

© 1992 г.

А.Е. ИВАНОВА

СОЦИАЛЬНАЯ СРЕДА И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ

ИВАНОВА Алла Ефимовна — кандидат экономических наук, старший научный сотрудник ВНИИ общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского. В нашем журнале публикуется впервые.

История взаимоотношений общества и психически больных так же стара, как история человечества. На протяжении веков отношение к ним не раз претерпевало изменения от признания их святыми, прорицателями, до изгнания, стремления изолировать, вплоть до физического уничтожения. Гуманизация общественной морали сопровождалась формированием нового отношения к больным, когда об-

щество не только признало их полноправными членами, но осознало свои обязанности, необходимость призрения душевнобольных, ухода за ними и лечения. Тем не менее остатки предрассудков сохраняются вплоть до настоящего времени.

В нашей стране живучести предрассудков в немалой степени способствует отсутствие достоверной информации о психическом здоровье населения. Но, может быть, более существенно то обстоятельство, что «закрытость темы» на протяжении длительного времени привела к непониманию реальных проблем, которые возникают в обществе в связи с изменением психического здоровья населения. Этот показатель не учитывается при разработке социальной и демографической политики, проблем занятости, образования и т.д. Игнорирование особенностей поведения лиц с психическими расстройствами приводит к тому, что предлагаемые меры не приносят ожидаемых результатов, и выделенные на их реализацию средства затрачиваются впустую.

Масштаб проблем, связанных с психическим здоровьем, определяется следующими цифрами. Во всех развитых странах мира в настоящее время услугами психиатров пользуются в среднем до 20% населения, т.е. каждый пятый, включая детей и стариков. С начала века до середины 80-х годов распространенность психических расстройств в этих странах выросла в 6,7 раза. При этом количество больных неврозами увеличилось в 40 раз, алкоголизмом — в 40, умственной отсталостью в 29, старческими расстройствами — в 20, тогда как психозами лишь в 3,4, в том числе шизофренией — в 6,4 раза [1].

В нашей стране происходят те же самые процессы, что и во всем мире. Статистика психических заболеваний в России ведется с переписи населения 1839 г. Количество больных составило тогда 0,37% населения. На протяжении почти ста лет в России, а затем и в Советском Союзе было проведено четыре общегосударственных (1839, 1897, 1920, 1926 гг.) и несколько десятков губернских переписей, в которых также содержался вопрос о психическом здоровье. Основной вывод — количество больных постоянно увеличивается. С начала XX в. усилиями ведущих отечественных психиатров начала создаваться система выявления и учета психически больных, на базе районных психоневрологических учреждений. Прерываемая двумя мировыми войнами и революциями работа завершилась к середине 50-х годов формированием единой системы медицинской отчетности, позволяющей судить о числе лиц, обращающихся за психиатрической помощью.

В настоящее время в нашей стране, по данным официальной медицинской статистики, услугами психиатров пользуется около 4% населения — каждый двадцать пятый ее житель. Причем как в СССР, так и в европейских странах и США распространенность тяжелой психической патологии (психозов и различных видов слабоумия) довольно близка, тогда как сравнительно легкие, так называемые пограничные состояния, встречаются у нас, по данным официальной статистики, во много раз реже. О том, что эти цифры сильно занижены, свидетельствуют специальные эпидемиологические исследования. В силу различных обстоятельств в СССР обращается за психиатрической помощью лишь 25—30% нуждающихся [2]; если же удвоить ресурсы психиатрической помощи и изменить принципы ее организации, число нуждающихся может возрасти до 25—27 млн. [3].

Итак, в нашем обществе живут миллионы людей, страдающих психическими расстройствами. Но сами по себе цифры мало что говорят о масштабах и разнообразии проблем, связанных с психическим здоровьем населения, поскольку остается неизвестным, в какой мере заболевание негативно сказывается на судьбе человека. Иными словами, необходима оценка тяжести заболевания.

Понятие тяжести не имеет, да и не может иметь единого определения, ведь болезнь — это не только совокупность тех или иных симптомов, это — страдание, недореализация возможностей личности в духовной и социальной сферах. Недаром Всесоюзная организация здравоохранения отметила, что человек становится жертвой своей болезни, когда лишается доступа к основным ценностям жизни: работе, образованию, творчеству, возможности создать семью. Именно

разнообразие и выраженность социально значимых последствий болезни и характеризуют ее тяжесть. В основе оценки лежат, естественно, общемедицинские критерии. Действительно, сможет ли человек создать семью и иметь здоровых детей, сумеет ли получить образование и работать в соответствии со своими изначальными способностями — все это, при прочих равных условиях, зависит от того, в каком возрасте началось заболевание, как долго продолжалось, какая часть социально активной жизни была потеряна в результате инвалидности или госпитализации и, наконец, приводит ли заболевание к преждевременной смерти. Сказанное определяет тот перечень исследовательских задач, решение которых открывает возможности для оценки социального резонанса психического здоровья населения.

Для примера рассмотрим одно заболевание — шизофрению. Она относится к числу наиболее тяжелых, т.к. сопровождается выраженным нарушением различных сфер деятельности человека. Именно поэтому больные шизофренией достаточно полно выявляются и учитываются психиатрической службой, а следовательно, статистика этого заболевания надежна. Кроме того, среди тяжелых психических заболеваний шизофрения наиболее распространена.

Источником сведений для нашего исследования послужили материалы информационной системы по психиатрии, функционирующей с 1968 г. во ВНИИ общей и судебной психиатрии им. В.П. Сербского. Были использованы данные переписи состоящих на учете больных в Москве, материалы о госпитализации, а также сведения о так называемых консультативных больных, т.е. о тех, кто обращается за помощью, но в силу сравнительно малой выраженности патологических проявлений не берется под диспансерное наблюдение.

Медицинские критерии тяжести заболевания

Литература, посвященная изучению тяжести течения психических расстройств, в частности, шизофрении, велика, разнообразна и противоречива. Поиск причин противоречий заставил критически рассмотреть используемые различными авторами методы исследования и содержательные интерпретации полученных результатов.

Оказалось, что два основных источника — эпидемиологические исследования и данные катамнезов — не позволяют получить сопоставимых сведений. Результаты, полученные катамнестическим методом, относятся к совокупности людей, одновременно переживших одно и то же событие, например, родившихся или заболевших в один год, т.е. к реальной когорте, тогда как результаты, полученные в ходе эпидемиологического обследования, относятся к совокупности современников — т.е. к условной когорте. Кроме того, при эпидемиологических обследованиях собирают, как правило, сведения о всех больных на данной территории, тогда как катамнестические исследования обычно охватывают лишь часть больных, причем наиболее тяжелую, нуждающуюся в стационарном лечении.

Вторая причина противоречий заключается в методике анализа данных. Способы получения информации налагают естественные ограничения на объем собираемых данных. В свою очередь небольшое количество наблюдений предопределяет использование в анализе сравнительно простых, но грубых, средних показателей. В силу своих преимуществ (простоты вычисления, обобщенного характера) средние величины широко используются. А ограничения приводят к тому, что результаты различных исследований часто оказываются противоречивыми, поскольку структурные особенности совокупностей могут затушевывать различия изучаемых явлений.

Не менее существенно, что нет единства и в содержательных качественных оценках. Попытка строить прогнозы психического заболевания, основываясь лишь на частоте госпитализаций или длительности стационаризований, на продолжительности межгоспитальных периодов или на любой другой характеристике, взятой

изолированно, не позволили прийти к единому мнению по наиболее фундаментальным вопросам.

Поиски путей преодоления этого ограничения привели к осознанию того, что при всем разнообразии перечисленных показателей в содержательном отношении они очень близки, поскольку с разных сторон характеризуют, в какой степени больной отстранен от участия в нормальной жизни, прежде всего в труде. Этот принцип был положен в основу исследования трудопотерь при психических расстройствах, проведенного в научно-статистическом центре по психиатрии ВНИИ ОСП им. В.П. Сербского в 1983—1987 гг. под руководством А.С. Киселева [3]. В методическом отношении проведенное исследование базировалось по-прежнему на средних величинах. Поэтому в нашу задачу входило, основываясь на разработанном принципе комплексного анализа трудопотерь, найти способы их более точного математического описания.

Исходя из перечисленных требований, была разработана демографическая модель, позволяющая установить снижение трудоспособности у больных в процессе заболевания. В модели не учитывалась амбулаторная нетрудоспособность, поскольку «вклад» этой причины в общее снижение трудоспособности при психозах составляет 1—3% [4].

В основу модели положены демографические таблицы госпитализаций. Госпитализация относится к таким событиям, которые на протяжении жизни человека могут происходить неоднократно. Принцип моделирования подобных событий в демографии разработан Л.Е. Дарским [5] в применении к анализу рождаемости. В то же время схема демографического моделирования рождаемости предполагает, что событие хоть и может происходить в течение жизни неоднократно, но на протяжении года носит неповторный характер (вероятность родить дважды на протяжении года чрезвычайно мала). Это ограничение не позволило непосредственно применить разработанный алгоритм к исследованию частоты госпитализаций, поскольку значительная часть больных может в течение года стационарироваться вторично. Поэтому была разработана модификация имеющегося алгоритма, которая может быть использована для анализа любых событий, наступающих повторно в пределах года.

Демографические таблицы госпитализаций послужили необходимой основой для построения модели, которая описывает изменение по мере течения болезни, не только частоты госпитализаций, но и их длительности, а также инвалидности, обобщенных в динамике трудопотерь. Для этого на табличное распределение контингента по длительности болезни и количеству госпитализаций были наложены структуры фактического контингента по длительности стационарирования и инвалидности, дифференцирование по порядковому номеру госпитализаций и продолжительности заболевания. Исследование потерь трудоспособности проводилось на протяжении всего периода болезни отдельно в группах мужчин и женщин, заболевших в раннем (до 20 лет), среднем (20—39 лет) и пожилом (старше 40 лет) возрастах. Было установлено, что основной закономерностью в развитии шизофрении является постепенное, в зависимости от длительности болезни и увеличения количества госпитализаций нарастание трудопотерь. При длительности болезни до пяти лет и количестве госпитализаций не более трех, трудопотери составляют 5—10% или 18—36 дней в течение года у одного больного. При длительности болезни около 30 лет и числе госпитализаций не менее семи, трудопотери составляют 45—55% или 165—200 дней у одного больного в течение года. Динамика общих трудопотерь складывается за счет сокращения в процессе течения болезни вероятности госпитализироваться и роста инвалидности. Установление закономерности прослеживается и у мужчин, и у женщин, заболевших в раннем, среднем или пожилом возрасте, госпитализирующихся как с низкой, так и с высокой частотой. Вместе с тем, пол больных и возраст их к началу заболевания оказывают существенное влияние на тяжесть течения болезни, являются важными прогностическими признаками. Наибольшими трудопотерями сопровождается шизофрения,

начавшаяся в возрасте 20—29 лет, несколько легче течет ранняя шизофрения, существенно благоприятней поздняя. У мужчин прогноз лучше при раннем начале, у женщин — при более поздней манифестации болезни.

Экономические потери

Социально-экономическая зависимость болезни определяется не только тяжестью ее течения, но и количеством таких больных, возрастом начала заболевания, его продолжительностью и пр. Чтобы оценить потери общества, на примере Москвы был произведен расчет, в основу которого положен принцип совмещения результатов демографического моделирования с данными о реальном населении, являющийся методической основой потенциальной демографии.

Экономические потери в Москве вследствие утраты трудоспособности при шизофрении составили в 1983 г. 14393,3 человеко-года. С точки зрения больных самым неблагоприятным, естественно, является раннее начало заболевания. В то же время оказывается, что наиболее значительные социально-экономические потери вызывает шизофрения, начавшаяся в возрасте от 20 до 39 лет (11061,0 и 3332,3 человеко-года соответственно). Это обусловлено не только тем, что она сопровождается самыми высокими трудовыми потерями в расчете на одного больного, но также и тем, что в этом возрасте заболевает максимальное число мужчин и женщин. Снижение трудовых потерь отвечает интересам и больных, и общества в целом, т.е. цели совпадают. В то же время анализ показал, что в определении очередности задач и приоритетов интересы могут сильно различаться. Это обстоятельство необходимо иметь в виду при разработке программ, направленных на улучшение психического здоровья населения, при ранжировании задач по степени их значимости и очередности.

Наиболее привычной формой выражения экономических потерь является их стоимостная оценка. Она может колебаться в зависимости от выбора измерителя. Средняя заработная плата, которую обычно используют для этих целей, в данном случае не подходит, поскольку она характеризует лишь ту часть произведенного продукта, который идет на потребление (при этом не все потребление, т.к. часть потребляемых благ и услуг распределяется через общественные фонды). Воспользуемся данными, которые привел в одном из своих выступлений Е.И. Чазов [6]. Он отметил, что экономический эффект от продления жизни в трудоспособном возрасте на один год составляет 4700 руб. на одного работающего. С учетом такой оценки ежегодные потери в результате снижения трудоспособности при шизофрении только в Москве составляет 67,6 млн. руб. Эта цифра впечатляет сама по себе. Но ее значение намного глубже.

Возвращение к экономическим методам управления многократно усилило потребность в корректных методах экономического обоснования выделения ресурсов на развитие той или иной отрасли, и оценки эффективности их использования. Чрезвычайно остро стоит эта проблема в социальной сфере, и в этом смысле здравоохранение не исключение. Одним из важных экономических критериев оценки эффективности его функционирования является минимизация потерь, которые общество несет в результате болезней. При всей условности и неполноте проведенного расчета он дает ориентиры, как перейти от вербальных оценок типа «лучше или хуже становится здравоохранение» к конкретным экономическим показателям, позволяющим сопоставить затраты на развитие службы и результаты ее работы.

Неполнота оценки социально-экономических последствий шизофрении обусловлена двумя обстоятельствами. Первое. Мы определяли трудовые потери только в процессе течения болезни и не учитывали преждевременную смерть. Однако не все случаи подобного рода должны расцениваться как трудовые потери, поскольку часть больных, умерших преждевременно, может быть нетрудоспособна. Второе. Помимо прямых трудовых потерь, т.е. стоимости благ и услуг, недопроизведенных больны-

ми, сюда входят также затраты на их пенсионное обеспечение, стационарное лечение и прочее. Каково же соотношение трудопотерь и иных затрат в общих социально-экономических потерях? По данным американских исследователей [7], изучавших социальные последствия алкоголизма, злоупотребление алкогольными напитками ежегодно наносит американской экономике ущерб в 117 млрд. дол. Из них 15 млрд. (12,8%) уходит на лечение, выплаты по страхованию и пр. Остальная сумма складывается в основном из стоимости товаров и услуг, которые могли быть произведены и оказаны.

По расчетам М.Е. Варганияна [2], общие затраты на больных с психическими расстройствами в нашей стране составили в 1988 г. 4,5 млрд. руб. Из них 1 млрд. (22,2%) — это сумма, которую недодают больные в силу своей инвалидизации. Таким образом, не только объем затрат в десятки раз ниже, чем приводимый американскими исследователями, но и структура их прямо противоположна. С чем же это связано? В СССР на начало 1988 г. насчитывается 1025186 инвалидов, из которых полностью нетрудоспособны в возрасте 15 лет — 893383. Следовательно, потери вследствие полной утраты трудоспособности составляют у каждого больного в среднем около 1 тыс. руб. в год (1119). Эта цифра почти в четыре раза меньше оценки, приводимой Е.И. Чазовым. В основу ее расчета, по-видимому, лег размер минимальной заработной платы (1119:12 мес. = 93 руб.), что не позволяет, как было показано выше, адекватно оценить размер экономических потерь. Исходя из этих соображений, следует, по-видимому, более правдоподобной признать структуру экономического ущерба, приведенную американскими исследователями. Даже при условии, что в нашей стране это соотношение будет несколько отличаться, учитывая различия в производительности труда и другие факторы, не вызывает сомнений, что то, что мы называем трудопотерями, составляет подавляющую часть социально-экономического ущерба. Этот вывод подтверждается также данными других авторов [8]. Можно с уверенностью сказать, что в нашей стране на помощь больным с длительно текущими хроническими заболеваниями выделяется в несколько раз меньше средств, чем теряется в результате того, что эта помощь недостаточна. Иными словами, не вкладывая средств в здравоохранение, в частности в психиатрию, государство несет значительные убытки, не говоря уже о гуманистическом аспекте этой проблемы.

Социальный балласт?

Когда говорят об ухудшении качества населения в связи с обострением проблемы психического здоровья обычно имеют в виду помимо чисто экономических аспектов, такие процессы как рост числа лиц с ограниченными возможностями обучения, увеличение количества самоубийств, распространение асоциальных типов поведения и т.д. Рассмотрим на примере больных шизофренией, справедливо ли отождествление социальной психологии с патологией психической.

Если среди лиц в социальном отношении достаточно высоких групп такие расстройства будут рассматриваться как болезнь, то в группах лиц с низким социальным статусом они могут не заслуживать особого внимания.

Уровень образования не является абсолютным индикатором социального статуса, вместе с тем не вызывает сомнения, что на высоких ступенях социальной лестницы образованных людей больше. Следовательно, полнота выявления больных в различных социальных группах может отличаться. Кроме того, уровень образования, как правило, определяет работу человека, степень психической нагрузки, и может опосредовано сказаться на распространенности в разных группах тех или иных заболеваний, и прежде всего психических расстройств [3].

При анализе этого фактора остановимся лишь на полюсных вариантах: на случаях, когда заболевание катастрофическим образом отразилось на судьбе больных

(не учились или закончили школу для умственно отсталых) и тех, у кого судьба складывалась благоприятно (окончили школу и получили высшее образование). Чем позже при прочих равных условиях началось заболевание, тем меньше тех, кто не учился или учился в школе для умственно отсталых. Если у детей 10—14 лет эта группа составляет около 40% мальчиков и 30% девочек, то в возрасте 40—59 лет — менее 1% мужчин и женщин. Поскольку в детстве шизофрения начинается сравнительно редко (у 6,9% мужчин и 3,1% женщин), то в среднем для всей совокупности больных доля группы с самыми катастрофическими последствиями в области образования составляет около 2% (2,1% мужчин и 2,4% женщин). В то же время 18,8% мужчин и 19,0% женщин получили высшее образование. Если сравнивать по этому показателю больных шизофренией и население в целом, то оказывается, что доля больных мужчин, имеющих высшее образование, незначительно ниже, чем в населении (в возрасте 20—39 лет на 18,1%, в 40—59 лет — на 0,5%, в 60 лет и старше — на 11,0%), а у больных женщин даже существенно выше (в возрасте 20—39 лет на 7,1%, в 40—59 лет — в 1,8 раза, в 60 лет и старше — в 1,7 раза).

По-видимому, эти различия связаны с тем, что женщины заболевают несколько позже и большая часть их успевает получить образование прежде, чем болезнь может помешать этому. В наиболее трудоспособных возрастах (от 20 до 59 лет) различия вообще мало значимы.

В связи с тем, что значительная часть лиц, в том числе имеющих высшее образование, оказывается вследствие болезни полностью или частично нетрудоспособной или не в состоянии работать в соответствии с имеющейся квалификацией в литературе обсуждался вопрос: а не закрыть ли вообще лицам с психическими расстройствами доступ к получению высшего образования. Не говоря о том, что образование является неотъемлемым правом личности, подобное решение имело бы широкий спектр отрицательных последствий. В том числе и следующее. В психиатрии проведен ряд исследований, которые показали, что образование, и прежде всего высшее, — является существенной предпосылкой формирования у больного активного отношения к жизни. Наличие социальной установки помогает человеку сопротивляться болезни, сокращает сроки стационарного лечения, облегчает социально-трудовую адаптацию [9]. Оказывая влияние на всю систему ценностных ориентаций человека, перестраивая ее в направлении большей личной активности, отказа от иждивенчества, развитый интеллект становится мощным стимулом сопротивления болезни. Именно поэтому, когда шизофрения развивается у лиц, имеющих высокий уровень образования, этот фактор оказывается в прогностическом отношении благоприятным.

Особое внимание привлекает изучение психического здоровья лиц с антисоциальным поведением. Важное место здесь занимают самоубийства. Нам совсем недавно стала доступна статистика самоубийств в СССР, но написано на эту тему уже немало. Одна из распространенных точек зрения сводится к тому, что основное число самоубийств совершают люди психически больные. Без ссылок на источники называется цифра до 70%. Какова же ситуация в действительности?

В настоящее время в СССР число самоубийств на 100 тыс. жителей составляет около 20, в Москве — несколько ниже — около 15. Психически больные люди действительно совершают самоубийства чаще, чем здоровые, в том числе при шизофрении до 135 человек из 100 тыс. Однако в Москве, например, на долю психически больных приходится лишь 15% самоубийств [10]. Таким образом, подавляющее большинство покончивших с собой — психически нормальные люди. К такому же выводу пришли авторы, анализировавшие психическое здоровье жителей Чимкента, предпринявших попытки суицида. Только 8,5% состояли на психиатрическом учете, из них половина — с шизофренией [11].

Те же закономерности прослеживаются при анализе алкоголизма и особенно наркомании. Исследования показывают, что лишь у 1,9% наркоманов была обнаружена шизофрения [12], что лишь немного превышает распространенность ее среди всего населения. Больше того, оказалось, что частота заболевания шизо-

френией, аффективными психозами, эпилепсией и другими тяжелыми расстройствами в семьях наркоманов соответствует популяционным показателям, а следовательно наличие психических заболеваний не может служить фактором риска развития наркомании [13].

Еще одна острая проблема — бродяжничество. Феномен миграционной активности психически больных имеет историю, давность которой сопоставима с историей человечества, а первые описания бродяжничества встречаются в виде отрывочных указаний в легендах, мифах и сказаниях разных народов. Особенности миграционного поведения психически больных и его причины подробно описаны в клинических исследованиях. А вот исследования, посвященные изучению распространенности бродяжничества душевнобольных, единичны, зачастую получены на нерепрезентативном материале, на несопоставимых контингентах больных, что связано со значительными методическими трудностями. Тем не менее эпидемиологические работы свидетельствуют, что среди бродяг число психически больных в несколько раз выше, чем во всем населении. По мнению I. Perr [14] среди 2 млн. бездомных в США значительная часть является душевнобольными, ставшими бродягами вследствие политики деинституционализации. Некоторые исследователи считают, что от 50 до 90% бездомных бродяг страны составляют психически больные, причем у 40% из них имеются психические нарушения, 29% страдают алкоголизмом, у 21% наблюдаются личностные расстройства [14]. По сведениям Н. Lamb 30—45% бездомных психически больных составляют больные шизофренией. Это подтверждается и данными отечественных авторов [14].

Социально-демографические исследования обнаружили среди бродяг преобладание лиц из неполных семей, с нарушенными межличностными отношениями, низким образовательным и материальным уровнем, частой сменой низкооплачиваемых профессий. Примечательно, что эти закономерности были характерны как для психически здоровых, так и для больных людей. Таким образом, помимо болезненных мотивов, приводящих к бродяжничеству, существенное значение имеет влияние экономических, политических и микросоциальных условий.

И, наконец, преступность. Проблема диагностики психического состояния лиц, совершивших противоправные поступки и связанное с этим определение ответственности за содеянное, является предметом самостоятельной области знаний — судебной психиатрии. Из литературы известно, что психически больные совершают общественно-опасные действия чаще, чем здоровые. Среди больных шизофренией криминальность наиболее высока [15]. Существуют описания особенностей психического состояния, условий, мотивов совершения преступлений больными, однако практически нет исследований, где делалась бы попытка определить "вклад" криминогенности психически больных в состоянии преступности в стране. В то же время нет сомнений, что это влияние не может быть значительным, и причины роста преступности надо искать вне связи с психическим здоровьем населения. Косвенно об этом свидетельствуют данные американских авторов. Для изучения связей между шизофренией и преступностью они отобрали две группы подростков. Первая состояла из 207 детей, матери которых больны шизофренией (группа повышенного риска), вторая — из 104 детей здоровых родителей (контрольная группа). Проследив десятилетний катамнез подростков, авторы обнаружили, что в первой группе частота антисоциального поведения, в том числе преступности, выше чем во второй. В то же время выяснилось, что факторы антисоциального поведения едины как в группе с высоким риском, так и в контрольной. Это внутрисемейные конфликты, в том числе негативное отношение к отцу или уход отца из семьи, а также низкие показатели интеллекта обследованных, раздражительность и неустойчивость поведения [16].

Считаем, что приведенные данные достаточно убедительно свидетельствуют о том, что отношение к психически больным людям как к социальному балласту совершенно неправомерно. Существующие в обыденном сознании представления опровергаются статистикой. Больше того, немалую долю ответствен-

ности за то, что часть психически больных пополняет социальное дно, несет само общество. Вероятность снижения социального статуса в значительной степени обусловлена экономическими и политическими условиями, при которых человек становится жертвой своего заболевания.

Психическое здоровье и воспроизводство населения

Эта тема включает несколько взаимосвязанных аспектов. Во-первых, изучение результатов демографического поведения больных: брачности, устойчивости семей, разводимости, рождаемости, смертности. Во-вторых, оценку влияния демографического поведения больных на здоровье будущих поколений. В-третьих, исследование того, как сказывается психическое здоровье населения на изменении демографической ситуации в целом.

Из всех этих проблем зарубежная психиатрия чаще касается рождаемости и ее последствий для общества. Первоначально этот аспект особенно в американской литературе, был связан с евгеническими идеями. Закон, разрешающий принудительную стерилизацию психически больных, был издан в США в 1907 г. [17]. В настоящее время интерес поддерживается генетическими гипотезами. В теоретическом плане остается неясным механизм устойчивой (около 1% населения) распространенности шизофрении. Практическая же сторона вопроса касается генетического риска и последствий его для потомства.

В нашей стране проблеме демографического поведения психически больных до последнего времени практически не уделялось внимания. Традиционно считалось, что для них характерна высокая брачность, большой процент многодетности, не ограничиваемая внебрачная рождаемость [18, 19]. Существует мнение, что эти факторы представляют угрозу для общества, поскольку являются причиной увеличения количества психически больных среди населения. На этом основании делается вывод о необходимости "вмешаться общественным организациям в этот пока не управляемый процесс" [18]. Согласно результатам изучения общественного мнения, проведенного в Казани в 1988 г. [20] 26,8% опрошенных полагают, что бороться с распространением психических заболеваний следует запретом больным иметь детей вплоть до проведения принудительной стерилизации. Еще 26,2% — что подобный запрет должен распространяться на те семьи, в которых оба родителя страдают психическим недугом, 5,6% настаивают на запрете в тех случаях, когда семьи имеют душевнобольных родственников. Примечательно, что эти мнения разделяет не только 2/3 населения, но и большинство профессионалов (практикующих психиатров, ученых-медиков, а также медицинского персонала психиатрических больниц). Как же обстоит дело в действительности?

Изучение репродуктивности больных до конца 50-х годов неизменно свидетельствовало, что показатели рождаемости у них значительно снижены по сравнению с населением в целом. Изменение ситуации было отмечено в работе К. Erlenmeyer—Kimlnig (1966 г.), в которой автор отмечал, что на фоне общего снижения рождаемости отмечается тенденция к ее росту у психически больных, в том числе при шизофрении, в результате чего уровень рождаемости у больных и в населении выравнивается [21]. О росте рождаемости у больных сообщили и другие авторы [22]. Значимость новой тенденции оказалась настолько велика, что в 70—80 годах за рубежом было проведено столько же исследований рождаемости у психически больных, сколько за несколько предыдущих десятилетий. Обзор европейских и американских работ [23] обнаружил, что увеличение показателей рождаемости, в частности у больных шизофренией, обусловлено целым комплексом факторов, главным из которых является патоморфоз самого заболевания, склонность его к более мягкому и легкому течению. Главный вывод авторов обзора состоял в том, что несмотря на отмечавшееся увеличение показателей, рождаемость у больных по-прежнему ниже, чем в населении.

Одной из причин этого является, по мнению авторов, более низкие шансы у больных на создание семьи. Анализ материалов переписи психически больных в Москве показал, что доля никогда не состоявших в браке здесь в отдельных возрастных группах в 3—5 раз выше, чем в населении. Это одна сторона проблемы. Вторая состоит в том, что у тех, кто образует семью, она оказывается непрочной. Процент разведенных превышает таковой в населении в тех же возрастах у женщин в 1,5—2 раза, у мужчин — в 2,5—3 раза. Следует отметить, что шансы на образование семьи у больных шизофренией, как у мужчин, так и у женщин, снижены по сравнению с населением почти в равной степени. В то же время у состоящих в браке женщин несколько выше, чем у мужчин, вероятность сохранить семью. Объяснений этому факту может быть несколько. Может иметь значение то обстоятельство, что у женщин, заболевших в возрастах наиболее активного формирования семьи (20—39 лет), течение заболевания легче, чем у мужчин. В то же время нельзя исключить и тот факт, что социальные и семейные роли мужчин и женщин различны, что общество чаще склонно предъявлять более жесткие требования к мужчинам, даже больным.

Доля женщин, никогда не состоявших в браке (25—30% к возрасту 40—49 лет), тесно коррелирует с процентом не родивших ни одного ребенка (35—40% к концу репродуктивного возраста). Если элиминировать эту причину, то и среди состоявших в браке 16% к концу репродуктивного возраста детей не имели, 56% родили одного, 24% — двух и лишь 4% имели трех и более детей. Следовательно, существуют и другие причины более низкой рождаемости. Проведенное в Риге в 1981 г. исследование 1113 больных шизофренией [24] показало, что 53,6% женщин в качестве основной причины отказа от рождения ребенка или ограничения их числа приводят собственную болезнь. Эти данные свидетельствуют о том, что под влиянием болезни и осознания ее последствий меняется мотивация репродуктивного поведения больных. В структуре мотивов ведущим становится ответственность за судьбу ребенка, опасение, что он может унаследовать болезнь родителей.

Установленные факты опровергают бытующее мнение о повышенной неконтролируемости рождаемости у лиц с тяжелыми психическими расстройствами. Однако они не снимают вопрос о том, какой "вклад" вносит эта рождаемость в распространение шизофрении. Известно, что для простого воспроизводства населения необходимо, чтобы на каждую брачную пару приходилось в среднем 2,62 ребенка [25]. Больные шизофренией, как правило, не вступают в брак друг с другом, т.е. в семье болен один из родителей. Поэтому для простого замещения поколений больных шизофренией необходимо, чтобы на брачную пару, в которой болен мужчина или женщина, приходилось в среднем 1,31 ребенка. Материалы переписи свидетельствуют, что в среднем на одну состоящую в браке больную шизофренией женщину к концу репродуктивного возраста приходится 1,14 ребенка. По данным В.П. Эфроимсона и М.П. Блюминой [26], обобщивших результаты многих генетических исследований, для потомков семьи с одним родителем, страдающим шизофренией риск заболеть ею составляет 7—17%. Таким образом, в среднем на каждую состоящую в браке больную женщину приходится 0,07—0,18 детей, которые также заболеют шизофренией. То есть реальный уровень рождаемости у больных составляет от уровня, требуемого хотя бы для простого замещения поколений, всего 4—12%. Следовательно, главным источником появления больных шизофренией является заболевание лиц, не имеющих наследственной отягощенности этим тяжелым недугом. Проведенный расчет содержит в себе несколько допущений относительно равенства уровней рождаемости в семьях, где шизофренией болен мужчина или больна женщина, относительно уровня рождаемости, необходимого для простого замещения поколений и некоторые другие. Однако принятые допущения не могут существенно исказить общую картину, главный параметр, определяющий влияние фактора рождаемости на распространение заболевания — это генетический риск. В пользу этого довода говорит многое. Мы не обнаружили сведений, касающихся заболе-

вания в целом, но результаты изучения наследуемости детской шизофрении (где генетический риск выше) свидетельствуют, что у детей, заболевших в возрасте 2—14 лет, родители были больны в 13,6% случаев. Причем в зависимости от формы шизофрении риск колеблется от 6,8 до 22,4% [27].

Поглощенность проблемами рождаемости практически вытеснила из круга интересов социальной психиатрии такой процесс, как смертность. Вообще изучению смертности при психических заболеваниях посвящены десятки исследований, как отечественных, так и зарубежных, но в контексте ее влияния на воспроизводство населения смертность практически не рассматривалась.

История изучения смертности при шизофрении насчитывает не одно десятилетие. В работах, относящихся к 40-м — началу 60-х годов, обзор результатов которых приводят L. Ciompi; C. Muller [28] отмечается, что по сравнению с населением смертность больных шизофренией повышена в 2,5—5 раз. Большинство авторов, проводивших свои исследования в 70—80 годах, результаты которых анализируют Э.Я. Штернберг [29] и Обухов Г.А. [30], пришли к выводу, что она выше в 1,5—2 раза. Снижение сверхсмертности более чем в 2 раза за 20 лет обусловлено, с одной стороны, улучшением условий жизни и содержания больных в стационаре, появлением новых лекарств, с другой — тем, что видоизменилось само заболевание, увеличилось число лиц со сравнительно легкими невыраженными проявлениями.

В каких же возрастах вероятность смерти наибольшая? Начнем с 15—19 лет, поскольку в детстве шизофрения начинается сравнительно редко (менее 1%). По данным переписи смертность больных превышает смертность населения в возрасте 20—39 лет в 4—6 раз, в 30—39 лет — в 3—4 раза, старше 40 лет — в 1,5—2 раза (большие значения относятся к женщинам). После 70 лет уровни смертности выравниваются. Продолжительность жизни больных оказалась на 5,4 года меньше, чем в населении, в том числе мужчин — на 4,7, женщин — на 6,4 года [31].

Поскольку максимальная сверхсмертность больных приходится на период формирования семьи и наивысшей социальной активности (20—39 лет) актуальность снижения преждевременной смертности при шизофрении не вызывает сомнений. На первый взгляд резервы очень значительны — более 5 лет. Возникает вопрос, является ли более низкая продолжительность жизни больных биологически обусловленной или существуют возможности увеличить ее усилиями общества в целом и прежде всего здравоохранения. Нами было предпринято исследование, основанное на гипотезе о разложении смертности взрослых людей (20—80 лет) на компоненты: фоновую, которая отражает влияние социально-контролируемых причин смерти, и возрастную, описывающую так называемый "биологический предел" смертности [32].

Полученные результаты свидетельствуют, что у больных шизофренией "биологическая компонента" почти в 10 раз выше, чем в населении. Если же сравнивать эти компоненты отдельно у мужчин и женщин, то оказывается, что у женщин она почти в 10 раз меньше, чем у мужчин. Это соответствует и результатам, полученным для населения, однако масштаб различий у больных значительно больше. Примечательно, что у больных и населения различается также фоновая компонента смертности (правда, не так значительно, как "биологическая", всего в два раза), несмотря на то, что данные о смертности больных и населения относятся к одной территории (Москва) и к одному времени (1983 г.).

Вклад экзогенных причин в смертность является достаточно выразительным индикатором уровня развития общества, образа жизни и степени материального благополучия его граждан. Таким образом, полученные данные позволяют считать, что больные шизофренией живут в среднем в худших, чем население, жилищных, бытовых, материальных условиях. Об этом говорят данные специальных исследований [33]. Разумеется, полученные цифры не дают прямого ответа на вопрос о соотношении "социального" и "биологического". Однако они

открывают возможность ориентировочно оценить, что при шизофрении влияние социально контролируемых причин на смертность больных составляет около 30%.

Интересно сравнить полученные результаты с данными о структуре причин смерти при шизофрении.

Обзор литературы показывает, что среди причин смерти больных шизофренией на первом месте, так же как и в населении, сказались заболевания сердечно-сосудистой системы: значительное место, в отличие от населения, занимали инфекционные заболевания, в том числе туберкулез. Смертность от злокачественных опухолей оказалась существенно ниже ожидаемой. Значительное место занимают суициды и смертность в результате несчастных случаев [30, 29]. Казалось бы, возникает противоречие. Больные чаще, чем население в целом, умирают от причин, традиционно относящихся к числу социально контролируемых. Анализ структуры причин их смерти позволяет высказать предположение, что повышенный риск обусловлен, по-видимому, комплексом факторов: во-первых, тем, что под влиянием бредовых и галлюцинаторных переживаний они чаще, чем здоровые, попадают в ситуации, опасные для их жизни; во-вторых, повышенным риском самоубийств и, наконец, в-третьих, тем, что активно развивающийся шизофренический процесс уменьшает сопротивляемость организма к соматическим и, прежде всего, инфекционным заболеваниям. Таким образом само понятие социально контролируемых причин смерти в применении к психически больным требует уточнения.

Преждевременная смертность традиционно понимается в демографии как смертность потенциально устранимая при условии, что медицинская помощь станет более совершенной, будут существенно улучшены условия труда и отдыха, расширено социальное обеспечение и т.д. Иными словами, усилия общества по снижению смертности являются одним из показателей его гуманности. Анализ смертности психически больных вносит новый аспект в эту проблему. Преждевременная смертность среди больных велика. Однако снижение ее далеко не всегда находится в рамках возможностей общества.

В заключение оценим влияние особенностей демографического поведения больных на динамику численности и структур населения. Это предполагает учет не только степени нарушения демографических характеристик больных, но и уровня распространенности данного заболевания у населения, в том числе в различных возрастных группах. Шизофрения встречается в среднем у 1% населения. В возрастах максимальной демографической активности больные составляют 0,5 — 1,5% численности этих групп. Таким образом, несмотря на выраженные негативные последствия шизофрении для самих больных, ее влияние на воспроизводство населения в целом незначительно. Однако, психические заболевания не исчерпываются только шизофренией. Поэтому можно предположить, что влияние психического здоровья населения на изменение демографической ситуации сравнительно велико.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Петраков Б.Д., Петракова Л.Б.* Психическое здоровье народов мира в XX веке. М.: Медицина, 1984.
2. *Вартанян М.Е.* Современные проблемы психического здоровья: Состояние и перспективы // Журн[^] невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. М., 1989. Вып. 10. С. 3—4.
3. *Киселев А.С., Сочнева З.Г.* Закономерности начала, течения и исходов основных психических болезней. Рига: Зинатне, 1988.
4. *Сочнева З.Г., Киришентале О.Х., Руткис А.А. и др.* Уровни и динамика временной нетрудоспособности при некоторых психических заболеваниях // Восьмой Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов. М.: Медицина, 1988. Т. 1. С. 256—258.
5. *Дарский Л.Е.* Формирование семьи. М.: Финансы и статистика, 1972.
6. *Чазов Е.И.* Возьмемся всем миром // Правда. 1988. 30 июня.
7. За рубежом. 1988. 25 ноября. С. 13.

8. Ушаков Ю.В., Калугина Л.И., Мирзян М.Г. Клинико-экономическое изучение шизофрении: методология исследования и сравнительный анализ стоимостных затрат в стационарной и амбулаторной сети // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. М., 1990. Вып. 11. С. 114—118.
9. Бодярева О.И. О психологических методических приемах выявления и оценки трудовых установок больных шизофренией / Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. М., 1980. Вып. 12. С. 1827—1832.
10. Киселев А.С. Самоубийство как социальная проблема // Эхо планеты. 1990. N 9 (100) С. 4—11.
11. Столярков А.В., Борохов А.Д., Жаманбаев Е.К. и др. Алкоголь, как провоцирующий фактор суицидных действий // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1990. Вып. 2. С. 55—59.
12. Генайло С.П. Особенности больных наркоманиями // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1990. Вып. 2. С. 42—46.
13. Радченко А.Ф., Рохлина М.Л. Семья больных наркоманией // Журн. невропатологии и психиатрии. 1990. Вып. 1. С. 38—42.
14. Артамонов А.А. Миграционное поведение в клинике психических заболеваний (обзор) // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1990. Вып. 4. С. 137—149.
15. Мальцева М.М. Профилактика повторных общественно-опасных действий психически больных // Методические рекомендации МЗ СССР. 1986.
16. Silverton L. Crime and the Schizophrenia Spectrum: A Diathesis — Stress Model // Acta psychiatr. scand., 1988. V. 78. N 1. P. 72—81.
17. Appelbaum P. The Issue of Sterilization and the Mentally Retarded // Hosp. commun. Psychiatr. 1982. V. 33. N 7. P. 523—524.
18. Косенко В. Г. Комментарий специалиста // Неделя. 1988. 9 окт.
19. Чечоиш О.М., Шестаков О.А. Социальное зло — алкоголизм. Л.: Изд-во ЛГУ, 1987.
20. Менделевич В.Д. Социологическая оценка некоторых аспектов организации психиатрической службы // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1990. Вып. 11. С. 118—121.
21. Fertility in Psychiatric Outpatients / Burr. W., Faler H., Strauss L., Brown S. // Hosp. Commun. Psychiatr. 1979. V. 30. N 8. P. 527—531.
22. Chronic Schizophrenic Women's Attitudes Toward Sex, Pregnancy, Birth Control, and Child Rearing / McEvoy J., Hatcher A., Appelbaum P., Abernethy V. // Hosp. Commun. Psychiatr. 1983. V. 34. N 6. P. 536—539.
23. Haverkamp F., Propping P., Hilger T. Is there an Increase of Reproductive Rates in Schizophrenics. I. Critical Review of the literature // Arch. Psychiatr. Nervenkr. 1982. V. 232, N 5. P. 439—450.
24. Соломонов С.А. Здоровье народа — ответственность родителей и общества / Подрастающее поколение (демографический аспект) М.: Мысль, 1981. С. 41—51.
25. Синельников А.Б. Сколько детей нужно иметь, чтобы поколение не стало уменьшаться? // Рождаемость, известное и неизвестное. М.: Мысль, 1983. С. 50—60.
26. Эфроимсон В.П., Блюшина М.П. Генетика олигофрении, психозов, эпилепсии. М.: Медицина, 1978.
27. Козлова И.А., Трубников В.И. Генетическая систематика клинических форм детской шизофрении // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1989. Вып. 8. С. 65—68.
28. Ciompi L., Muller C. Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine Katamnestiche Langzeitstudie bis ins Senium. Berlin, 1976. 242 S.
29. Штернберг Э.Я. Новые зарубежные исследования течения и исходов шизофрении (обзор) // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1987. Вып. I. С. 135—151.
30. Обухов Г.А. Исследования течения в психиатрии (обзор) // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1982. Вып. 11. С. 147—148.
31. Хрунина Г.И. Опыт применения математических методов к массовым данным по крупной - территории // Математические методы в психиатрической клинике. 1970. С. 139—141.
32. Гаврилов Л.А., Гаврилова Н.С. Биология продолжительности жизни. М.: Наука, 1986
33. Косенко В.Г. Социально-гигиенические данные о жилищных условиях психически больных в сельской и городской местности (до заболевания и в период болезни) // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1989. Вып. I. С. 117—121.