

БЕДНОСТЬ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В РЕГИОНАХ СИБИРИ И ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА

И.А. Артемьев¹, Н.А. Бохан^{1,2}, С.В. Владимирова¹

*¹НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский
медицинский центр Российской академии наук*

²Сибирский государственный медицинский университет

В документе «Ликвидация разрыва» Всемирная Организация Здравоохранения заявляет: «Самый беспощадный убийца мира и главная причина страдания на Земле – это чрезмерная бедность». Это заявление подчеркивает значимость бедности как фактора, неблагоприятно влияющего на здоровье. В документах ООН бедность рассматривается с точки зрения низкого качества человеческого развития, низкого качества жизни из-за низких доходов или недостаточной имущественной обеспеченности людей. В то же время причиной низкого уровня доходов очень часто являются такие качественные характеристики личности, как плохое здоровье вследствие социально обусловленных болезней, в частности алкоголизма и наркоманий [10].

Бедность – это явление, присущее всем без исключения обществам. Оно характеризует негативное состояние социума, его групп и отдельных граждан, отсутствие возможностей и условий развития человеческого потенциала – стратегического ресурса социально-экономического развития общества. Бедность – многомерное явление, заключающее в себе неспособность удовлетворять базовые потребности, отсутствие контроля над ресурсами, отсутствие образования и плохое здоровье. В сущности, бедность может вызывать отчуждение и напряжение, но особую озабоченность вызывает ее прямое и косвенное влияние на развитие и поддержание эмоциональных, поведенческих и психических расстройств [29], потому что мы постепенно возвращаемся к медико-социальной модели помощи, которая рассматривает физическое, психическое и социальное благополучие пациента [15, 20]. Бедность и социальное неравенство оказывают прямое и косвенное влияние на социальное, психическое и физическое благополучие индивида, ограничивают выбор и возможности, а хронические бедствия могут привести к чрезмерному употреблению алкоголя, никотина и других психоактивных веществ [16]. Следует отметить, что бедность и неравенство тесно взаимосвязаны,

неравенство доходов вызывает психосоциальный стресс, который со временем приводит к разрушению здоровья и к более высокой смертности. Смертность от наркомании, как и многих других заболеваний, распространена в самых неблагополучных районах [3, 4, 25]. Последствия неравенства доходов также распространяются на общество, вызывая стресс, фрустрацию и приводя к разрушению семей; как следствие, повышаются показатели преступности, самоубийств и насилия [1, 5, 6, 8, 12, 30].

Поскольку бедность – понятие относительное, люди, принадлежащие к низшему социально-экономическому классу, могут находиться в неблагоприятном положении в отношении риска заболеть или стать жертвой несчастного случая, либо факторов, которые способствуют здоровому образу жизни [27].

По-видимому, эта «культура бедности» со временем помогает индивидам справляться со своим окружением. В соответствии с этой точкой зрения плохое состояние здоровья обусловлено поведением самих людей, что, в сущности, делает их полностью ответственными за неудачные результаты. Из этого следует, что бедные в некотором роде составляют гомогенную группу [19, 26, 28].

Единых методологических подходов к определению понятия «бедность» не существует (Стратегия сокращения бедности – Томск, 2005). Методика Государственного комитета Российской Федерации по статистике основана на абсолютном подходе к определению уровня бедности, который строится на соотношении денежных доходов населения и величины прожиточного минимума, который позволяет удовлетворить лишь самые насущные потребности людей [11]. На самом деле, прожиточным минимумом определяется не граница абсолютной бедности, а доля населения с наиболее низкими текущими денежными доходами. Этот социальный норматив является одним из базовых, но не единственным при характеристике абсолютной бедности. В характеристику бедности также необходимо вклю-

чить ее остроту и глубину, учитывая демографическую составляющую.

В основе определения уровня бедности по лишениям (депривации) лежат три основных фактора: недостаток денежных доходов, низкое качество жилья, ограниченный доступ медицинских услуг и т.д. Данный подход не позволяет оценить все факторы, влияющие на уровень и структуру бедности [22].

V.Murali, F.Oyebode [24] предлагают алгоритм универсального подхода к изучению влияния бедности на состояние психического благополучия.

1. Бедность: а) черта бедности – это минимальный уровень дохода, необходимый для удовлетворения базовых потребностей; б) Всемирный банк определяет черту бедности на основании норм, установленных для каждой страны; в) бедность и социальное неравенство тесно связаны между собой; г) бедность влияет на социальное и психическое благополучие; д) разрыв между бедными и богатыми сокращается.

2. Бедность и психические расстройства: а) влияние бедности существенно уменьшается после внесения поправки на степень изоляции от друзей и членов семьи; б) статус занятости – основной фактор, позволяющий понять различия показателей распространенности всех психических расстройств среди взрослого населения; в) согласно теории социальной причинной связи, эксцесс низкого социально-экономического статуса среди больных шизофренией в основном происходит за счет индивидов, которые опускаются по профессиональной и социальной лестнице до начала психоза; г) убийства и самоубийства реже совершаются в густонаселенных бедных районах; д) показатели смертности, связанной с употреблением алкоголя, выше среди мужчин, занимающихся физическим трудом, чем среди служащих.

Сегодня бедность считается одной из основных переменных, негативно влияющих на здоровье. При этом следует иметь в виду, что, как правило, подобные объяснения вращаются вокруг идеи порочного круга, в котором бедность может вызывать психическое расстройство, а психическое здоровье может привести к бедности. Проблематично, что большая часть литературы игнорирует исторические, социальные, политические и культурные траектории конструкторов как бедности, так «психического заблуждения» [23].

В исследовании специфики российской бедности необходимо, прежде всего, определить, что считать бедностью, каковы ее типологические черты в нынешней России, что в наибольшей степени отличает жизненные стандарты действительно бедных людей. Н.Е.Тихонова [14], Н.М.Давыдова, Н.Н.Седова [7] приводят определения богатства и бедности в современной России.

Величину бедности чаще всего принято определять прожиточным минимумом (ПМ), поскольку «прожиточный минимум» – величина директивная,

устанавливаемая, исходя из статистических показателей, характеризующих экономическую ситуацию в регионе, то вычисленный «уровень бедности» величина гипотетическая, указывающая состояние потребления населения на популяционном уровне. Ее нельзя применять к конкретному индивидууму, потому что отношение людей к своему достатку, равно как и к бедности различно.

Сравнение уровней бедности в России и европейских странах не является корректным. Во-первых, европейцы используют другие методики для составления такого рода статистических данных, а во-вторых, у нас совершенно разные жизненные стандарты. Тот уровень, который в Европе считается бедностью, у нас считается признаком среднего класса. Например, европейское пособие по безработице превышает среднюю заработную плату в России, которая во многих регионах считается очень хорошей. Там совершенно другая структура расходов. Бедности, в российском понимании этого слова, в Европе нет вообще. В России бедные, которые соответствуют европейским представлениям, – это люди среднего класса, их у нас 20–25%. В целом российских граждан, которые живут на уровне нижнего среднего класса, насчитывается 70%. Это то, что соответствует европейским представлениям о бедности.

Представляется, что оценка такого сложного социального феномена, как бедность, затруднительна в том случае, если в качестве основы избирать какой-то один жесткий критерий, позволяющий отделить бедных от небедных. В первую очередь это относится к подходу, основанному на критерии среднедушевого дохода. В условиях перехода России к рынку, которому сопутствуют экономическая нестабильность, инфляция, теневые процессы, использование душевого дохода как единственного критерия в оценках реальной бедности, может зачастую давать искаженную картину явления. Наконец, возможности применения этого критерия ограничены в условиях сильно дифференцированной картины межрегиональных различий.

Цель: провести популяционно-статистическое исследование с использованием достоверных данных государственной статистики такого сложного социального феномена, как бедность и её взаимосвязь с уровнем учтенной болезненности психическими расстройствами в административно-территориальных образованиях Сибири и Дальнего Востока.

Задачи. Выявить параметры, характеризующие взаимосвязь распространенности психических расстройств с индикаторами бедности и денежными доходами населения восточных регионов России. Определить региональные различия распространенности психических расстройств в Сибири и на Дальнем Востоке в соотношении с показателями бедности. Указать, что сравнение уровней бедности в России и европейских странах по сходным крите-

риям не является корректным. Конкретизировать влияние бедности и денежных доходов населения на отдельные нозологические единицы психических расстройств в Сибири и на Дальнем Востоке.

Материалы и методы

Использовались интенсивные показатели зарегистрированных больных психическими расстройствами (F00–F09, F20–F99) поданным диспансерных учреждений на территории Сибири и Дальнего востока с использованием официальных материалов Роскомстата РФ [9].

Эпидемиологические показатели и показатели деятельности психиатрической службы в Российской Федерации (2005–2013) [13]. Статистический анализ данных проведен с помощью программы «Statistica 8.0». Взаимосвязь между интенсивными показателями зарегистрированных больных психическими расстройствами с уровнем бедности и денежными доходами населения по силе и тесноте корреляционной связи определялась по двустороннему критерию коэффициента Спирмена. Однако корреляция – это не причинно-следственная связь, и жизнь в бедности может как способствовать, так и возникать в результате нарушений, связанных с плохим психическим здоровьем. Социальная изоляция, а также бедность способствуют бремени психического здоровья, в то время как мало известно о конкретных взаимодействиях между этими факторами и окружающей средой [17]. Кроме того, нами используются показатели бедности, денежных доходов в целом по отдельным территориально-административным территориям региона, и не рассматривались эти показатели больных психическими расстройствами.

Результаты и их обсуждение

Представленные в табл. 1 сравнения (по коэффициенту корреляции Спирмена) тесноты и направленности взаимосвязи числа лиц, которые выполняли оплачиваемую работу и считаются занятыми, с уровнем бедности и денежных доходов позволили установить определенные различия рассматриваемых взаимосвязей административно-территориальных единиц Сибири и Дальнего Востока. Так, уровень

бедности в Сибири отрицательно коррелирует с числом занятых в экономике ($r=-0,56\pm 0,26$; $p<0,05$), то есть в том случае, если в Сибири будет больше людей, задействованных в экономической сфере, то ниже будет и бедность (процент лиц, имеющих доходы ниже прожиточного минимума).

Сокращение числа занятых в экономике может происходить, наряду с прочими составляющими (дефицит рабочей силы, отрицательное сальдо миграции и т. д.), также и за счет их высвобождения (технический прогресс, экономическая ситуация), что приводит к накоплению безработных и росту бедности населения (число занятых отрицательно коррелирует с показателями бедности ($r=-0,56$; $p<0,05$). Таким образом, все факторы, способствующие сокращению числа занятых в экономике (и один из них – рост безработицы), приводящие к увеличению бедности, негативно сказываются на числе больных, которые обращаются за психиатрической помощью: их количество в этой ситуации сокращается. Для территорий Дальнего Востока уровень бедности населения не связан с количеством лиц с психическими расстройствами, последние коррелируют с величиной денежных доходов.

Несколько иная ситуация сложилась на Дальнем Востоке. Здесь бедность не зависит от числа работающего населения ($r=0,33\pm 0,36$; $p>0,2$), но отрицательно связана с денежными доходами ($r=-0,71\pm 0,35$; $p<0,05$), такая же связь денежных доходов и занятого населения ($r=-0,48\pm 0,03$; $p<0,02$). Таким образом, если предположить аналогичную ситуацию, приведенную выше, то есть допустить, что на Дальнем Востоке будет иметь место рост трудовых ресурсов, то это не приведет к сокращению бедности, а денежные доходы работающих будут падать на фоне возрастающего уровня бедности. Однако реальная демографическая ситуация, сложившаяся в восточных регионах России, противоположна нашему гипотетическому предположению об увеличении трудовых ресурсов в Сибири и на Дальнем Востоке, поскольку происходит отток населения из этих регионов. Если сокращение трудовых ресурсов на Дальнем Востоке не скажется на уровне бедности населения, а денежные доходы возрастут, то при таком сценарии она будет смяг-

Таблица 1

Корреляции бедности и денежных доходов экономически активного населения

	Социально-демографические показатели	Занятого в экономике населения		Бедность		Денежные доходы	
		Сибирь	Д/В	Сибирь	Д/В	Сибирь	Д/В
1	Занято в экономике			0,56*	0,33	0,32	-0,48**
2	Всего	0,98*	0,97*	-0,47**	0,33	0,47**	-0,55*
3	Бедность	-0,56*	0,33			0,09	-0,71*
4	Денежные доходы	0,32	-0,48**	0,09	-0,71*		

Примечания: * – $p<0,05$; ** – $p < 0,2$.

чаться (уменьшаться) вне зависимости от денежных доходов.

В Сибири выявлена отрицательная взаимосвязь бедности с числом как занятого, так и безработного населения, на Дальнем Востоке эта связь отсутствует. Денежные доходы отрицательно коррелируют с числом лиц как работающих, так и безработных (при $p < 0,2$) на Дальнем Востоке, в то время как в Сибири эти параметры не взаимосвязаны.

Психическое здоровье и бедность. Рассматривая взаимосвязь всей совокупности контингентов больных с психическими расстройствами, зарегистрированных диспансерными учреждениями Сибири и Дальнего Востока, с уровнем бедности и денежными доходами, выявлена противоположная направленность этих корреляций (табл. 2). Если в Сибири количество больных отрицательно коррелирует с бедностью населения ($r = -0,54$; $p < 0,05$), при наличии отрицательной взаимосвязи уровня бедности и количества больных психическими расстройствами, зарегистрированных по административно-территориальным единицам Сибири, стратегия борьбы с бедностью, осуществляемая прямо или косвенно на всех уровнях, имеющая целью ее сокращение (т.е. увеличение доли богатых в населении), приведет к увеличению числа зарегистрированных больных (поскольку корреляции этой пары показателей отрицательны, но при отрицательной корреляции бедности в Сибири (при обнищании населения Сибири) с величиной больных, количество зарегистрированных больных с психическими расстройствами, вероятно, будет сокращаться,

При этом по территориям Дальнего Востока установлена обратная зависимость величины зарегистрированной болезненности с денежными доходами ($r = -0,50$; $p < 0,05$), а с бедностью связь слабая

($r = 0,32$), то есть при сокращении доходов общее количество больных, обратившихся в специализированные учреждения, может возрастать. При наличии отрицательной взаимосвязи уровня бедности и количества больных психическими расстройствами, зарегистрированных по административно-территориальным единицам Сибири, стратегия борьбы с бедностью, осуществляемая прямо или косвенно на всех уровнях, имеющая целью ее сокращение, приведет к увеличению числа зарегистрированных больных (поскольку корреляции этой пары показателей отрицательны). Оба рассматриваемые округа России имеют сходные тенденции: величина зарегистрированной болезненности отрицательно взаимосвязана на Дальнем Востоке с денежными доходами, в Сибири – с бедностью ее населения.

Однако, выделяя отдельные нозологические единицы в рамках МКБ-10 по Сибири и Дальнему Востоку, мы получаем несколько иную картину (табл. 2). В Сибири корреляция бедности с перечисленными в табл. 2 нозологическими единицами (F00–F09; F20–F99) зеркально отражают ситуацию, описанную выше для всех психических заболеваний в целом: эти связи носят отрицательный характер с тенденцией их усиления. Так, корреляционная связь бедности с больными шизофренией и шизотипическими расстройствами – сильная (тесная, $r = -0,71$), несколько слабее она при органических психических расстройствах и психозах ($r = -0,67$ и $r = -0,41$), но характер взаимосвязи везде отрицателен. Это справедливо при пограничной психической патологии, так, сила корреляционной связи при органических непсихотических расстройствах и бедностью средняя ($r = -0,56$), но с невротическими расстройствами – слабая, однако при поведенческих расстройствах у взрослых эта связь отрицательная и тесная ($r = -0,75$).

Таблица 2

Взаимосвязь бедности и психических расстройств

№	Нозологические единицы	Код по МКБ-10	Денежные доходы		Бедность	
			Сибирь	Д/В	Сибирь	Д/В
1	Психические расстройства – всего	F00–F09 F20–F99	0,11	-0,50	-0,54	0,32
2	Органические психические расстройства	F00–F09	0,63	-0,47	-0,67	0,26
2а	Органические психозы и/или слабоумие	F00–F05 F09, F06 (часть)	0,57	-0,37	-0,41	0,16
3	Шизофрения	F20	0,64	-0,28	-0,71	0,14
4	Шизотипическое расстройство	F21	0,69	-0,26	-0,71	0,14
5	Шизоаффективные психозы	F25	0,51	-0,21	-0,50	0,26
6	Аффективные психозы	F30– F39 (часть)	0,60	-0,28	-0,65	0,14
7	Легкая умственная отсталость		0,43	-0,28	-0,24	0,02
8	Другие формы умственной отсталости		0,58	-0,56	-0,44	0,52
9	Прочие психические расстройства	F52.1, F81.0, F22.0 и др.	0,43	-0,73	-0,1	0,52
	Органические непсихотические расстройства		0,01	-0,51	-0,56	0,27
	Аффективные расстройства		-0,14	-0,37	-0,49 $p < 0,01$	0,56
	Невротические соматоформные расстройства		-0,19	-0,54	-0,22	0,50 $p < 0,01$
	Расстройства поведения у взрослых		-0,02	-0,28	-0,75	-0,07

Следовательно, в Сибири с разной степенью силы корреляционные связи бедности с психическими расстройствами и пограничными состояниями – отрицательная, то есть можно полагать, что обнищание населения сопровождается сокращением числа зарегистрированных больных. Вероятно, с нарастанием бедности люди меньше обращаются за помощью к психиатрам, что, естественно, свидетельствует об ухудшении психического здоровья населения в регионе Сибири.

В то же время противоположные тенденции прослеживаются на Дальнем Востоке, где психические расстройства в рамках перечисленной нозологии имеют слабую связь с бедностью (за исключением умственной отсталости $r=-0,52$ и аффективными невротическими соматоформными расстройствами $r=+0,56$ и $r=+0,50$), то есть бедность жителей Дальнего Востока не отражается на интенсивности обращения их за специализированной помощью.

Можно полагать, что бедность населения этого региона не отражается на показателях перечисленных нозологических единиц. Это, вероятно, может быть следствием либо меньших показателей бедности на Дальнем Востоке, чем в Сибири, либо организация психиатрической службы в дальневосточных муниципальных административно-территориальных образованиях оказывается более доступной всем слоям населения. Подтверждением этому можно рассматривать и положительную связь при умственной отсталости, невротических соматоформных расстройствах ($r=0,52$ и $r=0,56$ соответственно), то есть контингенты больных с указанной патологией будут расти и при нарастающей бедности населения.

Заключение

Следовательно, бедность и психические расстройства в восточных регионах России неоднозначно связаны с уровнем психического здоровья.

Бедность, по принятой в России методологии ее определения, является производной денежных доходов населения. Однако взаимосвязь этого показателя с количеством зарегистрированных больных не только не совпадает с бедностью, но часто имеет противоположную направленность. Так, корреляция количества больных с психическими расстройствами в Сибири с денежными доходами не просматривается ($r=-0,11$), при этом на Дальнем Востоке она отрицательна ($r=-0,50$). То есть если в Сибири величина денежных доходов не отражается на количестве зарегистрированных всей когорты больных с психическими расстройствами, то на Дальнем Востоке корреляция денежных доходов и количеством больных отрицательна по направленности и средняя по силе связи, что может привести к сокращению контингентов больных по мере роста доходов и наоборот. Вместе с тем, при шизофрении, шизотипических расстройствах, умственной отста-

лости, аффективных расстройствах, органических психических расстройствах корреляция количества больных в Сибири с величиной денежных доходов положительна по направленности и средняя по силе связи ($r=0,69-0,71$), то время как на Дальнем Востоке эти связи более слабые и носят противоположную направленность ($r=-0,47-0,21$), то есть количество больных рассмотренными нозологическими формами на Дальнем Востоке слабо связано с денежными доходами населения, уменьшение или увеличение доходов не приведет к изменению количества больных в населении, которое останется стабильным. В то время как в Сибири этот процесс носит противоположный характер. При непсихотической патологии сохраняется такая же закономерность, как при указанной выше при психотических нозологических формах. Так, в Сибири взаимосвязь денежных доходов с числом зарегистрированных пациентов слабая или очень слабая ($r=-0,02-0,01$), при этом на Дальнем Востоке эта связь отрицательна и при органических психозах достигает средней силы ($r=-0,51-0,54$).

Взаимосвязи контингентов больных пограничными состояниями с уровнем бедности и денежными доходами территорий Сибири и Дальнего Востока имеют определенные различия. Так, корреляции числа больных органическими непсихотическими расстройствами с бедностью и денежными доходами, также как и всего класса психических расстройств следующие: в Сибири эти связи отрицательны с бедностью ($r=-0,56$; $p<0,05$), на Дальнем Востоке – с денежными доходами ($r=-0,49$; $p<0,1$), здесь же прослеживается аналогичная зависимость и с невротическими, соматоформными расстройствами ($r=-0,54$; $p<0,05$).

С уровнем бедности населения в Сибири установлена отрицательная связь с 3 из 5 рассматриваемых нами форм пограничной патологии, а именно при органических ($r=-0,56$; $p<0,05$), аффективных непсихотических расстройствах ($r=-0,49$; $p<0,1$) и расстройствах зрелой личности и поведения у взрослых ($r=-0,75$; $p<0,05$). На Дальнем Востоке корреляции аффективной и соматоформной патологии имеют положительный знак ($r=0,56$; $p<0,05$ и $r=0,58$; $p<0,1$).

Следовательно, связь бедности населения в Сибири и на Дальнем Востоке с числом больных некоторыми формами пограничной патологии имеет противоположную направленность: если, например, при аффективных расстройствах снижение бедности приведет в Сибири к увеличению зарегистрированных больных, то на территории Дальнего Востока эффект будет противоположный. При невротических, соматоформных расстройствах уровень бедности не будет влиять на число зарегистрированных больных, а улучшение благосостояния может привести к сокращению соматоформных расстройств. В то же время, в отличие от дальневосточных регионов, при расстрой-

ствах зрелой личности и поведения у взрослых большее число людей будет обращаться к помощи психиатров по мере улучшения их материального благосостояния – снижения уровня бедности.

Установлено что, для территорий Сибири при различных формах пограничных состояний более характерна отрицательная взаимосвязь с параметрами бедности населения, в то время как на Дальнем Востоке значимые связи положительны.

Выводы

Таким образом, взаимосвязь денежных доходов и бедности населения в Сибири с количеством больных носит разнонаправленный характер при средней силы связи для большинства выделенных нозологических единиц психотических расстройств. На Дальнем Востоке корреляционная связь бедности и денежных доходов с числом больных в населении более слабая, количество зарегистрированных больных по отдельным нозологиям остается более стабильной при флюктуации доходов и бедности в этом федеральном округе. Если принять, что количество больных в населении отражает уровень психического здоровья, то следует признать, что влияние (взаимосвязь) бедности и денежных доходов на психическое здоровье населения в Сибири более выражено, чем на Дальнем Востоке. При обнищании населения, увеличении индекса бедности количество людей, которым необходима специализированная психиатрическая помощь будет сокращаться, вместе с тем при увеличении денежных доходов их количество будет возрастать. На Дальнем Востоке эти

процессы будут протекать в более мягкой форме, вероятно, количество больных там будет оставаться стабильным, независимо от социальной нестабильности.

Деньги не гарантируют психического здоровья, их отсутствие также не обязательно приводит к психическому заболеванию, однако обычно допускают, что бедность может быть как детерминантой, так и следствием плохого психического здоровья [24].

Связь между низким экономическим положением и повышенными показателями заболеваемости и распространенности психических заболеваний становится все более очевидной. Исследования, проведенные A.B.Hollingshead, F.C.Redlich [18] и T.S.Langner, S.T.Michael [21], продемонстрировали прямую связь между бедностью и показателями психических расстройств, а также различия в доступности к использованию лечебных методов и учреждений специализированной помощи

Местные органы власти должны обеспечивать соразмерные меры по улучшению жилищных условий, борьбе с бедностью, поддержке родителей-пациентов, усилению защиты детей и уходу за ними, а также развитию возможностей образования для затронутых этими проблемами семей [16]. На уровне государства инвестиции в здравоохранение, следовательно, и в человеческий капитал, способствуют экономическому росту, а прогрессивная репопуляция, прежде всего за счет высокообразованной молодежи обеспечивает социально-экономическое восстановление общества [2].

ЛИТЕРАТУРА

1. Аболонин А.Ф., Аксенов М.М., Бохан Н.А., Гусев С.И., Гуткевич Е.В., Диденко А.В., Дмитриева Т.Б., Епанчинцева Е.М., Жигинас Н.В., Иванова С.А., Кононец А.С., Кривцов А.С., Макушкин Е.В., Малкин Д.А., Мандель А.И., Насруллаев Ф.С., Одарченко С.С., Ошевский Д.С., Семке А.В., Семке В.Я. и др. Пенитенциарная психология и психопатология: руководство в двух томах. Москва, 2007. Том 1.
2. Бохан Н.А. Психическое здоровье населения Сибири и дальнего востока в контексте инновационного развития территорий // XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы» / Ред. Н.Г. Незнанов, 2015. С. 522.
3. Бохан Н.А., Мандель А.И., Артемьев И.А., Ветлугина Т.П., Солонский А.В., Прокопьева В.Д., Иванова С.А., Невидимова Т.И. Эпидемиология, клинико-патобиологические закономерности и профилактика психических и поведенческих расстройств в результате злоупотребления психоактивными веществами (региональный аспект) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2006. № 3. С.25–32.
4. Бохан Н.А., Мандель А.И., Кузнецов В.Н. Алкогольная смертность в отдаленных сельских районах Западной Сибири // Наркология. 2011. Т. 10. № 9. С. 43–47.
5. Бохан Н.А., Мандель А.И., Кузнецов В.Н., Рахмазова Л.Д., Аксенов М.М., Перчаткина О.Э., Репецкий Д.Н. Алкоголизм и факторы суицидальности среди коренного населения районов, приравненных к Крайнему Северу // Суицидология. 2017. Т. 8. № 1. С. 68–76.
6. Гычев А.В., Артемьев И.А. Пограничные нервно-психические расстройства и социальная нестабильность // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2009. № 4. С. 67–69.
7. Давыдова Н.М., Седова Н.Н. Материально-имущественные характеристики и качество жизни богатых и бедных // Социологические исследования. 2004. № 3. С. 40–49.
8. Жукова О.А., Карелина Д.Д., Кром И.Л., Барыльник Ю.Б. Медико-социологическая интерпретация психического здоровья // Известия Саратовского университета. 2011. Т. 11. Сер. Социология. Политология. Вып. 1.
9. Здравоохранение в России 2017. Стат. сборник. М.: Росстат, 2017. 170 с.
10. Ликвидация разрыва. Доклад ВОЗ, 2009, 40 с.
11. Российский статистический ежегодник 2018. Стат. сборник. М.: Росстат, 2018. 694 с.
12. Семке В.Я., Галактионов О.К., Мандель А.И., Бохан Н.А., Мещеряков Л.В. Алкоголизм: региональный аспект. Томск: Издательство Томского университета, 1992.
13. Статистический справочник / Под ред. З.И.Кекелидзе, Б.А.Казаковцев. М., 2015. 572 с
14. Тихонова Н.Е. Особенности дифференциации и самооценки статуса в полярных слоях населения // Социологические исследования. 2004. С. 23–29.
15. Шмуkler А.Б. Поддержание психического, физического и социального благополучия – основная цель пациент-ориентированных программ в психиатрии // Региональный опыт модернизации психиатрических служб Сборник материалов Научно-практической конференции / Под ред. Г.П.Костоюка. 2017. С. 185–193.
16. Bhui K., Byrne P., Goslar D., Sinclair J. Addiction care in crisis: Evidence should drive progressive policy and practice // Br. J. Psychiatry. 2019. P. 1–2. doi:10.1192/bjp.2019.158.
17. Gruebner O., Rapp M.A., Adli M., Kluge U., Galea S., Heinz A. Cities and mental health // Dtsch Arztebl. Int. 2017. Vol. 114. N 8. P. 121–127. doi: 10.3238/arztebl.2017.0121.

18. Hollingshead A.B., Redlich F.C. Social class and mental illness: a community study. New York: John Wiley, 1958.
19. Holman R.T. Poverty: explanations of social deprivation. London: Robertson, 1978.
20. Kaplan G.A., Roberts R.E., Camacho T.C., Coyne J.C. Psychosocial predictors of depression. Prospective evidence from the human population laboratory studies // Am. J. Epidemiol. 1987. Vol. 125. N 2. P. 206–220.
21. Langner T.S., Michael S.T. Life stress and mental health. London: Collier-Macmillan, 1963.
22. Lepiéce B., Reynaert C., Jacques D., Zdanowicz N. Poverty and mental health: What should we know as mental health professionals? // Psychiatr. Danub. 2015. Vol. 27. Suppl 1. S. 92–96.
23. Mills C. The psychiatrization of poverty: rethinking the mental health–poverty nexus // Soc. Person. Psychol. Compass. 2015. P. 213–222. DOI: 10.1111/spc3.12168
24. Murali V., Oyebo F. Poverty, social inequality and mental health // Psychiatric Treatment. 2004. Vol. 10. P. 216–224.
25. Pierce M., Millar T., Robertson J.R., Bird S.M. Ageing opioid users' increased risk of methadone-specific death in the UK // Int. J. Drug Policy. 2018. N 55. P. 121–127.
26. Rutter M., Madge N. Cycles of disadvantage. London: Heinemann, 1976.
27. Sfetcu R., Pauna C.B., Iordan M. The impact of poverty on mental health and well-being and the necessity for integrated social policies. 2011.
28. Townsend P. Poverty in the United Kingdom. London: Penguin, 1979.
29. Wahlbeck K., Cresswell-Smith J., Haaramo P., Parkkonen J. Interventions to mitigate the effects of poverty and inequality on mental health // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2017. N 52. P. 505–514.
30. Wilkinson R.G. Unhealthy societies: the afflictions of inequality. London: Routledge, 1996.

БЕДНОСТЬ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В РЕГИОНАХ СИБИРИ И ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА

И.А. Артемьев, Н.А. Бохан, С.В. Владимирова

В России до сравнительно недавнего времени понятие «бедность населения» не было общепризнанным. Исследования бедности, обнищания населения широко рассматриваются с социо-демографических позиций. Нами представлена взаимосвязь денежных доходов, бедности населения административно-территориальных единиц Сибири и Дальнего Востока с количеством зарегистрированных больных психическими расстройствами на этих территориях. Показано влияние бедности, рассчитанной по принятой в России методологии, на дина-

мику контингентов больных, которым должна оказываться специализированная психиатрическая помощь. Установлено, что взаимосвязь денежных доходов и бедности населения с уровнем психических расстройств в Сибири и на Дальнем Востоке имеют определенные различия. Стратегия борьбы с бедностью положительно отразится на психическом здоровье восточных регионов России.

Ключевые слова: психические расстройства по МКБ-10, занятость населения, денежные доходы, бедность, корреляционный анализ.

POVERTY AND MENTAL DISORDERS IN THE REGIONS OF SIBERIA AND FAR EAST

I.A. Artemyev, N.A. Bokhan, S.V. Vladimirova

In Russia, until relatively recently, the concept of poverty of the population was not universally accepted. Studies of poverty, impoverishment of the population are widely viewed from socio-demographic positions. We have presented the relationship of monetary incomes, the poverty of the population of the administrative-territorial units of Siberia and the Far East with the number of registered patients with mental disorders in these territories. The effect of poverty, calculated according to the methodology adopted in Russia, is shown on the dynamics of the patient population

that should receive specialized psychiatric care. It is established that the relationship of monetary income and poverty of the population with the level of mental disorders in Siberia and the Far East has certain differences. The poverty reduction strategy will have a positive effect on the mental health of the eastern regions of Russia.

Key words: ICD-10 mental disorders, employment, monetary income, poverty, correlation analysis.

Артемьев Игорь Андреевич – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения аддиктивных состояний НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук; e-mail: igor.artemev.39@mail.ru

Бохан Николай Александрович – академик РАН, профессор, доктор медицинских наук, Заслуженный деятель науки РФ, директор НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук; заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии Сибирского государственного медицинского университета; e-mail: bna909@gmail.com

Владимирова Светлана Владимировна – переводчик отдела координации научных исследований НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук; e-mail: niipzso@gmail.com