

Меры по устранению негативного влияния экономического кризиса на психическое здоровье

Kristian Wahlbeck¹, David McDaid²

¹ Finnish Association for Mental Health, Maistraatiportti 4 A, FI-00240 Helsinki, Finland (Финляндия)

² LSE Health and Social Care and European Observatory on Health Systems and Policies, London School of Economics and Political Science, London, UK (Великобритания)

Перевод: Алфимов П.В. (Москва)

Ожидается, что глобальный экономический кризис негативно повлияет на психическое здоровье населения в затронутых им странах. В первую очередь речь идет о повышении частоты суицидов и смертей, связанных с алкоголем. В странах с хорошо развитой сетью социального обеспечения влияние экономической рецессии на психическое здоровье может оказаться менее очевидным. Научные данные показывают, что неблагоприятные последствия экономического кризиса можно облегчить, разработав и внедрив ряд профилактических мер. Настоящая статья посвящена мерам по укреплению и защите психического здоровья граждан во время экономической рецессии. Основной посыл авторов заключается в том, что высокий уровень психического здоровья не может быть обеспечен силами одной лишь системы здравоохранения. Факторы, определяющие психическое здоровье нации, зачастую лежат за пределами полномочий системы здравоохранения, и для его укрепления требуются усилия всех слоев общества. Доступная и гибкая помощь, оказываемая в первичной медицинской сети, является хорошей поддержкой для лиц в группе риска и профилактикой неблагоприятных событий в сфере психического здоровья. Любые меры экономии, вводимые в отношении психиатрической службы, должны быть направлены на ее модернизацию. Программы трудоустройства и социального обеспечения также могут служить профилактикой проблем с психическим здоровьем во время экономического кризиса. Не менее важной является поддержка семьи. Ограничение доступности алкоголя (в том числе ценовое) может сократить вред от злоупотребления и спасти жизни. Другой важной мерой может служить облегчение долгового бремени. Текущий экономический кризис может неблагоприятно повлиять на психическое здоровье общества, привести к увеличению частоты суицидов и расстройств, связанных с употреблением алкоголя. Тем не менее, этот кризис представляет собой возможность для модернизации психиатрической службы и внедрения программ, направленных на укрепление психического здоровья.

Ключевые слова: психическое здоровье, экономический кризис, профилактика самоубийств, социальная политика

(World Psychiatry 2012;11:139-145)

Финансовые потрясения 2007 года во многих странах привели к развитию полномасштабного экономического кризиса. Этот кризис оказал неблагоприятное воздействие на здоровье населения, в том числе на его психическое благополучие. Нам лишь предстоит оценить влияние кризиса, однако, уже сейчас опубликовано несколько отчетов об ухудшении психического здоровья населения. Например, отмечается увеличение числа попыток самоубийства и завершенных суицидов после начала экономического спада в Греции (1), Ирландии (2) и Англии (3). Тем не менее, ситуация не настолько удручающая. В недавней публикации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) подчеркивается, что неблагоприятной связи между экономическим кризисом и ухудшением психического здоровья населения можно избежать (4).

Общества могут быть более или менее устойчивы к стрессовым факторам, в том числе к экономическим спадам (рецессиям) и кризисам. Последние могут дестабилизировать государственные бюджеты, что приводит к неблагоприятным последствиям в сферах образования, социального обеспечения и здравоохранения. Определенные политические меры могут повлиять на то, как экономическая рецессия затрагивает психическое здоровье населения. Неразумные меры экономии в государственном секторе, касающиеся детей, подростков и семейной политики, могут приводить к длительным и дорогостоящим последствиям в сфере психического и соматического здоровья нации, что, в свою очередь, становится препятствием для экономического восстановления. Меры, направленные на укрепление сетей социальной поддержки и безопасности, могут усилить устойчивость нации к экономиче-

ским проблемам и нивелировать их неблагоприятные последствия на психическое здоровье, связанные со страхом безработицы, потерей социального статуса и др. (5).

Психическое здоровье населения зависит от множества социально-экономических и средовых факторов (6). Высокая распространенность психических расстройств и суицидов коррелирует с бедностью, низким уровнем образования, финансовыми трудностями, «фрагментацией» социума и безработицей (7-9). Экономическая рецессия приводит к увеличению имущественного неравенства, что, в свою очередь, увеличивает риск проблем с психическим здоровьем (10).

По мере того, как люди движутся вниз по социально-экономической лестнице (теряют доход, работу и т. д.), у них увеличивается риск проблем со здоровьем (11). Экономический кризис приводит к увеличению числа семей с большими задолженностями, росту частоты изъятия недвижимости и выселения. Защитные факторы ослабляются, а факторы риска усиливаются.

Риски в сфере психического здоровья во время экономического кризиса

Во многих исследованиях показано, что во время экономических изменений появляются дополнительные риски в сфере психического здоровья. Мы знаем, что люди, которые столкнулись с безработицей и нищетой, имеют значительно больший риск проблем с психическим здоровьем (депрессия, злоупотребление алкоголем, суицид и др.) по сравнению с более благополучными гражданами (12, 13). В период экономической нестабильности мужчины подвержены наибольшему риску проблем с психическим здоровьем (14),

завершенного суицида (15) и злоупотребления алкоголем (16).

Это доказывает, что долги, финансовые трудности и проблемы с жилищными выплатами имеют связь с психическими расстройствами (17-19). Чем больше долгов у человека, тем выше риск развития у него распространенных психических расстройств (20, 21).

Увеличение числа безработных на национальном и региональном уровнях имеет связь с увеличением частоты суицидов (3, 5, 22). Наибольший риск проблем со здоровьем после потери работы наблюдается среди малообразованной части населения (23). Совокупный анализ имеющихся данных показал необходимость профилактического вмешательства в группах лиц, которые потеряли работу (давно или недавно), особенно лиц, с низким уровнем образования (23).

Во время экономического кризиса растет социальное неравенство (24). Бедные люди, а также те, кто стал бедными в результате потери дохода или жилья, в наибольшей степени страдают от экономического кризиса (23). Кризис увеличивает вероятность социальной маргинализации уязвимых групп населения, бедных лиц и лиц, живущих в пределах черты бедности (25). Уязвимые группы включают детей, молодых людей, семьи с одним родителем, безработных, этнические меньшинства, мигрантов и пожилых людей. Исследование, проведенное в Южной Корее, указывает на связь между возрастающим социальным неравенством и частотой суицидов и депрессии в течение 10 лет после начала экономического кризиса. Это является дополнительным аргументом в пользу целевого инвестирования в программы социальной поддержки (26).

Экономический кризис и благополучие семей

Институт семьи также страдает от экономического кризиса. Бедные семьи особенно страдают от урезания бюджетов здравоохранения и образования. Напряженная обстановка в семье может привести к насилию и отсутствию родительской заботы. Детям иногда приходится самим оказывать помощь и поддержку другим членам семьи.

Основы хорошего психического здоровья закладываются во время беременности, в младенческом и детском возрасте (27). Важными факторами в становлении психически здоровой личности являются воспитание, подготовительные программы, возможности социального и эмоционального научения в дошкольных учреждениях и школах (28). Урезание бюджета системы образования может неблагоприятно сказаться на психологическом благополучии подрастающих граждан.

Экономические трудности влияют на психическое здоровье родителей и обстановку в семье, что, в свою очередь, оказывает влияние на психическое здоровье детей и подростков (29, 30). Нищета в детстве может привести к задержке физического развития, когнитивному и эмоциональному дефициту и иметь долгосрочные последствия на здоровье и благополучие человека во взрослой жизни (31). Финляндия переживала серьезный экономический кризис в начале 1990-х годов. В популяционном проспективном исследовании получены печальные результаты: к 21 году один из четырех детей, рожденных в 1987, совершил преступление, а один из пяти детей — получал психиатрическую помощь (32).

Вред, связанный с употреблением алкоголя

Во многих странах употребление алкоголя негативно сказывается на психическом здоровье населения. Например, в Восточной Европе, уровень потребления алкоголя играет важную роль в частоте суицидов, особенно среди мужчин (33).

В России социальные перемены, имевшие место после распада Советского Союза в 1991 г., а также после

падения курса рубля в 1998 г., коррелировали с увеличением числа смертей, связанных с алкоголем (34). В Европейском Союзе рост безработицы привел к 28% росту смертности, связанной с употреблением алкоголя (5).

Распространенность компульсивного пьянства и уровень «алкогольной смертности» увеличиваются во многих странах, страдающих от экономических проблем (35, 36). Эти факты требуют от национальных правительств новых мер по контролю оборота алкогольных напитков.

Риски для психического здоровья можно смягчить

В странах, имеющих мощные сети социальной поддержки, влияние экономического кризиса на психическое здоровье населения заметно в меньшей степени (37). Данные по Европе показывают, что наличие хорошо финансируемой системы социальной защиты «сглаживает» социальное неравенство и неблагоприятное влияние экономического кризиса на здоровье населения (5). К примеру, в Финляндии и Швеции в течение периода экономического спада и роста безработицы частота суицидов и неравенство в состоянии здоровья между различными группами населения оставались на прежнем уровне. Возможно, это было связано с хорошо налаженной работой социальных служб, которые служили «буфером», защищающим уязвимые группы населения от вредных факторов (38-40). Эти результаты соотносятся с данными по США, в которых увеличение числа суицидов коррелировало с сокращением государственных затрат на соцобеспечение (41).

Реформы, направленные на укрепление служб социальной поддержки, и налоговые меры, уменьшающие социальное неравенство, могут благоприятно повлиять на психическое здоровье общества. Сравнительный анализ приведенных выше данных показывает, что социальная защита играет важную роль в сохранении психического здоровья во время экономического кризиса, а высокий уровень социального неравенства, наоборот, связан с низкими показателями психического здоровья.

Комплексный характер проблем в сфере психического здоровья во время экономического кризиса, требует мер, направленных сразу на несколько факторов. Среди мер, направленных на укрепление психического здоровья, можно выделить следующие: программы социального обеспечения, программы психиатрической помощи в первичной медицинской сети, программы на рынке труда, семейная политика и меры по поддержке родителей, меры по контролю оборота алкоголя, усиление «социального капитала», облегчение долгового бремени населения. Экономическая целесообразность упомянутых мер становится все более очевидной.

Ускорение реформ в сфере психического здоровья

Международное финансовое сообщество оказывает давление на многие страны, принуждая их к урезанию затрат и ограничению кредитования. Это неизбежно приводит к сокращению бюджетов в сферах здравоохранения и социального обеспечения. Государственные затраты на здравоохранение сокращаются и привязываются к фактической стоимости услуг. Данные ОЭСР (Организация экономического сотрудничества и развития) показывают, что общие затраты на здравоохранение росли приблизительно на 5 % каждый год в период с 2000 по 2009 гт., а в 2010 г. не наблюдалось никакого роста (42). Значительное сокращение бюджета здравоохранения недавно наблюдалось в Греции (43). Психиатрическая служба в наибольшей степени подвержена финансовому давлению. В отличие от всех остальных «соматических» медицинских служб психиатрическая служба не имеет поддержки в сообществе (44).

Чтобы уменьшить число жертв экономического кризиса, необходимо усилить способность системы здравоохранения реагировать на социальные изменения в населении (уровень безработицы, дохода и т. д.). Для того чтобы справиться с новыми трудностями, недостаточно просто увеличить финансирование — нужна реструктуризация психиатрической помощи. Хорошо развитая система психиатрической помощи с опорой на сообщество связана с меньшей частотой суицидов (45, 46). Интегративный подход с упором на первичное медицинское звено улучшает доступ населения к психиатрической помощи и направляет внимание специалистов на профилактику и раннее обнаружение психических расстройств. Создание всеобъемлющей и доступной сети психиатрической помощи подразумевает внедрение в сообщество элементов, направленных на укрепление психического здоровья. Одним из существенных барьеров в оказании помощи является стигматизация психиатрии (47).

В виду финансовых трудностей правительствам неизбежно приходится пересматривать программы здравоохранения. Во многих странах затраты на психиатрическую службу по-прежнему сконцентрированы в психиатрических стационарах. Текущий финансовый кризис может подтолкнуть чиновников к решению фундаментальной проблемы психиатрии — переносу основного звена оказания помощи из стационаров в сообщество. Таким образом можно не только повысить эффективность психиатрической помощи, но и модернизировать ее в соответствии с последними тенденциями. Тем не менее, для внедрения высококачественной системы помощи в сообществе и оптимального использования существующих ресурсов, требуется значительное финансирование. Одной из важных проблем является необходимость одновременно финансировать стационарные и амбулаторные службы в переходном периоде (48). Привязка финансирования к системам аккредитации и оценки производительности служб помощи может изменить ведущую роль стационаров (49).

Охват населения психиатрической помощью являются крайне важным фактором, который может сократить негативные последствия экономического кризиса и уменьшить социальное неравенство (50). Текущий экономический кризис может явиться дополнительным стимулом к пересмотру существующей системы психиатрической помощи и разработке новой системы, доступной всем и каждому.

Активная поддержка рынка труда

Активные программы на рынке труда могут смягчить негативные последствия экономического кризиса на психическое здоровье. Эти программы направлены на улучшение перспектив получения работы, приносящей доход. Они включают государственные службы занятости, подготовку кадров для рынка труда, специальные программы для молодых людей переходного возраста, а также программы занятости для людей с ограниченными возможностями.

В странах ЕС каждые дополнительные 100 долл. США (на душу населения), потраченные на программы в сфере трудоустройства, на 0,4 % снижали влияние безработицы на рост частоты суицидов, который составил 1 % (5).

Такие программы могут включать групповую психологическую поддержку нетрудоустроенных лиц, которая благоприятно сказывается на частоте повторного трудоустройства (51, 52). Анализ подобного психологического вмешательства показал, что оно экономит средства для всех участников сощобеспечения, в том числе работодателей (за счет увеличения частоты трудоустройства, более высоких заработков и менее частой смены мест работы) (53).

Учитывая неблагоприятное влияние безработицы на психическое и физическое здоровье, есть смысл внедрить такое психологическое вмешательство в стандартный компенсационный пакет при увольнении.

Не менее полезными являются специальные программы для молодых людей, заканчивающих школу и ищущих работу, а также для молодых людей, потерявших место работы. Наиболее полезным с точки зрения психического здоровья представляется обучение техническим профессиям в обычных условиях образовательных учреждений (54).

Семейная политика и поддержка родителей

Программы по поддержке семей включают компенсацию затрат, связанных с воспитанием детей, а также отпуска по уходу за ребенком.

В странах ЕС каждые 100 долл. США (на душу населения), потраченные на программы поддержки семей, на 0,2 % снижали влияние безработицы на частоту суицидов (5). Получено множество данных, свидетельствующих о том, что инвестирование в семейное благополучие может являться фактором укрепления психического здоровья, при этом долгосрочная экономическая целесообразность таких мер значительно перевешивает краткосрочные затраты (55).

Контроль доступности и цен алкогольных напитков

Наиболее эффективные и экономически целесообразные меры включают ограничение доступности алкогольной продукции и увеличение минимальной цены на нее (56). Безусловно, такие меры непопулярны и сложно применимы, однако, их внедрение значительно уменьшает уровень потребления алкоголя среди населения и частоту различных неблагоприятных последствий (57). Меры по контролю оборота алкоголя (в частности, увеличение минимальной цены), снижают смертность от расстройств, связанных с алкоголем.

Меры по государственному регулированию оборота алкоголя должны сопровождаться оказанием медицинских услуг. Например, короткое психотерапевтическое вмешательство в первичной медицинской сети имеет положительный эффект у пациентов с алкогольной зависимостью.

Программы, направленные на облегчение долгового бремени

Необходимо предотвращать крупные задолженности у отдельных граждан. Важно обеспечить должникам условия, в которых они смогут своевременно выплачивать долги и будут иметь возможность вернуться к достойной и экономически активной жизни. Эти принципы были признаны важными факторами государственной политики по укреплению психического здоровья населения (58). Внедрение соответствующих мер уменьшает уровень дистресса и имеет дополнительные социально-экономические преимущества (59). В Швеции граждане с большой задолженностью, которые получали помощь государства, обнаружили более высокий уровень психического здоровья по сравнению с теми, кто остался без поддержки (59). В контролируемом исследовании доступа к службам регулирования долгов в Англии и Уэльсе показано, что лица, имеющие доступ к таким службам, лучше справляются с тревогой, имеют более высокий уровень общего здоровья и оптимизма (60). Обращение в консультационные службы по поводу долгов также имело положительное влияние на частоту обращения за медицинской помощью (61).

Существует необходимость внедрения национальных программ, направленных на взаимодействие между службами здравоохранения и службами регулирования долгов. Консультанты по регулированию дол-

гов должны уметь при необходимости направлять клиентов к психиатру (62). С другой стороны, врачи также должны своевременно направлять пациентов к специалистам по регулированию долгов (63). Полезной возможностью являются микрокредит, который можно получить в кредитных кооперативах (64).

В ряде стран целесообразно пересмотреть законы, описывающие процедуру банкротства физического лица (рекомендуется сделать их более мягкими, то есть направить их на укрепление психического здоровья).

Укрепление социального капитала

Под социальным капиталом понимаются социальные взаимосвязи, то есть ресурсы так называемых социальных сетей.

Во время экономического кризиса социальный капитал может являться важным защитным фактором. Социальные сети, представленные профессиональными союзами, религиозными объединениями и спортивными клубами, являют собой «страховочную сеть», защищающую людей от быстро развивающихся макроэкономических изменений (65). В ряде исследований показано, что групповая деятельность и взаимопомощь в коллективах благоприятно сказываются на психическом здоровье (66). Напротив, низкий уровень межличностного доверия между людьми, связывают с высоким риском развития депрессии (67).

Ответственный подход к суицидам в СМИ

Доказано, что натуралистичные отчеты о самоубийствах в СМИ с подробным описанием использованных методов могут повлечь за собой волну «подражательных» суицидов. Сдержанное, ответственное освещение таких событий, напротив, ведет к уменьшению числа подражательных суицидов (68,69), особенно среди подростков (70). Использование в СМИ специальных правил по освещению суицидов и отслеживание «стигматизирующих» публикаций, связано с уменьшением числа суицидов и смягчению стигматизации в СМИ (68, 70).

В условиях экономического кризиса пристальное внимание СМИ к увеличению числа суицидов может произвести эффект «снежного кома». Для предотвращения подобной ситуации необходимо тесное сотрудничество между представителями СМИ и экспертами в сфере психического здоровья, а также использование стандартизованных правил по освещению суицидов.

Как обосновать инвестиции в сферу психического здоровья

Одной из причин пренебрежения психиатрической службой и ее низкого финансирования является высокий уровень стигматизации психических расстройств (71). Борьба со стигматизацией и дискриминацией остается одной из критически важных проблем психиатрии в период экономического кризиса. Стигматизация может повлиять на стратегические государственные решения о финансировании психиатрической службы (72). В исследованиях, проведенных в некоторых странах, обнаружено, что при разработке стратегий экономии сфера психического здоровья является неприоритетной (73, 74).

Психические расстройства негативно сказываются на экономике страны с любым средним уровнем дохода, независимо от экономического кризиса (75). Например, в странах-членах Европейского Союза, экономические последствия проблем в сфере психического здоровья (в первую очередь речь идет о потере трудоспособности) составляют, в среднем, 3-4 % ВВП (76). Таким образом, психическое здоровье является важным экономическим фактором. Переход от индустриального общества к постиндустриальному (информационному) подразумевает особую важность психического здоровья для благополучия нации. Высокий уро-

вень психического здоровья населения обеспечивает экономическую эффективность и процветание и является критически важным фактором экономического роста (77).

Демонстрация того, что инвестиции в психическое здоровье положительно влияют на экономическую ситуацию, можно использовать в качестве обоснования новых стратегий инвестирования психиатрической службы. Так и произошло в Англии (78). Инвестирование в сферу психического здоровья (как в рамках системы здравоохранения, так и вне ее) предоставляет ресурсы и возможности для снижения риска социальной маргинализации, а также улучшает социальную интеграцию. Тем не менее, несмотря на доступность высокоэффективных методов помощи, сфера психического здоровья во многих странах по-прежнему имеет низкий приоритет (79). Возможно, это связано с тем, что преимущества инвестиций в здравоохранение не так очевидны, как эффект от инвестиций в другие сферы жизни общества. Крайне важно донести до национальных министерств финансов то, что инвестирование в психическое здоровье принесет обществу значительные преимущества (80).

Каждый кризис — это новые возможности

Текущий экономический кризис предоставляет возможность проведения реформ, которые выйдут за рамки собственно кризиса и его влияния на смертность, связанную с суицидом и злоупотреблением алкоголем. Эти реформы могут оказать глобальное влияние на благополучие и здоровье населения на любом этапе экономического развития общества. Важно понимать, что инвестирование в сферу психического здоровья будет полезно и во время экономического подъема. Неравномерное распределение материальных благ приводит к нарастанию социальной напряженности, как это было в период бурного экономического роста в Ирландии в 1995-2008 годах (81).

Существуют сильные аргументы в пользу мер, направленных на укрепление психического здоровья общества (программы социального обеспечения, психиатрическая помощь в первичной медицинской сети, программы на рынке труда, семейная политика и меры по поддержке родителей, меры по контролю оборота алкоголя и другие). Правительствам нужно переориентировать государственные бюджеты на защиту населения в настоящем и будущем. В бюджет нужно внести меры по сохранению занятости, помощь безработным и их семьям, программы повторного трудоустройства и т. д. Коммерческие организации могут сокращать количество рабочих часов или отправлять сотрудников в отпуск вместо того, чтобы увольнять их. Надзорным органам стоит пересмотреть политику в отношении алкоголя, в частности, можно повысить минимальный порог стоимости алкогольных напитков. Такая мера может значительно уменьшить вред, связанный с эпизодическим тяжелым пьянством.

Нужно отметить, что, несмотря на все очевидные отрицательные стороны, экономическая рецессия может повлечь за собой ряд положительных изменений в образе жизни. Чем меньше времени человек уделяет работе, тем больше он может провести времени в кругу семьи и друзей. Спад экономической активности ведет к замедлению темпа жизни и усилению социального капитала, так как у людей появляется больше возможностей для гражданской активности и налаживания социальных связей. Исландия столкнулась с тяжелым финансовым и экономическим кризисом в 2008 году. Некоторые жители острова сочли, что кризис — это «благословение, которое спасет нацию от жадности и нарциссизма» и «даст им шанс создать более демократичное, гуманное и справедливое общество» (82). Даже на пике кризиса Исландия в полной мере

выполняла социальные обязательства, что положительно сказалось на уровне здоровья населения (83).

Политические решения могут ухудшить или, наоборот, улучшить здоровье населения. Меры, направленные на укрепление психического здоровья, также помогают экономическому восстановлению. Благополучие населения, то есть «психический» капитал нации, является необходимой предпосылкой процветающей и высокоэффективной экономики.

Здоровые семьи, солидарность с людьми, пострадавшими от кризиса, доступная и справедливая психиатрическая помощь с опорой на сообщество — это «кирпичики» в «здании» психического здоровья, необходимые для возврата к здоровой экономике.

Литература:

1. Economou M, Madianos M, Theleritis C et al. Increased suicidality amid economic crisis in Greece. *Lancet* 2011;378:1459.
2. Central Statistics Office, Ireland. Report on vital statistics 2009. Dublin: Stationery Office, 2012.
3. Barr B, Taylor-Robinson D, Scott-Samuel A et al. Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. *BMJ* 2012;345:e5142.
4. WHO Regional Office for Europe. Impact of economic crises on mental health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2011.
5. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M et al. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet* 2009;374:315-23.
6. Herrman H, Saxena S, Moodie R. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Geneva: World Health Organization, 2005.
7. Fryers T, Melzer D, Jenkins R et al. The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2005;1:14.
8. Laaksonen E, Martikainen P, Lahelma 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. *Int J Epidemiol* 2007;36:776-86.
9. De Vogli R, Gimeno D. Changes in income inequality and suicide rates after “shock therapy”: evidence from Eastern Europe. *J Epidemiol Commun Health* 2009;63:956.
10. Pickett K, Wilkinson R. Inequality: an underacknowledged source of mental illness and distress. *Br J Psychiatry* 2010; 197:426-8.
11. Wilkinson R, Marmot M (eds). Social determinants of health: the solid facts. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2003.
12. Dooley D, Catalano R, Wilson G. Depression and unemployment: panel findings from the Epidemiologic Catchment Area study. *Am J Commun Psychol* 1994;22:745-65.
13. McKee-Ryan F, Song Z, Wanberg CR et al. Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. *J Appl Psychol* 2005;90:53-76.
14. Artazcoz L, Benach J, Borrell C et al. Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *Am J Public Health* 2004;94:82-8.
15. Berk M, Dodd S, Henry M. The effect of macroeconomic variables on suicide. *Psychol Med* 2006;36:181-9.
16. Men T, Brennan P, Boffetta P et al. Russian mortality trends for 1991-2001: analysis by cause and region. *BMJ* 2003;327:964.
17. Lee S, Guo WJ, Tsang A et al. Evidence for the 2008 economic crisis exacerbating depression in Hong Kong. *J Affect Disord* 2010; 126:125-33.
18. Taylor MP, Pevalin DJ, Todd J. The psychological costs of unsustainable housing commitments. *Psychol Med* 2007;37:1027-36.
19. Brown S, Taylor K, Price SW. Debt and distress: evaluating the psychological cost of credit. *J Econ Psychol* 2005;26:642-63.
20. Jenkins R, Bhugra D, Bebbington P et al. Debt, income and mental disorder in the general population. *Psychol Med* 2008;38:1485-93.
21. Meltzer H, Bebbington P, Brugha T et al. The relationship between personal debt and specific common mental disorders. *Eur J Public Health* (in press).
22. Economou A, Nikolaou A, Theodosiou I. Are recessions harmful to health after all? Evidence from the European Union. *J Econ Studies* 2008;35:368-84.
23. Edwards R. Who is hurt by procyclical mortality? *Soc Sci Med* 2008;67:2051-8.
24. Kondo N, Subramanian SV, Kawachi I et al. Economic recession and health inequalities in Japan: analysis with a national sample, 1986-2001. *J Epidemiol Commun Health* 2008;62:869-75.
25. World Health Organization. Financial crisis and global health: report of a high-level consultation. Geneva: World Health Organization, 2009.
26. Hong J, Knapp M, McGuire A. Income-related inequalities in the prevalence of depression and suicidal behaviour: a 10-year trend following economic crisis. *World Psychiatry* 2011;10:40-4.
27. Werner EE. Journeys from childhood to midlife: risk, resilience, and recovery. *Pediatrics* 2004;114:492.
28. Durlak JA, Wells AM. Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a meta-analytic review. *Am J Commun Psychol* 1997;25:115-52.
29. Solantaus T, Leinonen J, PunamKki RL. Children's mental health in times of economic recession: replication and extension of the family economic stress model in Finland. *Dev Psychol* 2004;40:412-29.
30. Conger RD, Ge X, Elder GH, Jr. et al. Economic stress, coercive family process, and developmental problems of adolescents. *Child Dev* 1994;65:541-61.
31. Marmot MG, Bell R. How will the financial crisis affect health? *BMJ* 2009;338:b1314.
32. Paananen R, Gissler M. Cohort Profile: the 1987 Finnish Birth Cohort. *Int J Epidemiol* 2012;41:941-5.
33. Norström T, Ramstedt M. Mortality and population drinking: a review of the literature. *Drug Alcohol Rev* 2005;24:537-47.
34. Zaridze D, Brennan P, Boreham J et al. Alcohol and cause-specific mortality in Russia: a retrospective case-control study of 48,557 adult deaths. *Lancet* 2009;373:2201-14.
35. Dee TS. Alcohol abuse and economic conditions: evidence from repeated cross-sections of individual-level data. *Health Econ* 2001;10:257-70.
36. Johansson E, Böckerman P, Prättälä R et al. Alcohol-related mortality, drinking behavior, and business cycles: are slumps really dry seasons? *Eur J Health Econ* 2006;7:215-20.
37. Uutela A. Economic crisis and mental health. *Curr Opin Psychiatry* 2010;23:127-30.
38. Lahelma E, Kivik K, Roos E et al. Analysing changes of health inequalities in the Nordic welfare states. *Soc Sci Med* 2002;55:609-25.
39. Hintikka J, Saarinen PI, Viinamäki H. Suicide mortality in Finland during an economic cycle, 1985-1995. *Scand J Public Health* 1999; 27:85-8.
40. Ostamo A, L'nnqvist J. Attempted suicide rates and trends during a period of severe economic recession in Helsinki, 1989-1997. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36:354-60.
41. Zimmerman SL. States' spending for public welfare and their suicide rates, 1960 to 1995: what is the problem? *J Nerv Ment Dis* 2002;190:349-60.
42. Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Health Data 2012. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2012.
43. Kentikelenis A, Karanikolos N, Papanicolas I et al. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet* 2011;378:1457-8.
44. Weaver JD. Economic recession and increases in mental health emergencies. *J Ment Health Adm* 1983;10:28-31.

45. Pirkola S, Sund R, Sailas E et al. Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. *Lancet* 2009;373:147-53.
46. While D, Bickley H, Roscoe A et al. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet* 2012;379:1005-12.
47. Aromaa E, Tolvanen A, Tuulari J et al. Personal stigma and use of mental health services among people with depression in a general population in Finland. *BMC Psychiatry* 2011;11:52.
48. Thornicroft G, Alem A, Dos Santos RA et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010;9:67-77.
49. Knapp M, Beecham J, McDaid D et al. The economic consequences of deinstitutionalisation of mental health services: lessons from a systematic review of European experience. *Health Soc Care Commun* 2011;19:113-25.
50. Lundberg O, Yngwe MA, Stjerne MK et al. The role of welfare state principles and generosity in social policy programmes for public health: an international comparative study. *Lancet* 2008;372:1633-40.
51. Proudfoot J, Guest D, Carson J et al. Effect of cognitive-behavioural training on job-finding among long-term unemployed people. *Lancet* 1997;350:96-100.
52. Vuori J, Silvonen J. The benefits of a preventive job search program on re-employment and mental health at 2-year follow-up. *J Occup Organizational Psychol* 2005;78:43-52.
53. Vinokur AD, Schul Y, Vuori J et al. Two years after a job loss: longterm impact of the JOBS program on reemployment and mental health. *J Occup Health Psychol* 2000;5:32-47.
54. Morrell SL, Taylor RJ, Kerr CB. Unemployment and young people's health. *Med J Aust* 1998;168:236-40.
55. McDaid D, Park A-L. Investing in mental health and well-being: findings from the Data Prev project. *Health Promot Int* 2011;26 (Suppl. 1):i108-39.
56. World Health Organization Regional Office for Europe. Alcohol policy in the WHO European region: current status and the way forward. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005.
57. Anderson P, Chisholm D, Fuhr D. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet* 2009;373:2234-46.
58. London Debt Strategy Group. Treading water. A report on the work of the London Debt Strategy Group and the changing nature of debt advice in London. London: Greater London Authority, 2011.
59. Enforcement Authority. Everyone wants to pay their fair share: causes and consequences of overindebtedness. Stockholm: Enforcement Authority, 2008.
60. Pleasance P, Balmer N. Changing fortunes: results from a randomized trial of the offer of debt advice in England and Wales. *J Empir Legal Studies* 2007;4:651-73.
61. Williams K, Sansom A. Twelve months later: does advice help? The impact of debt advice – advice agency client study. London: Ministry of Justice, 2007.
62. Wahlbeck K, Awolin M. The impact of economic crises on the risk of depression and suicide: a literature review. In: Supporting Documents for the EU Thematic Conference on Preventing Depression and Suicide. Budapest, December 2009:1-10.
63. Fitch C, Hamilton S, Bassett P et al. Debt and mental health: What do we know? What should we do? London: Royal College of Psychiatrists and Rethink, 2009.
64. Fitch C, Hamilton S, Bassett P et al. The relationship between personal debt and mental health: a systematic review. *Mental Health Rev J* 2011;16:153-66.
65. Stuckler D, King L, McKee M. Mass privatisation and the postcommunist mortality crisis: a cross-national analysis. *Lancet* 2009; 373:399-407.
66. Han S, Lee HS. Individual, household and administrative area levels of social capital and their associations with mental health: a multilevel analysis of cross-sectional evidence. *Int J Soc Psychiatry* (in press).
67. Forsman AK, Nyqvist F, Wahlbeck K. Cognitive components of social capital and mental health status among older adults: a population- based cross-sectional study. *Scand J Publ Health* 2011;39:757- 65.
68. Sonneck G, Etzersdorfer E, Nagel-Kuess S. Imitative suicide on the Viennese subway. *Soc Sci Med* 1994;38:453-7.
69. Niederkrotenthaler T, Sonneck G. Assessing the impact of media guidelines for reporting on suicides in Austria: interrupted timeseries analysis. *Aust NZ J Psychiatry* 2007;41:419-28.
70. Hawton K, Williams K. The connection between media and suicidal behaviour warrants serious attention. *Crisis* 2001;22:137-40.
71. Jamison KR. The many stigmas of mental illness. *Lancet* 2006;367: 533-4.
72. Sharac J, McCrone P, Clement S et al. The economic impact of mental health stigma and discrimination: a systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2010;19:223-32.
73. 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. *Eur Psychiatry* 2004;19:478-82.
74. 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? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41:369-77.
75. McDaid D, Knapp M, Raja S. Barriers in the mind: promoting an economic case for mental health in low and middle income countries. *World Psychiatry* 2008;7:79-86.
76. Gabriel P, Liimatainen M-R. Mental health in the workplace. Geneva: International Labour Office, 2000.
77. Weehuizen R. Mental capital. The economic significance of mental health. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht, 2008.
78. Department of Health, UK. No health without mental health: a cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages. Supporting document – The economic case for improving efficiency and quality in mental health. London: Department of Health, 2011.
79. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M et al. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet* 2007;370:878-89.
80. McDaid D, Knapp M. Black-skies planning? Prioritising mental health services in times of austerity. *Br J Psychiatry* 2010;196:423-4.
81. Corcoran P, Arensman E. Suicide and employment status during Ireland's Celtic Tiger economy. *Eur J Publ Health* 2012;21:209-14.
82. Ólafsdóttir H. Current concerns in Icelandic psychiatry; nation in crisis. *Nord J Psychiatry* 2009;63:188-9.
83. Ásgeirsdóttir TL, Corman H, Noonan K et al. Are recessions good for your health behaviors? Impacts of the economic crisis in Iceland. Cambridge: National Bureau of Economic Research, 2012.