.Л., Назарова Л.Н. Психическое здоровье населения России: что день грядущий нам готовит? // *Психическое здоровье.* 2013. № 9. С. 75–83.
10. Desjarlais R. *World mental health: problems and priorities in low income countries.* New York: Oxford University Press Inc., 1995. 383 p.
11. Коблова А.А., Кром И.Л., Новичкова И.Ю. Социальные риски психического здоровья: медико-социологическая интерпретация // *Современные проблемы науки и образования.* 2012. № 6. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=7635> (дата обращения 23.11.2018).
12. Румянцева Г.М., Чинкина О.В., Левина Т.М. Психосоматические аспекты развития психических нарушений у ликвидаторов аварии на ЧАЭС // *Психиатрия и психофармакология.* 2002. № 1. С. 7–9.
13. Байда С.Е. Геофизическое оружие – новая угроза миру // *Глобальные тенденции развития мира: мат-лы Всерос. науч. конф., 14 июня 2011 г. / ИНИОН РАН (г. Москва).* М.: Научный эксперт, 2012. С. 394–407.
14. Cohen J. The GBO Study: a useful projection of future global health. *Journal of Public Health Medicine*, 2000, vol. 2, no. 4, pp. 518–524.
15. Eaton W.W., Martins S.S., Nestadt G., Bienvenu O., Clarke D., Alexandre P. The Burden of Mental Disorders. *Epidemiology Reviews*, 2008, no. 30, pp. 1–14.
16. Kessler R.C., Aguilar-Gasiola S. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2009, vol. 18, no. 1, pp. 23–33.

17. Vigo D., Thornicroft G., Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry*, 2016, vol. 3, pp. 171–178.
18. The WHO World Mental Health Survey Consortium Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *The Journal of the American Medical Association*, 2004, no. 291, pp. 2581–2589.
19. Lopez A., Murray C. The global burden of disease, 1990–2020. *Nature Medicine*, 1998, vol. 4, pp. 1241–1243.
20. Hilton M.F., Scuffham P.A., Vecchio N., Whiteford H.A. Using the interaction of mental health symptoms and treatment status to estimate lost employee productivity. *The Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 2010, no. 44 (2), pp. 151–161.
21. Dasapriya E., Iwase N. Stigma of mental illness in Japan. *Lancet Psychiatry*, 2002, no. 359, pp. 1886.
22. Kawakami N., Shimizu A. Hetal Lifetime and 6-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in an urban community in Japan. *Psychiatry Reseach*, 2004, no. 121, pp. 293–301.
23. Kawakami N., Takeshima T. Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002–2003. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2005, no. 59, pp. 441–452.
24. Andin-Sobockil P., Jonsson B., Wittchen H.-U., Olesen J. Costs of Disorders of the Brain in Europe. *The European Journal of Neurology*, 2005, no.12 (1), pp. 1–27.
25. Greenberg P.E., Kessler R.C., Birnbaum H.G. The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? *The Journal of clinical psychiatry*, 2003, no. 64, pp. 1465–1475.
26. Васькова Л.Б., Мусина Н.З. Методы и методики фармакоэкономических исследований. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 112 с.
27. Гурович И.Я., Любов Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. М.: Медпрактика, 2003. 264 с.
28. Гурович И.Я., Любов Е.Б. Бремя депрессивных расстройств в отечественных психиатрических службах // Журнал неврологии и психиатрии. 2010. № 3. С. 77–82.
29. Куликов А.Ю., Дедюрина Ю.М. Анализ стоимости болезни лечения пациентов, страдающих депрессивными расстройствами в условиях здравоохранения РФ // Фармакоэкономика. 2011. Т. 4. № 1. С. 24–33.
30. Экономическая оценка последствий психических заболеваний: метод. рек. для врачей и организаторов здравоохранения / В.С. Ястребов [и др.]. М.: МАКС Пресс, 2009. 32 с.
31. Экономическая оценка масштаба вложений и потерь вследствие психических заболеваний / В.С. Ястребов [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. № 4. С. 21–28.
32. Шматова Ю.Е., Фалалеева О.И., Гулин К.А. Общественное психическое здоровье: тенденции и проблемы. Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2006. 186 с.
33. Murray C.L., Lopez A.D. Progress and directions in refining the global burden of disease approach: a response to Williams. *Health Economics*, 2000, vol. 9, pp. 69–82.
34. Platt S. Unemployment and suicidal behavior: a review of the literature. *Social Science & Medicine*, 1984, vol. 19 (2), pp. 93–115.
35. Gunnell D. Suicide and unemployment in yang people. Analysis of trends in England and Wales, 1921–1995. *British Journal of Psychiatry*, 1999, vol. 175, pp. 263–270.

36. Kposowa A.J. Unemployment and suicide: a cohort analysis of social factors predicting suicide in the US National Longitudinal Mortality Study. *Psychological Medicine*, 2001, vol. 31 (1), pp. 127–138.
37. Интернет-зависимость – болезнь нового поколения / Ю.В. Калинина [и др.] // Гаудеамус. 2012. № 2 (20). С. 129–132.
38. Егоров А.Ю., Кузнецова Н., Петрова Е. Особенности личности подростков с интернет-зависимостью // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2005. Т. 5. № 2. С. 20–27.
39. Ярушкин Н.Н., Сатонина Н.Н. Информационный экстремизм в интернете как средство манипулирования сознанием // Самар. науч. вестн. 2014. № 2 (7). С. 140–144.
40. Лукина Н.А. К вопросу о значимости интернет-общения в юношеском возрасте // Вестн. Самар. гос. техн. ун-та. Сер. «Психолого-педагогические науки». 2012. № 1. С. 103–108.
41. Серебrenикова Ю.В. Влияние компьютерных игр на агрессивность у подростков 14–15 лет // Вектор науки Тольят. гос. ун-та. Сер. «Педагогика, психология». 2014. № 1 (16). С. 192–196.
42. Григорьева О.В., Ванюхина Н.В. Психоэмоциональная сфера подростков с зависимостью от интернета // Азимут научных исследований: педагогика и психология. 2014. № 3. С. 32–35.
43. Мартынихин И. Снижение заболеваемости психическими расстройствами в России: истинная тенденция или артефакт? URL: <https://psychiatr.ru/news/525> (дата обращения 30.11.2018).
44. Шматова Ю.Е., Морев М.В., Любов Е.Б. Экономическое бремя социально-значимых болезней и девиантного поведения населения Вологодской области // Суицидология. 2014. Т. 5. № 3 (16). С. 59–64.
45. Морев М.В., Шматова Ю.Е., Любов Е.Б. Динамика суицидальной смертности населения России: региональный аспект // Суицидология. 2014. Т. 5. № 1 (14). С. 3–11.
46. Steel Z. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 2009, vol. 302 (5), pp. 537–549.
47. Ludwig J., Marcotte D.E. Anti-depressants, suicide, and drug regulation. *Journal of Policy Analysis and Management*, 2005, vol. 24, pp. 249–272.
48. Любов Е.Б. Комментарий. Предупреждение суицидов: информированный оптимизм // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23. № 1. С. 49.
49. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина, 2011. 432 с.
50. Chisholm D., et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry*, 2016, vol. 3, no. 5, pp. 415–424.
51. Шабuнова А.А. Общественное развитие и демографические вызовы современности // Проблемы развития территории. 2014. № 2 (70). С. 7–17.
52. Шматова Ю.Е., Морев М.В. Измерение уровня счастья: литературный обзор российских и зарубежных исследований // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2015. № 3 (39). С. 141–162.
53. Проблемы социальной консолидации: инвалиды в региональном сообществе: монография / колл. авт. под рук. А.А. Шабuновой. Вологда: ИСЭРТ РАН, 2014. 134 с.

54. Морев М.В., Смолева Е.О. Возможности социологического инструментария в диагностировании латентных тенденций общественного психического здоровья (на примере Вологодской области) // Журнал социологии и социальной антропологии. 2018. Т. 21. № 3. С. 26–45.
55. Морев М.В., Шматова Ю.Е. К актуальности вопроса о роли доверия в формировании социального здоровья российского общества // Проблемы развития территории. 2018. № 6 (98). С. 88–106.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Шматова Юлия Евгеньевна – кандидат экономических наук, научный сотрудник отдела исследования уровня и образа жизни. Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Вологодский научный центр Российской академии наук». Россия, 160014, г. Вологда, ул. Горького, д. 56а. E-mail: ueshmatova@mail.ru. Тел.: +7(8172) 59-78-02.

Shmatova Yu.E.

DYNAMICS OF STATISTICAL AND SOCIOLOGICAL INDICATORS OF MENTAL HEALTH OF THE RUSSIAN POPULATION

In connection with the significant burden of mental disorders it is important to determining the extent of their spread. The study aim is to identify and correlate key epidemiological indicators of mental health with data obtained in the sociological survey of the level of distribution of some borderline psycho-emotional disorders in the region. The author's research is based on the following methods and tools: theoretical analysis of literary sources; study, comparative analysis and generalization of information; system analysis; statistical methods; monitoring, sociological survey, and questionnaire survey. The paper presents a generalized analysis of foreign and domestic research in the field of assessing the economic burden of mental disorders and suicides. It discloses key trends of suicidal activity, morbidity and prevalence rate of mental disorders, and disability due to these diseases among adults and children in modern Russia. Evaluation of statistical data is supplemented by results of the sociological monitoring conducted by the Federal State Budgetary Institution of Science "Vologda Research Center of the Russian Academy of Sciences" since 2002, devoted to the spread of signs of anxiety, depression and neurotic disorders in the Vologda Oblast. The conclusion is made about the discrepancy between statistical and sociological data on the extent of mental disorders. It is necessary to develop an integrated interdisciplinary approach to the early detection, diagnosis and treatment of anxiety and depression and suicidal ideation, especially among patients of the general somatic network. Special attention should be given to working with parasuicides. The study results can be used by regional executive authorities as a scientific basis for elaboration and implementation of programs to strengthen and protect population's mental health in order to preserve labor potential of the region, improve quality of life of the mentally ill and their families and, as a consequence, minimize economic damage to society.

Mental health, burden of mental disorders, morbidity of mental disorders, prevalence rate of mental disorders, the disabled, suicides, suicide attempts, depression.

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Shmatova Yuliya Evgen'evna – Ph.D. in Economics, Research Associate of the Department for the Studies of Living Standards and Lifestyle. Federal State Budgetary Institution of Science “Vologda Research Center of the Russian Academy of Sciences”. 56A, Gorky Street, Vologda, 160014, Russian Federation. E-mail: ueshmatova@mail.ru. Phone: +7 (8172) 59-78-02.