Психическое здоровье населения мира: социально-экономический аспект (по данным зарубежных исследований 2000—2010 гг.)

В.С. ЯСТРЕБОВ, И.А. МИТИХИНА*, В.Г. МИТИХИН, Л.С. ШЕВЧЕНКО, Т.А. СОЛОХИНА

Mental health of world's population: social and economic aspects (a literature review 2000—2010)

V.S. YASTREBOV, I.A. MITIKHINA, V.G. MITIKHIN, L.S. SHEVCHENKO, T.A. SOLOKHINA

Научный центр психического здоровья РАМН, Москва

Проанализированы современные подходы и результаты оценок бремени психического здоровья в различных странах и регионах мира, полученные на основе зарубежных исследований в период 2000—2010 гг. Источниками информации для публикации послужили базы данных ВОЗ и региональных отделов ВОЗ, база данных Национальной медицинской библиотеки США «MedLine», архивы публикаций ведущих зарубежных медицинских журналов в области психического здоровья. Установлено, что во всем мире наблюдается рост бремени психических болезней, особенно от депрессивных и тревожных расстройств. Показано, что получение более адекватных оценок бремени психического здоровья населения в отдельных регионах мира возможно лишь на основе надежных эпидемиологических, клинических и социально-экономических данных, что требует дальнейшего совершенствования и развития не только служб психического здоровья, но и соответствующих государственных и частных структур.

Ключевые слова: *психическое здоровье, болезненность, эпидемиология, бремя болезни.*

The authors had analyzed current approaches and results of the evaluation of the economic burden of mental health in the world derived from foreign research in 2000—2010. Sources of information were publications of the WHO database and the WHO regional offices, the database of the National Library of Medicine U.S. «MedLine», archives of publications by leading foreign medical journals in the field of mental health. The burden of mental illnesses, especially depression and anxiety disorders, has been increasing in all regions of the world. It has been shown that obtaining reliable estimates of mental health in modern conditions is only possible on the basis of reliable epidemiological, clinical and social/economic data which requires the development and improvement of mental health services as well as relevant social, public and private entities.

Key words: *mental health, incidence, epidemiology, burden of disease.*

Последние десятилетия в области исследований психического здоровья населения мира знаменуются не только пониманием важности улучшения помощи психически больным, признанием защиты их прав [6], но и осознанием общественной значимости масштаба последствий (бремени) психических заболеваний как в отдельных регионах мира [1, 2, 37, 64, 78, 79, 84], так и в некоторых странах [15, 16, 21, 24, 31, 40, 45, 47, 59, 64]. Следует особо выделить публикацию ВОЗ в 2001 г. [1], которая явилась значимым этапом в осознании службами здравоохранения, государственными институтами и населением в целом, бремени психических расстройств в социально-экономическом выражении.

Для оценки бремени психической патологии традиционные показатели (ожидаемая продолжительность жизни, смертность, заболеваемость и др.) оказались недостаточными в современных политических, социальных и экономических условиях, поскольку отражают лишь количественный компонент этого бремени. Логично, что они дополнились более чувствительными к динамике происходящих изменений оценками бремени психических болезней в денежном эквиваленте. Однако и оценка стоимости болезни также не в полной мере соответствует масштабу бремени, поскольку не все факторы могут быть представлены в денежном выражении.

За последние 20 лет оценка бремени психической патологии была расширена за счет принципиально новых показателей, учитывающих качественную сторону продолжительности жизни пациентов в соответствующих социально-экономических индикаторах. Среди них наибольшее распространение получили индикаторы:

— QALY — годы жизни, скорректированные на ее качество (quality-adjusted life years);

— DALY — годы жизни, скорректированные на инвалидность (disease-adjusted life years).

Использование показателей DALY направлено на подсчет лет, сохраненных для активной и дееспособной жизни, QALY — лет, приобретенных в результате медицинских вмешательств. В связи с этим показатели QALY наиболее подходят для анализа рентабельности медицинских мероприятий, в то время как показатели DALY — для оценки экономических потерь трудового потенциала.

© Коллектив авторов, 2012

*e-mail: mia52@mail.ru

Zh Nevrol Psikhiatr Im SS Korsakova 2012;112:2:4

В области психического здоровья одним из первых использовал индикатор QALY известный английский специалист M. Knapp и его группа [15, 48, 49]. При этом были выявлены некоторые трудности использования этого индикатора, в частности обнаружилось, что использование QALY может вести к дискриминации определенных групп населения, например таких как пожилые люди [49].

Индикатор DALY впервые был предложен в исследовании «Глобальное бремя болезней» (GBD), выполненное в 1993 г. [84] по инициативе Всемирного Банка. Наиболее важным в показателе DALY является то, что он включает в себя «функцию возрастной нагрузки», которая присваивает соответствующие веса годам жизни в разном возрасте. Показатель QALY не включает функцию возрастной нагрузки, поэтому один QALY (прожитый за год) имеет общую для всех возрастов ценность.

Авторы последующих исследований [1, 16, 20, 46] установили, что среди неинфекционных заболеваний ведущей причиной потерь по DALY являются болезни нервной системы и психические расстройства. Уже в 1990 г. на долю болезней нервной системы и психических расстройств приходилось около 10% от общих потерь по DALY, в 2000 г. — 12,3%, а к 2020 г. прогноз составляет 15%. Основные потери по DALY связаны с униполярной депрессией и будут возрастать как в развитых, так и в развивающихся государствах.

A. Lopez и C. Murray в 1998 г. [54] подсчитали также, что из 10 ведущих причин инвалидности 5 случаев приходятся на психические заболевания, отнимающие до 30% лет, прожитых в период нетрудоспособности, а по потерям DALY вследствие болезни и травм униполярная депрессия занимала 4-е место и по прогнозу к 2020 г. выходит на 2-е место, пропуская вперед лишь ишемическую болезнь сердца.

Исследования глобального бремени болезней, выполненные в последние годы по инициативе ВОЗ [78, 79] с учетом оценки бремени психической патологии по DALY, показали, что психические расстройства вошли в ряд основных причин ухудшения состояния здоровья населения во всех странах.

Вместе с тем адекватная оценка бремени болезней в единицах QALY и DALY (которые имеют свои недостатки и ограничения) возможна только при наличии соответствующих единых компьютерных систем (баз данных) учета смертности, инвалидности и временной нетрудоспособности на уровне региона или страны, а также экспертных оценок весовых коэффициентов для функциональных нарушений. Все это, как правило, характерно для развитых стран. Поэтому в иных случаях исследователям при оценке бремени психических заболеваний приходится опираться на традиционный стоимостный анализ, использующий денежные единицы и учитывающий прямые затраты и косвенные потери.

В качестве примера распространенности использования различных индикаторов в области психического здоровья в табл. 1 приводятся оценки объема документов, найденных по запросам: 1. «Burden Mental Disease QALY»; 2. «Burden Mental Disease DALY»; 3. «Burden Mental Disease dollar»; 4. «Burden Mental Disease» — поисковыми системами Google и NCBI (National Center for Biotechnology Information), база которой насчитывает около 80 млн записей и, в частности, используются ресурсы «MedLine» (дата обращения 30.07.11).

Результаты оценки объемов информации из табл. 1 свидетельствуют об определенном преимуществе использования индикатора DALY и денежных единиц для измерения бремени психических расстройств.

Цель настоящей работы — анализ современных подходов к изучению бремени психических болезней и оценка полученных результатов в отношении этого бремени для основных регионов и отдельных стран мира.

Материал и методы

Учитывая многообразие данных по разным аспектам этой темы, которые были получены на основе международных и национальных исследовательских программ во многих континентальных странах, в настоящую работу были включены результаты лишь наиболее показательных для характеристики методов оценки и уровня бремени для основных психических болезней зарубежных работ, выполненных в период 2000—2010 гг. Материалом для данной публикации послужила совокупность научных публикаций зарубежных авторов на тему «Global Burden of Mental Disease». Источниками информации были базы данных ВОЗ, департамента психического здоровья и региональных отделов ВОЗ, база данных Национальной медицинской библиотеки США «MedLine», архивы публикаций ведущих зарубежных медицинских журналов в области психического здоровья, научная библиотека Научного центра психического здоровья РАМН. В работе были использованы поисковые системы специализированной базы данных NCBI и Internet.

Для оценки масштаба какого-либо явления или факта принято использовать относительные величины: % внутреннего валового продукта (ВВП) или относительная (в пересчете на душу населения) величина DALY. К сожалению, достаточно малое число (порядка 10%) зарубежных исследований при оценке глобального бремени психических заболеваний используют относительные показатели, что осложняет понимание его масштаба, а также проведение кросс-национальных сравнений в этой области. Основная часть приведенных далее относительных оценок выполнена авторами настоящей работы.

Результаты и обсуждение

Приведем на основе данных работы [37] оценки бремени (к 2001 г.) по четырем основным психическим заболеваниям (униполярная депрессия, биполярное расстройство, шизофрения, паническое расстройство) в основных

Таблица 1. **Оценка объема документов при поиске в системах NCBI и Google для разных форм запроса по теме «Бремя психических болезней»**

Поиск	Запрос			
	1 (QALY)	2 (DALY)	3 (dollar)	4 (BMD)
NCBI, тыс. единиц информации	0,075	0,067	0,113	7,12
Google, тыс. единиц информации	13,5	3350	1840	5590

регионах мира (по классификации Всемирного Банка). На рис. 1 представлен вклад (% DALY) этих заболеваний в глобальное бремя по всем неинфекционным болезням. На рис. 2. представлен вклад (% DALY) этих заболеваний в глобальное бремя по нервным и психическим болезням.

Среди 10 ведущих неинфекционных болезней, по данным ВОЗ [78], в 2004 г. на долю униполярной депрессии приходилось 4,3% объема DALY (3-е место в мире). По прогнозу на 2020 г. это заболевание переместится на 2-е место (5,7%), а к 2030 г. — на 1-е место в мире, при этом потери DALY составят 6,2%, опережая сердечно-сосудистые заболевания (5,5%) и травматизм (4,9%).

В странах с высоким и выше среднего уровнем развития униполярная депрессия уже в 2004 г. занимала 1-е место (8,2 и 5,1% соответствующих объемов DALY).

В 2004 г. среди 20 ведущих причин инвалидности средней и тяжелой степени депрессивные расстройства приводили к 98,7 млн случаев инвалидности (3-е место в мире). При этом подавляющее число (93,4 млн) случаев приходится на возрастные группы до 60 лет (1-е место в мире). В целом психические болезни и расстройства поведения влекли за собой около 207 млн случаев инвалидности (1-е место в мире).

В 2008 г. коллектив американских исследователей W. Eaton и соавт. [20] представил обстоятельный аналитический обзор о масштабах глобального бремени для десяти психических расстройств (большая депрессия, расстройства личности, биполярное расстройство, паническое расстройство, шизофрения, деменция, патологические зависимости от психоактивных веществ и алкоголя). Использовался мета-анализ данных исследований, проведенных в период 1980—2006 гг. практически во всех регионах мира (Северная Америка, Латинская Америка, Европа, Юго-Восточная Азия, Австралия, Африка, Ближний Восток) и охватывающих около 40 стран (около 200 работ-источников). Основная часть (более 70%) этих исследований проведена в США, Канаде и Европе в рамках национальных и межнациональных (World Mental Health — ВОЗ) проектов в период 1995—2006 гг. Отбирались исследования с объемом выборки не менее 500 человек (взрослые), исключались исследования конкретных социально-демографических групп, одного пола, социально-

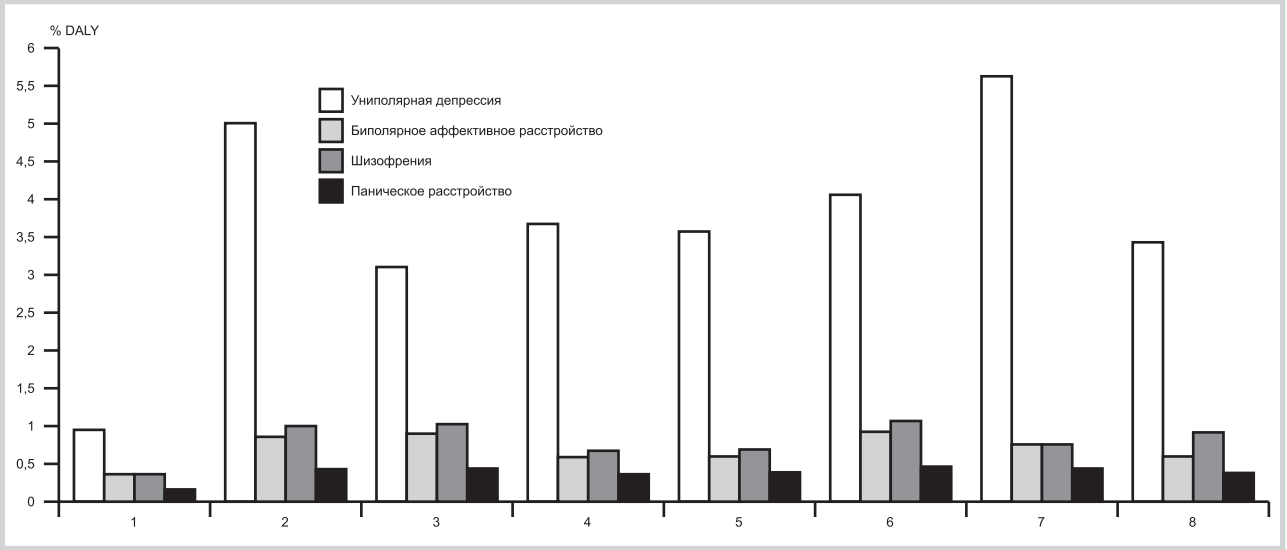

Рис. 1. **Вклад (% DALY) в 2001 г. четырех основных психических заболеваний в глобальное бремя по всем болезням.**

Здесь и на рис. 2: по оси абсцисс: 1 — Южная Африка; 2 — Латинская Америка; 3 — Ближний Восток; 4 — Европа и Центральная Азия; 5 — Южная Азия; 6 — Восточная Азия и Тихоокеанский регион; 7 — страны с высоким уровнем развития; 8 — все страны.

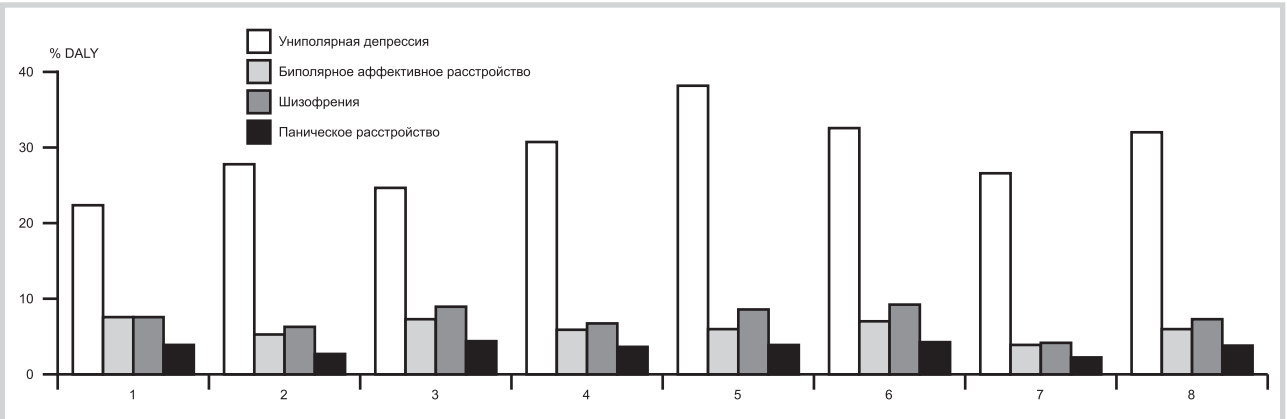

Рис. 2. **Вклад (% DALY) в 2001 г. четырех основных психических заболеваний в глобальное бремя по нервным и психическим болезням.**

Таблица 2. **Бремя (годовое) психических расстройств, пересчитанное на население США (в долларах США, 2005 г.)**

Диагноз по DSM-IV	Стоимость (млрд долларов США)	Относит. оценка (% ВВП США)
Панические расстройства	30,4	0,27
Социальная фобия	15,7	0,14
Простая фобия	11,0	0,10
Большая депрессия	97,3	0,86
Обсессивно-компульсивное расстройство	10,6	0,09
Наркотическая зависимость	201,6	1,78
Алкогольная зависимость	226,0	1,99
Шизофрения	70,0	0,62
Биполярное аффективное расстройство	78,6	0,69
Деменция	76,0	0,67
Итого	**817,2**	**7,20**

экономического статуса. Оценка болезненности проводилась на основе 12-месячных показателей с использованием WMH-WHO-версии CIDI-интервью и DSM-IV. Количество источников, по данным которых получалась усредненная оценка болезненности для каждого заболевания, варьировало от 11 (зависимость от психоактивных веществ) до 42 (большая депрессия) — в среднем около 24 источников на заболевание. Бремя заболеваний оценивалось на основе прямых расходов, косвенных потерь (на человека в год по каждому заболеванию) и затем пересчитывалось на население США с учетом усредненных показателей болезненности и курса доллара США в 2005 г. В табл. 2 представлены полученные значения бремени по указанным расстройствам. С учетом размера ВВП США в 2005 г. получаем для суммарного относительного значения бремени по указанным в табл. 2 расстройствам величину 7,2% ВВП для США.

По поводу полученных оценок бремени можно сделать следующее замечание: среднее значение показателя болезненности по основным формам патологии, использованное в указанной работе [20], меньше, чем в развитых странах [43, 77, 80]. Средние индивидуальные потери (прямые и косвенные) близки к таковым в развитых странах. Авторы прямо указали, что оценки расходов, вызванные большой депрессией, биполярным расстройством, шизофренией, злоупотреблением алкоголем и психоактивными веществами, опирались на исследования, проведенные в США в последние 15 лет. Поэтому, оценивая полученные результаты, следует рассматривать их как нижнюю оценку бремени рассматриваемых заболеваний для развитых стран и как верхнюю оценку бремени для стран со средним и низким уровнем развития. Если исключить расходы, связанные с наркотической и алкогольной зависимостью (характерные для США), то относительное бремя по оставшимся заболеваниям снижается до 3—5% ВВП, что является более реальной оценкой бремени для стран со средним уровнем развития.

Аналитические кросс-региональные и кросс-национальные исследования бремени заболеваний, аналогичные работе W. Eaton и соавт. [20], являются весьма важными для формирования представлений о мировых и региональных трендах в области психического здоровья. Это необходимо с целью формирования адекватной политики, стратегии и тактики (прежде всего на уровне ВОЗ, ООН, Всемирного Банка) в развитии соответствующих региональных и национальных служб всех уровней.

Для получения оценок бремени заболеваний с учетом социально-экономических, экологических, культуральных и других особенностей, на которых должен основываться выбор оптимальных решений развития национальных служб всех уровней (и не только в области психического здоровья), следует опираться на репрезентативные национальные исследования, которых явно мало, в первую очередь это относится к странам с низким и средним доходом LAMIC (low- and middle-income countries), и на этот факт указывается в ряде исследований [24—29, 35].

В последние годы в связи с мировым финансовым кризисом (с 2007—2008 гг.), резким усложнением социально-экономической, политической и экологической обстановки во всех регионах мира психическое здоровье населения всех стран подвергается новым испытаниям. Основные угрозы: финансовые ограничения, нестабильность и ухудшение качества жизни населения, безработица, растущее социально-экономическое неравенство, дискриминация и стигматизация больных. При этом существенно возрастает масштаб влияния указанных негативных факторов. С целью преодоления этих угроз в рамках ВОЗ и отдельных стран предпринимаются соответствующие исследования, накапливаются данные [17, 19, 22, 56, 60, 62, 72, 76, 81], но обработка первичной информации (с учетом синергетики негативных факторов) и создание эффективных программ развития и функционирования национальных служб психического здоровья в новых условиях потребует еще несколько лет.

Региональные характеристики

Северная Америка. В анализ показателей этого региона включены данные исследований по двум основным странам — США и Канады, в которых по сравнению с другими странами американского региона в наибольшей степени представлены национальные психиатрические службы и сеть научно-исследовательских учреждений в областях психического здоровья, экономики и статистики здравоохранения.

Соединенные Штаты Америки. Для оценки масштаба бремени серьезных психических болезней приведем значения показателей болезненности в 2003—2004 гг. по основным психическим расстройствам в США, диагностируемых по DSM-IV. Согласно работам R. Kessler и соавт. [43—47], P. Wang и соавт. [77], WHO [78], более 26% американцев в возрасте от 18 лет и старше страдали психическими расстройствами ежегодно, что составляло по-

рядка 60 млн человек населения страны. Среди этих показателей доля выраженных психических расстройств составляет величину порядка 8%. Депрессивные расстройства выявлялись ежегодно у 21 млн (9,5% населения) взрослых. Большое депрессивное расстройство отмечено примерно у 14,8 млн (6,7% населения) взрослых. По данным ВОЗ [78], депрессивные расстройства — ведущая причина инвалидности населения США в возрасте 15—44 лет.

Оценка основных компонент бремени серьезных психических расстройств (исключая наркотическую и алкогольную зависимость) приводится в работах T. Insel [38, 39], R. Kessler и соавт. [43]. Прямые затраты на основе данных 2003 г. составили величину порядка 100 млрд долларов (6,2% от бюджета всего здравоохранения США). При этом только около 40% больных получили адекватное лечение.

Основная компонента косвенных потерь связана с потерями в производстве (падение производительности, безработица), составляя более 190 млрд долларов. Суммарное бремя (без учета бездомных, лиц в исправительных учреждениях, коморбидности и потерь из-за преждевременной смертности и суицида) составило 317 млрд долларов, что достаточно близко к величине бремени (без учета алкогольной и наркотической зависимости), приведенное в работе W. Eaton и соавт. [20]. Отметим, что по сравнению с 1992 г. величина бремени выросла более чем на 100% (в 1992 г. — 156 млрд долларов).

Таким образом, относительное бремя серьезных психических расстройств в период 2003—2004 гг. составляло величину порядка 3—4% ВВП для США. Дополнительно приведем оценку относительного бремени для депрессивных расстройств, по данным P. Greenberg и соавт., на 2003 г. [31] — 0,7% ВВП США.

Канада. Одна из первых оценок экономического бремени психических болезней в Канаде, по данным 1998 г., была опубликована в 2001 г. T. Stephens и N. Joubert [71]. Общая оценка бремени, по данным этих авторов, составила (здесь и далее в канадских долларах) 14,4 млрд долларов, из них прямые расходы — 6,3 млрд долларов. При оценке косвенных потерь учитывались суммы, связанные с потерями в производстве (падение производительности, безработица), потери вследствие инвалидности (долгосрочной и краткосрочной) и преждевременной смертности от психических заболеваний. С учетом величины ВВП для Канады на 1998 г. 581,7 млрд долларов относительная оценка бремени порядка ВВП страны составляет 2,5%. Аналогичное исследование, проведенное K. Lim и соавт. [52] и основанное на данных 2003 г., показало существенный рост бремени — 50,85 млрд долларов, а относительная оценка бремени психических расстройств составила 4,1% ВВП Канады. Дополнительно приведем оценку относительного бремени для шизофрении, по данным R. Goeree и соавт. [30] — 0,5% ВВП Канады. Наконец, в отчете Института экономики здоровья Канады [53] приведена оценка бремени психических расстройств на основе данных 2006 г., связанного с потерей качества жизни больных — 20,3 млрд долларов (1,4% ВВП Канады).

Европа. В 2005 г. журналы «European Journal of Neurology» и «European Neuropsychopharmacology» представили аналитические обзоры [10, 68, 83] о масштабах распространенности психических и психоневрологических расстройств в Европе и соответствующих экономических последствиях для Европейского союза. В этих обзорах представлены и обобщены данные, взятые из популяционных исследований, которые были проведены в европейских странах в период 1990—2004 гг. Приведем стоимостные оценки (в ценах 2004 г.) бремени психических и психоневрологических расстройств на основе работы P. Andlin-Sobocki1 и соавт. [10], полученные для 28 европейских стран (25 стран ЕС, а также Исландия, Норвегия и Швейцария).

При общей численности населения этих стран 465,6 млн человек 127 млн (27,2%) имели психические или психоневрологические расстройства. Глобальное экономическое бремя оценивалось величиной € 386,2 млрд (3,7% совокупного ВВП этих стран). Прямые затраты составили € 135 млрд, включающих расходы стационарного пребывания (€ 78 млрд), амбулаторных посещений (€ 44 млрд) и расходов на лекарства (€ 13 млрд).

В табл. 3 приводится абсолютная величина (€ млрд) экономического бремени для основных стран Европы и соответствующая относительная величина (% ВВП для этих стран).

Суммарная величина бремени для основных психических расстройств (исключая деменцию) составила € 239,5 млрд (2,3% совокупного ВВП стран Европы). Основной вклад в эту оценку внесли депрессия и биполярные расстройства (€ 106 млрд), тревожные расстройства (€ 41 млрд), шизофрения (€ 35 млрд).

В качестве достаточно редкого примера (удалось найти всего 3 работы) стоимостной оценки бремени, связанного с потерей качества жизни вследствие психических заболеваний, приведем результаты работ [73, 74], выполненных в британском центре психического здоровья (Sainsbury Centre for Mental Health, London) в 2003 и 2010 гг. В работах

Таблица 3. **Абсолютная и относительная величина бремени психоневрологических расстройств для основных стран Европы**

Страна	Бремя (€ млрд)	% ВВП
Австрия	8,8	4,1
Великобритания	55,3	3,6
Бельгия	10,6	4,0
Германия	114,5	5,8
Италия	40,8	3,0
Нидерланды	17,9	4,1
Норвегия	5,8	3,9
Финляндия	4,2	3,3
Франция	41,3	2,8
Швеция	9,4	4,2
Швейцария	8,9	4,4

Таблица 4. **Стоимостная оценка компонент бремени психических болезней в Англии, 2003 г., 2010 г. [73, 74]**

Компонента бремени	£ млрд, 2003 г.	£ млрд, 2010 г.
Прямые затраты	12,5	21,3
Экономические потери	23,1	30,3
Потери качества жизни	41,8	53,6
Итого	**77,4**	**105,2**

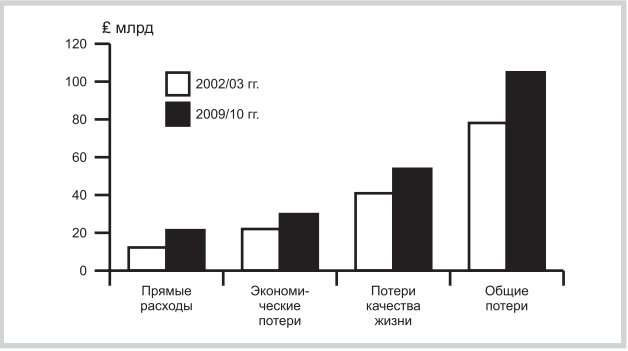

Рис. 3. **Сравнительные данные о бремени потерь для психических расстройств в Англии в 2002—2003 и 2009—2010 гг.**

Таблица 5. **Стоимостная оценка компонент бремени психических болезней (Франция, 2007 г.) [14]**

Компонента бремени	€ млрд, 2003 г.
Медицинские затраты	13,4
Социальные затраты	6,3
Экономические потери	24,4
Потери качества жизни	65,1
Итого	**109,2**

Таблица 6. **Стоимостная оценка компонент бремени психических болезней (Австралия, 2009 г.) [75]**

Компонента бремени	$ AU млрд
Медицинские затраты	1,5
Экономические потери	9,1
Потери качества жизни	20,5
Итого	**31,1**

была использована оригинальная методика пересчета единиц QALY в денежные (например, в условиях Англии 2003 г. единица QALY оценивалась величиной 30 тыс. £). В табл. 4 и на рис. 3 приведены оценки основных компонент бремени по результатам этих работ.

Общие потери в указанный период выросли на 36%. Экономические потери увеличились на 31,2%, потери, связанные с качеством жизни, — на 28,2%. Наибольший рост показали прямые расходы — на 70,4% (с 12,5 до 21,3 млрд £). Для сравнения, по данным авторов [74], в рамках службы психического здоровья за тот же период расходы на все виды медицинских услуг выросли на 81%. Аналогичная работа была выполнена в 2007 г. во Франции [14]. В этом исследовании единица QALY оценивалась величиной, равной среднедушевому значению ВВП (для Франции в 2007 г. — € 29 765).

Полученные результаты для компонент бремени основных психических заболеваний, исключая деменцию и умственную отсталость, приведены в табл. 5.

Соотношение между прямыми и косвенными компонентами бремени соответствовало 1:4, а общее бремя потерь составляло около 30% государственных расходов.

По оценке авторов работы [10] учет компоненты бремени, связанного с потерей качества жизни больных, добавит к экономическим потерям в рамках ЕС сумму в диапазоне € 500—700 млрд, что будет соответствовать примерно 5—7% совокупного ВВП стран Европы.

Австралия. Психические расстройства в 2003 г. [12] давали третий по величине (13,3%) вклад в общее бремя болезней и являлись основной (27%) причиной инвалидности в стране. По данным Австралийского статистического бюро [11], в 2007 г. почти половина (45%) населения страны в течение жизни имели проблемы с психическим здоровьем.

Последние стоимостные оценки [34, 75] основных компонент бремени психических расстройств, найденные в 2009 г. для больных в возрасте 12—25 лет (1,004 млн человек, что составляло 24,3% населения этой возрастной категории), приведены в табл. 6. При этом учитывались следующие психические болезни: тревожные и аффективные расстройства, зависимость от психоактивных веществ, биполярное расстройство, шизофрения, личностные расстройства.

Относительная величина глобального бремени составляла около 5% ВВП Австралии, при этом средние затраты на одного больного оценивались в 31 тыс. $ в год.

Азия. Этот регион является крупнейшим континентом мира по площади, на котором проживает более 3,5 млрд человек, что составляет более 50% населения мира. Основные динамично развивающиеся государства этого региона — Китай, Япония и Индия характеризуются очень высокой плотностью населения и разными социально-экономическими и культурными условиями жизни. По объему ВВП эти страны занимают в настоящее время соответственно 2-е, 3-е и 4-е место в мире. По классификации Всемирного Банка (ВВП на душу населения) Япония относится к странам с высоким уровнем доходов населения, а Китай и Индия — с достатком ниже среднего. Однако на данный момент в Китае и Индии очень высокие темпы роста ВВП (в 2009 г. более 7%), а в Японии — спад на 5%.

Следует отметить, что ресурсы служб психического здоровья в этих странах [23—28, 61] существенно отличаются. Например, в Японии на 100 000 населения число психиатров и медсестер [61] составляло 9,4 и 59 соответственно, в Китае — 1,2 и 2, в Индии — 0,2 и 0,05. Очевидно, что показатели кадровой оснащенности психиатрических служб, как и другие социально-экономические показатели, не могут не оказывать влияния на степень достоверности эпидемиологических показателей, которые являются базой для оценки бремени психических расстройств.

Япония. Проведенные в последние годы национальные и кросс-национальные эпидемиологические иссле-

дования [41, 42, 51] с использованием WMH-WHO-версии CIDI-интервью и DSM-IV показали, что болезненность (на основе 12-месячных показателей) по основным группам психических расстройств в Японии оказалась весьма низкой в сравнении с аналогичными показателями развитых стран. Вероятно, это связано с проблемами адаптации диагностических инструментов, национальными особенностями отношения к психическим болезням и высокой степенью стигматизации психических заболеваний в Японии [18].

Впервые (в японской психиатрии) стоимостная оценка бремени депрессивных расстройств взрослого населения Японии (на материалах в рамках исследований WMH-Japan 2002—2006 Survey Group) была опубликована только в 2011 г. [69]. Полные потери вследствие депрессии среди взрослых в Японии в 2005 г. оценивались почти в 2 трлн иен, что соответствовало 20 млрд $ (0,5% ВВП Японии в 2005 г.).

Существенной проблемой Японии в области психического здоровья является высокий уровень суицидов. По заявлению премьер-министра Японии Наото Кан, сделанному в 2010 г., в стране на протяжении последних 12 лет наблюдался очень высокий уровень суицидов (более 30 тыс. в год, что соответствует 24 на 100 000 населения, т.е. в 1,5 раза выше среднемирового показателя). По предварительной оценке в 2010 г. бремя депрессивных расстройств с учетом медицинских затрат, социально-экономических потерь, связанных с падением производительности, социальными выплатами и преждевременной смертностью составило величину порядка 32 млрд $ (0,6% ВВП Японии в 2010 г.).

Китай. Эпидемиологические исследования в Китае, проведенные в 2002—2003 гг. в рамках ВОЗ (World Mental Health Survey Consortium [77]), позволили получить оценку бремени депрессивных расстройств в этот период [36]. Суммарное бремя составило 51,4 млрд юаней или 6,3 млрд $ (0,5% ВВП Китая в 2002 г.). Прямые затраты составили величину порядка 1 млрд $ и соответственно косвенные потери — 5,3 млрд $.

Результаты эпидемиологических исследований, опубликованные в 2009—2010 гг. [55, 67], показывают, что 17,5% взрослого населения Китая (или более 170 млн человек) имели психическое расстройство, причем подавляющее большинство из них (более 150 млн человек) не получали квалифицированной помощи из-за низкого ресурсного и кадрового обеспечения службы психического здоровья. В связи с этими обстоятельствами масштабы глобального бремени психических заболеваний в Китае, очевидно, становятся крупнейшими в мире.

Индия. Как и многие государства Южной Азии, Индия сталкивается с большими социально-экономическими проблемами: нищета основной части населения, неравенство, насилие, высокое бремя инфекционных болезней. Существующий в стране дефицит психиатрических кадров и материальных ресурсов отдельные провинции пытаются заменить общественными формами помощи психически больным и членам их семей. На практике эта помощь оказывается различными негосударственными, некоммерческими организациями и объединениями.

Эпидемиологические исследования национального уровня проводились с использованием диагностических инструментов, имеющих размытые характеристики и описания [23, 57]. Последняя (на основе данных конца 90-х годов), явно заниженная [58] оценка прямых медицинских расходов для основных психических заболеваний составляет 0,05% ВВП Индии. В таких условиях достаточно сложно адекватно оценить в масштабах страны глобальное бремя психических заболеваний, но основные приоритеты развития служб психического здоровья Индии и основные направления соответствующих исследований в настоящее время формируются [63, 66].

В качестве нестандартного примера исследования социально-экономического и морального бремени основных хронических психических заболеваний (шизофрения и биполярное расстройство) в рамках городской семьи пациента сошлемся на работу P. Sharma и соавт. [70]. Одна из проблем при проведении подобных исследований — сложность в оценке семейных (семьи разного достатка) расходов на консультативную и медицинскую помощь, затраты на уход, транспортные расходы, стоимость лекарств, потерянные доходы, ухудшение качества жизни и здоровья членов семьи и другие потери с начала болезни родственника.

В работе показано, что отмеченные обстоятельства способствуют существенному росту бремени психических заболеваний, потери качества жизни пациентов и их родственников. Подчеркивается необходимость радикального улучшения материального и кадрового потенциала службы психического здоровья, что позволит обеспечить эффективное лечение и профилактику рецидивов серьезных психических болезней.

Латинская Америка. Основная часть стран Латинской Америки (Центральная и Южная Америка, а также Карибский бассейн) по классификации Всемирного Банка относится к странам LAMIC, т.е. со средним, ниже среднего и низким уровнем доходов населения. Около 40% населения этого континента сталкиваются с серьезными экономическими проблемами и безработицей, имеют низкий уровень образования — всего от 15 до 20% общей численности населения имеют высшее образование. Ресурсы служб психического здоровья в этих странах также весьма ограничены. Согласно данным работ [9, 26, 61], средние ресурсные показатели кадров в странах Латинской Америки к 2007 г. составляли 3,4 психиатра, 1,7 медсестры, 2,8 психолога и 1,9 социального работника на 100 000 населения, что в несколько раз ниже аналогичных показателей стран Европы и США (исключение составляли Аргентина и Куба, в которых число психиатров составляет 13,2 и 10,0 на 100 000 населения соответственно). Бюджеты национальных служб психического здоровья в среднем равнялись 1% от бюджетов здравоохранения, которые сами по себе невелики.

Бедность, низкий уровень образования, социальное отчуждение, политические и национальные конфликты, а также стихийные бедствия являются основными социальными детерминантами психических расстройств [65].

Глобальное бремя психических и неврологических расстройств (% DALY от всех болезней) за период с 1990 по 2002 г. выросло более чем в 2 раза и составило 22% [50]. Поэтому в последние 10 лет большинство (75%) стран региона были заняты проведением реформ в области создания и совершенствования служб психического здоровья. Интеграция служб психического здоровья в систему первичной помощи с акцентом на укрепление здоровья и профилактику рассматривалась в качестве основного компонента реформ здравоохранения во многих странах

региона [13, 50], в том числе в Бразилии, на Кубе, в Чили, Сальвадоре, Никарагуа, Гватемале и Панаме.

Африка. В большинстве стран Африканского региона уровень доходов населения ниже среднего и низкий. Обеспеченность психиатрами в среднем по региону составляет около 0,1 на 100 000 населения [61]. В большинстве африканских стран предусмотрены очень низкие расходы на службу психического здоровья населения — меньше 1% от национальных бюджетов на здравоохранение, которые сами по себе также очень низки [27, 61]. В связи с наличием многих проблем в социально-экономической сфере и области здравоохранения, низким уровнем жизни, этнической разнородностью жителей и низким уровнем моральных и иных традиционных ценностей население стран этого континента находится в группе существенного риска заболеваемости нервно-психическими расстройствами. Наиболее показательной в этом плане является ситуация в Южной Африке (ЮАР) и Нигерии. ЮАР — одна из самых этнически разнообразных стран Африки и имеет большую долю белого, коренного африканского и смешанного населения. Одной из центральных медико-социальных проблем этой страны является массовое распространение ВИЧ-инфекции, по которому ЮАР занимает первое место в мире. Изучение влияния стресса на состояние здоровья населения ЮАР (SASH — South African Stress and Health Study) — одно из актуальных направлений исследований ВОЗ в Африканском регионе [46, 82]. Аналогичная ситуация наблюдается и в Нигерии, которая по численности населения занимает 25-е место в мире (в настоящее время около 150 млн человек) и является крупнейшим государством африканского континента.

К сожалению, низкое качество эпидемиологических данных для стран Африки (в силу характерной для стран LAMIC неразвитости служб психического здоровья) не позволяет получить надежные оценки бремени психических болезней. Поэтому мы сошлемся на оценки прямых затрат, полученные для Нигерии [33] в условиях клинической и амбулаторной медицинской помощи для случаев депрессивных расстройств, шизофрении, эпилепсии и алкогольных расстройств. В работе приводится стоимость единицы DALY в год — 320$, что равно среднему годовому доходу на душу населения Нигерии (это типичная ситуация для стран LAMIC). Учитывая, что болезненность депрессивными расстройствами в Нигерии, по данным работ [32, 33, 77], составляла 3—5%, а основными психическими расстройствами — 10—12%, получаем для оценки бремени психических расстройств величину не ниже 3% ВВП Нигерии. Для ЮАР полученные оценки бремени можно удвоить, если учесть примерно в 2 раза большую болезненность психическими расстройствами [77] и влияния социально-экономического стресса на состояние здоровья населения ЮАР.

Социально-экономическая оценка бремени для основных психических расстройств применительно к условиям **России** в связи с радикальными социально-экономическими и политическими реформами требует отдельного рассмотрения. Укажем лишь, что в рассматриваемом периоде эта проблема изучалась в ряде отечественных работ [3—5, 7, 8]. Полученные оценки бремени психических расстройств в этих исследованиях следует рассматривать как нижние оценки бремени для России, так как последствия социально-экономических реформ негативно отразились на масштабах финансирования (прямые затраты) не только службы психического здоровья, но и российского здравоохранения в целом. При этом следует указать на проблемы диагностики и лечения психических патологий в общемедицинской сети. Кроме того, ряд оценок был получен либо для специфического контингента больных (пациенты психоневрологического диспансера) [3, 4], либо учитывались только прямые затраты на лечение [5]. В силу этих особенностей приведенные в указанных работах оценки бремени психических расстройств в России оказались в 2—4 раза ниже, чем соответствующие оценки в США и странах ЕС. Это связано также с различиями в структуре затрат служб психического здоровья и финансировании конкретных систем здравоохранения.

Анализ представленной информации позволяет сформулировать следующие выводы:

1. Мировые, региональные и национальные оценки социально-экономического бремени психических болезней населения, полученные в рассматриваемом периоде времени, весьма существенны и в стоимостном плане (% ВВП), и индикаторах DALY, QALY.

2. В ряду методологических проблем получения и использования социально-экономической оценки бремени болезней можно выделить две наиболее важные. Первая — неоднозначность в отношении оценки клинических результатов, которые обсчитываются экономистами. Возможны разные результаты в зависимости от особенностей использования медицинских и социальных технологий, что требует сравнительных контрольных испытаний. Однако для аккуратного моделирования более сложных связей необходимы дополнительная информация и соответствующие ресурсы. Вторая проблема — сложность использования полученных социально-экономических оценок бремени болезней в других условиях. Она возникает в силу многих причин, прежде всего за счет разных условий финансирования медицинских программ, разного уровня цен ресурсов и их соотношения и неоднородности групп, по которым делаются оценки. Например, оценка эффективности долечивания пациента в условиях сестринского ухода по сравнению с обычным стационаром может показать большой экономический эффект для высокоразвитых стран, где достаточно велика разница в зарплате врачей и медсестер, и незначительный эффект долечивания для стран со средними и ниже среднего условиями экономического развития и соответствующим уровнем развития специализированных служб. Решение этих проблем возможно лишь на основе надежных эпидемиологических, клинических и социально-экономических данных, что требует развития и совершенствования служб психического здоровья, а также соответствующих социальных, государственных и частных структур. На основе сказанного можно утверждать, что отношение к психическому здоровью населения является одним из важных индикаторов степени зрелости общества.

3. В настоящее время с учетом мирового финансового кризиса, а также в связи с резким усложнением социально-экономической, политической и экологической обстановки во всех регионах мира необходимо вести регулярный мониторинг и исследования с целью оценки ситуации и преодоления воздействия этих негативных факторов на психическое здоровье населения. Расчеты, проведенные на основе качественных показателей, свидетельствуют об очевидном росте психической патологии и глобального бремени психических болезней. Первые же на-

дежные количественные расчеты и оценки, а также основанные на них стратегические документы и национальные планы развития служб психического здоровья будут опубликованы, очевидно, не ранее 2012 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. ВОЗ. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2001. Психическое здоровье: Новое понимание, новая надежда. Женева, ВОЗ 2001; 215.
2. Всемирная психиатрическая ассоциация. Образовательная программа по депрессивным расстройствам (редакция 2008 г.). Под ред. О. Gureje, M. Maj. Т. 1. Основные аспекты депрессии. Пер. на рус. Под ред. проф. В.Н. Краснова. М: МНИИП 2010; 119.
3. *Гурович И.Я., Любов Е.Б.* Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. М: Медпрактика-М 2003; 264.
4. *Гурович И.Я., Любов Е.Б. и др.* Бремя депрессивных расстройств в отечественных психиатрических службах. Журн неврол и психиат 2010; 3: 77—82.
5. *Куликов А.Ю., Дедюрина Ю.М.* Анализ стоимости болезни лечения пациентов, страдающих депрессивными расстройствами в условиях здравоохранения Российской Федерации. Фармакоэкономика 2011; 4: 1: 24—33.
6. *Митихина И.А., Митихин В.Г., Ястребов В.Г.* Психическое здоровье населения мира: эпидемиологический аспект (Зарубежное исследование 2000—2010 гг). Журн неврол и психиат 2011; 111: 6: 4—14.
7. *Ястребов В.С., Солохина Т.А., Шевченко Л.С. и др.* Экономическая оценка масштаба вложений и потерь вследствие психических заболеваний. Социальная и клиническая психиатрия 2009; 4: 21—28.
8. *Ястребов В.С., Солохина Т.А., Шевченко Л.С. и др.* Экономическая оценка последствий психических заболеваний: методические рекомендации для врачей и организаторов здравоохранения. М: МАКС Пресс 2009; 32.
9. *Alarcon R.D.* Mental health and mental health care in Latin America. World Psychiatry 2003; 2: 1: 54—56.
10. *Andlin-Sobocki1 P., Jönsson B., Wittchen H.-U., Olesen J.* Costs of Disorders of the Brain in Europe. Eur J Neurology 2005; 12: Suppl 1: 1—27.
11. Australian Bureau of Statistics National survey of Mental Health and well Being 2007. Summary of Results. ABS Cat. No.4326.0 Australian Bureau of Statistics, Canberra 2008.
12. *Begg S., Vos T., Barker B., Stevenson C., Stanley L., Lopez A.* The burden of disease and injury in Australia 2003. Cat. no. PHE 82., 2007. Canberra: AIHW, 337.
13. *Caldas de Almeida J.M.* Technical cooperation strategies of the Pan American Health Organization in the new phase of mental health services reform in Latin America and the Caribbean [in Spanish]. Pan American J Public Health 2005; 18: 314—326.
14. *Chevreul K., Prigent A., Bourmaud A., Leboyer M., Durand-Zaleski I.* The economic burden of mental illness in France. Urc Eco, Paris health economics and health services research unit2007 (www.urceco.fr).
15. *Chisholm D., Healey A., Knapp M.* QALYs and mental health care. Social Psych and Psychiatric Epidemiology 1997; 32: 68—75.
16. *Cohen J.* The GBD Study: a useful projection of future global health? J Publ Health Medic 2000; 2, 4: 518—524.
17. *De Vogli R., Gimeno D.* Changes in income inequality and suicide rates after «shock therapy»: evidence from Eastern Europe. J Epidemiology and Community Health 2009; 63: 956.
18. *Desapriya E., Iwase N.* Stigma of mental illness in Japan. Lancet 2002; 359: 1886.
19. *Dorling D.* Unemployment and health. Brit Med J 2009; 338: 829.
20. *Eaton W.W., Martins S.S., Nestadt G., Bienvenu O., Clarke D., Alexandre P.* The Burden of Mental Disorders. Epidemiol Rev 2008; 30: 1—14.
21. *Ezzati M., Lopez A.D., Rodgers A., Vander Hoorn S., Murray C.J.* Comparative Risk Assessment Collaborating Group. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. Lancet 2002; 360: 9343: 1347—1360.
22. Financial crisis and global health: report of a high-level consultation. Geneva, WHO, 2009 (http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009_financial_crisis_report_en_.pdf, accessed 10 December 2010).
23. *Ganguli H.C.* Epidemiological findings on prevalence of mental disorders in India. Ind J Psychiat 2000; 42: 14—20.
24. Global Mental Health 1. No health without mental health. Prince M., Patel V. et al. Lancet 2007; 370: 859—877.
25. Global Mental Health 2. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. Saxena S., Thornicroft G. et al. Lancet 2007; 370: 878—889.
26. Global Mental Health 3. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. Patel V., Araya R. et al. Lancet 2007; 370: 991—1005.
27. Global Mental Health 4. Mental health systems in countries: where are we now? Jacob K.S., Sharan P. et al. Lancet 2007; 370: 1061—1077.
28. Global Mental Health 5. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. Saraceno B., Ommeren M. et al. Lancet 2007; 370: 1164—1174.
29. Global Mental Health 6. Scale up services for mental disorders: a call for action. (Lancet Global Mental Health Group). Lancet 2007; 370: 1241—1252.
30. *Goeree R., Farahati F., Burke N., Blackhouse G., OReilly D., Pyne J., Tarride J.E.* The economic burden of schizophrenia in Canada in 2004. Current Medical Research and Opinion 2005; Suppl: 12: 2017—2028.
31. *Greenberg P.E., Kessler R.C., Birnbaum H.G. et al.* The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? J Clin Psychiatry 2003; 64: 1465—1475.
32. *Gureje O. et al.* Lifetime and 12-month prevalence of mental disorders in the Nigerian Survey of Mental Health and Well Being. British Journal of Psychiatry 2006; 188: 465—471.
33. *Gureje O. et al.* Cost-effectiveness of an essential mental health intervention package in Nigeria. World Psychiatry 2007; 6: 42—48.
34. *Hilton M.F., Scuffham P.A., Vecchio N., Whiteford H.A.* Using the interaction of mental health symptoms and treatment status to estimate lost employee productivity. Aust N-Z J Psychiatry 2010; 44: 2: 151—161.
35. *Hu T.W.* An International Review of the National Cost Estimates of Mentall Illness, 1990—2003. J Mental Health Policy and Econom 2006; 9: 1: 3—13.
36. *Hu T.W. et al.* Economic costs of depression in China. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2007; 42: 2: 110—116.
37. *Hyman S., Chisholm D., Kessler R., Patel V., Whiteford H.* Mental Disorders. In: Disease control priorities related to mental, neurological, developmental and substance abuse disorders. Geneva. WHO 2006; 110.
38. *Insel T.* Assessing the Economic Costs of Serious Mental Illness. Am J Psychiatry 2008; 165: 6: 663—665.
39. *Insel T., Schoenbaum M., Wang P.* Components of the Economic Burden of Serious Mental Illness in the US. US Neurology 2009; 5: 1: 10—11.
40. *Kavanagh S., Stewart A.* Economic Evaluations of Mental Health Care: modes and methods. In: Economic Evaluation of Mental Health Care. Ed. M. Knapp, 1955.
41. *Kawakami N., Shimizu H. et al.* Lifetime and 6-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in an urban community in Japan. Psychiatry Res 2004; 121: 293—301.
42. *Kawakami N., Takeshima T. et al.* Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002—2003. Psychiatry and Clinical Neurosciences 2005; 59: 441—452.
43. *Kessler R.C., Chiu W.T., Demler O., Merikangas K.R., Walters E.E.* Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 617—627.
44. *Kessler R., Heeringa S., Lakoma M. et al.* The individual-level and societal-level effects of mental disorders on earnings in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. Am J Psychiatry 2008; 165: 6: 703—711.
45. The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders. Eds. R.C. Kessler, T.B. Ustun. Cambridge University Press, NY 2008.

46. *Kessler R.C., Aguilar-Gaxiola S. et al.* The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. Epidemiol Psichiat Social 2009; 18: 1: 23—33.
47. *Kessler R.C., Green J.G. et al.* Screening for serious mental illness in the general population with the K6 screening scale: results from the WHO World Mental Health (WMH) survey initiative. Int J Methods Psychiat Res 2010; Suppl 1: 4—22.
48. *Knapp M.* (Ed.): Economic Evaluation of Mental Health Care. Ashgate Publishing Limited 1995; 253.
49. *Knapp M., Mangalore R.* The trouble with QALYs. Epidemiol Psichiat Soc 2007; 16: 4: 289—293.
50. *Kohn R. et al.* Mental disorders in Latin America and the Caribbean: a public health priority. Pan American J Public Health 2005; 18: 229—240.
51. *Koyama A., Miyake Y. et al.* Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of «hikikomori» in a community population in Japan. Psychiatry Res 2010; 176: 1: 69—74.
52. *Lim K.-L., Jacobs P., Ohinmaa A., Schopflocher D., Dewa C.* A new population-based measure of the economic burden of mental illness in Canada. Chronic Diseases in Canada 2008; 28: 3: 92—98.
53. *Lim K.-L., Jacobs P., Dewa C.* How Much Should We Spend on Mental Health? Report IHE. Edmonton, Canada 2008; 64.
54. *Lopez A.D., Murray C.J.L.* The global burden of disease, 1990—2020. Nature Medicine 1998; 4: 11: 1241—1243.
55. *Ma S.* China struggles to rebuild mental health programs. Can Med Ass Journ 2011; 8: 183: 2: 89—90.
56. *Marmot M.G., Bell R.* How will the financial crisis affect health? British Medical Journal 2009; 338: 1314.
57. *Madhav S.M.* Epidemiological study of prevalence of mental disorders in India. Indian Journal of Community Medicine 2001; 26: 4: 198—200.
58. *Math S.B. et al.* Psychiatric epidemiology in India. Indian J Med Res 2007; 126: 183—192.
59. *Mathers C.D., Lopez A.D., Murray C.J.L.* The burden of disease and mortality by condition: Data, methods and results for 2001. In: Global Burden of Disease and Risk Factors. Eds. A. Lopez, C. Mathers, M. Ezzati, D.T. Jamison, C.J.L. Murray. Washington, D.C: The World Bank and Oxford University Press 2006; 45—240.
60. *McDaid D., Knapp M.* Black-skies planning? Prioritising mental health services in times of austerity. Brit J Psychiatry 2010; 196: 423—424.
61. Mental Health Atlas. WHO, Geneva 2005; 540.
62. Mental health, disability and work. Issues for discussion. OECD Expert Meeting 26—28 April 2010. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development 2010.
63. *Mohandas E.* Roadmap to Indian Psychiatry. Indian J Psychiatry 2009; 51: 3: 173—179.
64. *Murray C.J.L., Lopez A.D.* (eds.). The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health 1996.
65. *Patel V.* Mental health in low- and middle-income countries. Br Med Bull 2007; 81—82: 1: 81—96.
66. *Patel V.* Research priorities for Indian psychiatry. Indian Journal of Psychiatry 2010; 52: Suppl 1: 26—29.
67. *Phillips M.R., Zhang J., Shi Q. et al.* Prevalence, treatment, and associated disability of mental disorders in four provinces in China during 2001—05: an epidemiological survey. Lancet 2009; 373: 2041—2053.
68. *Rossler W., Salize H.J. et al.* Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. European Neuropsychopharm 2005; 15: 399—409.
69. *Sado M. et al.* Cost of depression among adults in Japan in 2005. Psychiatry Clin Neurosci 2011; 65: 5: 442—450.
70. *Sharma P. et al.* An estimate of the monthly cost of two major mental disorders in an Indian metropolis. Indian J Psychiatry 2006; 48: 3: 143—148.
71. *Stephens T., Joubert N.* The economic burden of mental health problems in Canada. Chronic Dis Canada 2001; 22: 1: 18—23.
72. *Stuckler D. et al.* The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. Lancet 2009; 374: 315—323.
73. SCMH. The economic and social costs of mental illness*:* Policy Paper 3. London: The Sainsbury Centre for Mental Health 2003.
74. The economic and social costs of mental health problems in 2009/10. London: Centre for Mental Health 2010.
75. The economic impact of youth mental illness. Report by Access Economics Pty Limited for Orygen Research Centre, Victoria 2009; 57.
76. *Uutela A.* Economic crisis and mental health. Current Opinion in Psychiatry 2010; 23: 127—130.
77. *Wang P. et al.* Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO World Mental Health Surveys. Lancet 2007; 370: 841—850.
78. WHO. World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. J Am Med Assoc 2004; 291: 2581—2589.
79. WHO. The global burden of disease: 2004 update. WHO, Geneva 2008; 160.
80. WHO World Mental Health Surveys, 2008. Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders. WHO, Geneva 2008; 698.
81. WHO. Health amid a financial crisis: a complex diagnosis. Bull World Health Organisation 2009; 87: 1: 1—80.
82. *Williams D.R. et al.* Twelve-month mental disorders in South Africa: prevalence, service use and demographic correlates in the population-based South African Stress and Health Study. Psychological Medicine 2008; 38: 2: 211—220.
83. *Wittchen H.-U., Jacobi F.* Size and burden of mental disorders in Europe — a critical review and appraisal of 27 studies. European Neuropsychopharm 2005; 15: 357—376.
84. World Bank. World Development Report 1993: Global Burden of Disease Stude. N.Y., Oxford University Press 1993; 348.