

VII.2. Pye. П-1

**ПЕТЕРБУРГ НАЧАЛА 90-х:**  
безумный, холодный, жестокий  
**PETERSBURG IN THE EARLY 90's:**  
crazy, cold, cruel



ПЕТЕРБУРГ НАЧАЛА 90-х:  
БЕЗУМНЫЙ, ХОЛОДНЫЙ, ЖЕСТОКИЙ...



PETERSBURG IN THE EARLY 90's:  
CRAZY, COLD, CRUEL...



САНКТ-ПЕТЕРБУРГ 1994  
БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ  
ФОНД "НОЧЛЕЖКА"



SAINT PETERSBURG 1994  
CHARITABLE FOUNDATION  
"NOCHLEZHKA"

ББК 60.55  
П 29

*Статьи петербургских специалистов дают достаточно объективное представление о развитии социальной ситуации в Санкт-Петербурге начала 90-х годов.*

*В книге помещены сведения о благотворительных организациях города, работающих в социальной сфере.*

*Издание адресовано прежде всего социальным работникам, а также сотрудникам российских и зарубежных благотворительных организаций.*

*This book contains articles, written by specialists from St Petersburg, that aim to provide a sufficiently objective introduction to the evolution of the social situation in St Petersburg in the early 1990's.*

*There is also information on charitable organisations in the city presently working in the field of social welfare.*

*This publication is primarily addressed to social workers and to staff of Russian and non-Russian charities.*

© ЦЕЛЕВОЙ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД  
"НОЧЛЕЖКА", 1994

Л. Р. № 060249  
при участии издательства «Дорваль»

**ISBN 5-8308-0036-5**

Издание распространяется бесплатно  
The book is distributed free of charge

## СОДЕРЖАНИЕ

<i>ВМЕСТО ПРЕДИСЛОВИЯ</i>	7
ПРИРОДА И НАЗНАЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ	8
ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ ОБСТАНОВКА	12
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ	16
УРОВЕНЬ ЖИЗНИ	20
ЖИЛИЩНАЯ СИТУАЦИЯ	27
БЕЗДОМНОСТЬ	33
РЫНОК ТРУДА	39
ИНВАЛИДЫ И ПЕНСИОНЕРЫ	42
БЕЖЕНЦЫ	47
ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ	49
СЕМЬЯ	54
ДЕТИ-ИНВАЛИДЫ	59
“ОСОБЫЕ” ДЕТИ	62
ДЕТИ В ПРИЕМНИКЕ-РАСПРЕДЕЛИТЕЛЕ	65
БЕСПРИЗОРНЫЕ ДЕТИ	69
СЕКСУАЛЬНЫЕ МЕНЬШИНСТВА	75
ОПАСНОЕ СЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ДЕТИ	81
ПРЕСТУПНОСТЬ	84
САМОУБИЙСТВА	89
АЛКОГОЛИЗМ	93
НАРКОМАНИЯ	96
СПИД	102
ПРОСТИТУЦИЯ	105
<i>БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ, РАБОТАЮЩИЕ В СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ</i>	111

## CONTENTS BY TOPICS

<i>IN A PLACE OF A FOREWORD</i>	138
<i>TRANSLATORS' NOTE</i>	139
THE NATURE AND PURPOSE OF SOCIAL WORK	140
THE ECOLOGICAL SITUATION	143
SICKNESS AND MORTALITY	147
THE STANDARD OF LIVING	150
HOUSING	156
HOMELESSNESS	161
UNEMPLOYMENT	166
THE RETIRED AND HANDICAPPED	169
REFUGEES	173
MENTAL HEALTH	175
THE FAMILY	179
DISABLED CHILDREN	184
MENTALLY HANDICAPPED CHILDREN	186
NEGLECTED CHILDREN	189
VAGRANT CHILDREN	193
SEXUAL MINORITIES	198
DANGEROUS SEXUAL BEHAVIOUR AND CHILDREN	203
CRIME	206
SUICIDE	211
ALCOHOLISM	215
DRUG ADDICTION	218
AIDS	223
PROSTITUTION	226
<i>LIST OF SOCIAL WORK CHARITIES</i>	231



## Нервно-психическое здоровье населения Санкт-Петербурга

**Иосиф Гурвич**

*Иосиф Наумович Гурвич — врач-психиатр, кандидат психологических наук, работает в психиатрической больнице №3 Санкт-Петербурга*

Оценить нервно-психическое здоровье любой популяции можно, сравнивая его с нервно-психическим здоровьем другой популяции либо с состоянием нервно-психического здоровья той же популяции в предыдущие годы.

Основой для обоих видов оценки могут быть или показатели так называемой институционализированной заболеваемости, или индикаторы психологического самочувствия, благополучия индивида.

Представление об институционализированной заболеваемости основано на негативной концепции нервно-психического здоровья, когда психическое здоровье индивида устанавливается по отсутствию признанного в определенном социально-правовом порядке нервно-психического расстройства.

Использование показателей заболеваемости для оценки нервно-психического здоровья популяции имеет ряд ограничений, поскольку “включение” индивида в сферу психоневрологической помощи зависит от ряда промежуточных факторов. В сфере амбулаторной помощи (при первичном обращении) это, с одной стороны — сложный комплекс личностных, этнокультурных и ценностных переменных, приводящих индивида к осознанию своих проблем как требующих медицинской помощи и принятию решения об обращении. С другой — оценка врачом проблем пациента как проявления психиатрической симптоматики и направление к психиатру, на которые влияют восприятие врачом личностных и социально-статусных характеристик больного и уровень профессиональной подготовки самого врача. При повторном обращении наиболее важно выполнение пациентом врачебных рекомендаций (для нервно-психической патологии это чаще всего — поддерживающая терапия) и отношение к оказываемой помощи в целом, обусловленное, наряду с характером заболевания, не менее сложным комплексом социальных и психологических переменных, воздействующим на мотивацию лечения.

Уже первые эпидемиологические исследования нервно-психической патологии показали, что из-за действия этих промежуточных факторов показатель заболеваемости, построенный на обращаемости, отражает лишь незначительную долю нервно-психической патологии в популяции.

В сфере стационарной помощи показатели заболеваемости (госпитализации) обусловлены прежде всего обеспеченностью психиатрическими койками (т.е. отражают, скорее, экономическое развитие территории), а также правовой стороной процедуры госпитализации.

Сегодня не существует и единого подхода к тому, что следует включать в понятие нервно-психической патологии, равно как и к определению границ и диагностических критериев отдельных нозологических групп. Это касается главным образом алкоголизма, психосоматических заболеваний, неврозов и

неврозоподобных состояний, но и в подходах к нарушениям поведения и собственно психотическим расстройствам также наблюдаются резкие различия.

Этим объясняются чрезвычайно значительные расхождения даже в оценках уровня (преваленса) нервно-психической патологии для одной и той же популяции порой в десятки раз, что практически лишает смысла межпопуляционные сравнения вне специально организованных эпидемиологических исследований.

Отмеченные ограничения негативного подхода к нервно-психическому здоровью стимулировали развитие представлений о позитивном нервно-психическом здоровье, то есть психологическом здоровье и благополучии индивида. Исследования позитивного нервно-психического здоровья изначально ориентированы на изучение популяции в целом. В качестве измерительного инструмента для оценки результирующей переменной используют различные валидизированные шкалы. Такие исследования позволяют учесть значительно большее число влияющих на нервно-психическое здоровье факторов риска, однако фиксируют либо сугубо поведенческие характеристики индивидов, либо ограниченное число наиболее распространенных в популяции симптомов, а следовательно, не позволяют выявлять относительно редко встречающиеся психотические симптомы, а также квалифицировать выявление расстройства в диагностических психиатрических категориях.

Таким образом, достоверно оценить нервно-психическое здоровье населения можно лишь на основе показателей заболеваемости и позитивного нервно-психического здоровья, причем оценка эта будет надежна только в том случае, если показатели будут рассмотрены в динамике.

Примем за основу анализа состояние нервно-психического здоровья петербуржцев пятилетней давности и рассмотрим наиболее существенные аспекты "психиатрической ситуации" в городе, повлиявшие на его оценку.

Величина коечного фонда в психиатрических стационарах, в том числе и дневных, за это время практически не изменилась. Число врачебных должностей в психоневрологических диспансерах и — соответствующего профиля — в территориальных и ведомственных поликлиниках, специализированных общегородских центрах изменилось мало, частично были сокращены должности психотерапевтов и врачей лечебно-производственных мастерских. В то же время, особенно в конце рассматриваемого периода, происходил заметный отток врачей и еще более быстрый — среднего медицинского персонала из государственных психоневрологических учреждений в коммерческие структуры.

В связи с развернутой антипсихиатрической кампанией изменился подход врачей к определению показаний к госпитализации, что резко понизило ее уровень и привело к утяжелению состояния больных при поступлении в психиатрические стационары. Большой контингент больных с пограничными формами нервно-психических расстройств был снят с диспансерного учета.



Показатели как первичной заболеваемости, так и уровня нервно-психической патологии оказались искусственно заниженными.

В официальной статистической отчетности была введена иная группировка нервно-психических заболеваний, что повлияло на вторичные статистические данные и сделало их несопоставимыми во времени.

При образовании и расширении сфер деятельности медицинских кооперативов значительная часть обращений, особенно первичных — и прежде всего по поводу нарушений поведения в детском и подростковом возрасте, алкоголизма, неврозов и неврозоподобных состояний, психосоматических расстройств, вообще перестала фиксироваться государственной статистической отчетностью.

Сохранялось различие между врачами-психиатрами в диагностике психотических состояний: наряду с представителями клинического подхода в городе много врачей, получивших профессиональную подготовку в период многолетнего господства так называемой московской школы и стоящих на позиции предельно расширительной диагностики шизофрении. Повлияло на диагностические подходы и произошедшее в эти годы выделение из психиатрической сети в качестве самостоятельных наркотической, а также детской и подростковой служб, причем, как и следовало ожидать, патология, специфичная для названных групп больных, стала диагностироваться чаще, а патология, охватываемая общей психиатрией — реже.

Большие группы хронизированных пациентов, особенно — пользующиеся льготами, стали терять доступ к лекарствам, необходимым для поддерживающей терапии во внебольничных условиях. Следует отметить, что они испытывали большие трудности, чем другие группы петербуржцев.

Представленные ниже оценки основываются на цикле наших исследований, выполненных на петербургской популяции (взрослых):

1. Исследовании всех случаев пограничных нервно-психических расстройств, зарегистрированных на территории Василеостровского района города. Сбор информации — в сентябре-октябре 1989 г. по специально разработанной программе из первичной медицинской документации, объем — 1942 статистические карты. Оценка клинического состояния осуществлялась экспертами — высококвалифицированными психиатрами и медицинским психологом;

2. Углубленной статистической разработке поступлений на специализированное особо беспокойное отделение крупнейшей психиатрической больницы города №3 в 1990 г.;

3. Стандартизированном телефонном интервью по проблемам лекарственного обеспечения и сексуального поведения (декабрь 1991 г.). Репрезентативная выборка объемом 879 человек;

4. Экспертном опросе 10-ти ведущих специалистов и руководителей системы здравоохранения города (фокусированное интервью, ноябрь-декабрь 1992 г.);

5. Исследовании уровня социального стресса в петербургской популяции



и роли социокультурных паттернов в формировании реакций на стресс. Изучалось позитивное нервно-психическое здоровье по индикаторам, апробированным в исследованиях социального стресса и "жизненных случаев". В качестве адаптивной формы поведения рассматривалась экономическая активность, в качестве переменных — модераторов воздействия стресса — интеграция с социальными группами. Телефонное стандартизированное интервью (с предварительным пилотажем) по репрезентативной выборке объемом 1044 человека (ноябрь 1992 г.).

В 1987-1989 гг. число впервые обратившихся больных неврозами и неврозоподобными состояниями составило в Василеостровском районе 56,8%, тогда как за предшествовавшее сбору информации полугодие — 6,7%, т.е. значительно меньше, чем в среднем за аналогичные временные промежутки изучавшегося периода.

Одновременно было отмечено, что чаще к врачам обращались женщины. Однако госпитализация в психиатрические стационары Санкт-Петербурга в отличие от ситуации, воспроизводимой в исследованиях, проведенных в других странах, не подчинялась этой закономерности. Рост уровня госпитализации среди женщин был впервые отмечен в 1990 г., наибольший удельный вес среди первичных поступлений имели реактивные психозы и декомпенсации психопатий и психопатоподобных состояний, чаще органического генеза. Среди повторных поступлений отмечалось укорочение ремиссий и утяжеление клинических проявлений шизофрении и органических психозов.

Согласно данным опроса 1991 г., в течение предшествующего года изменилось и сексуальное поведение петербуржцев: снизились интерес к интимной жизни и сексуальная активность взрослого населения, причем это в большей степени коснулось женской части популяции.

В конце 1992 г. был зафиксирован рост смертности в результате сердечно-сосудистых заболеваний, травм, острых алкогольных отравлений, а также криминальной смертности, дифтерии и туберкулеза. Кроме того, отмечалось распространение инфекционной патологии, в основном кишечных инфекций. Параллельно с этим увеличилась заболеваемость по группам нервно-психической и психосоматической патологии. Резко возрос первичный выход на инвалидность в старшей возрастной группе петербуржцев.

С усилением отклонений в поведении, более присущих мужской части популяции, вновь возрос уровень госпитализации мужчин в психиатрические стационары, в основном из-за повышения уровня алкоголизма и числа первичных алкогольных психозов.

Приведенные в статье данные свидетельствуют об отчетливом параллелизме между социально-экономическими изменениями, происходившими в этот период, и выраженным ухудшением нервно-психического здоровья петербургской популяции. Тип изменений в нервно-психическом здоровье не соответствует реакции популяции на острый стресс, характеризующийся низким уровнем нервно-психических расстройств, а приближается к модели нарастания "повседневных тревог и забот". Супрессорным воздействием

стресс.  
м. апро-  
наев". В  
ическая  
есса —  
иванное  
ыборке

ами и  
6,8%,  
%, т.е.  
ежухки

щины.  
урга в  
других  
рации  
й вес  
рации  
неза.  
ение

года  
рес к  
м это

чно-  
акже  
ось  
ий.  
зно-  
ход

сти  
кие  
пла

л-  
ми  
ья  
е  
я  
и  
м

стресса на иммунную систему отчасти объясняется и рост числа инфекционных заболеваний.

Специфичность реакции на стресс, обусловленную социокультурными паттернами популяции, позволил учесть опрос конца 1992 г.

Высокий уровень психоэмоционального напряжения был характерен для 60% взрослых петербуржцев. Симптоматологически это наиболее часто проявлялось в тревоге и депрессии. Наиболее подвержены стрессу служащие государственных предприятий и организаций, представители интеллигенции и пенсионеры, а наиболее устойчивы к нему — предприниматели, руководители и лица, занятые оказанием различных услуг.

Нами выделены четыре обобщенных социокультурных паттерна, присущих петербуржцам. Охарактеризуем эти паттерны по их распространенности, адаптационным возможностям и связанной с ними экономической ориентацией.

“Западноцентрированный” паттерн разделяют 8% взрослой части популяции. Он наиболее адаптивен как по своему протективному действию, так и по участию в преодолении стресса, однако практически не проявляется в реальной экономической активности. “Восточноцентрированный” паттерн присущ 6% взрослых петербуржцев, несет в себе значительно худшие адаптационные возможности, но стимулирует экономическую активность. Наиболее неблагоприятным для нервно-психического здоровья и почти блокирующим адаптивные формы поведения является “русскоцентрированный” паттерн, разделяемый тремя четвертями петербуржцев. Паттерн же “петербургского характера” отличается большей толерантностью к социальным изменениям и способствует эффективной адаптации, не столько оказывая протективное действие в отношении социального стресса, сколько включаясь в процесс его преодоления.

Таким образом, нервно-психическое здоровье населения Санкт-Петербурга ухудшается параллельно нарастанию социальных изменений вследствие повреждающего воздействия социального стресса.

По мере усиления стрессогенности социальной ситуации преимущественный тип реагирования популяции смещается от невротического к психотическому регистру.

Повреждающее действие стресса социальных изменений первоначально затронуло женщин, но сейчас распространяется и на мужчин.

Тяжесть повреждающего воздействия обусловлена:

- затяжным, становящимся хроническим, действием стресса;
- распространенностью социокультурных паттернов, препятствующих формированию адаптивного поведения;
- разрушением существовавших систем инструментальной социальной поддержки наиболее чувствительных к воздействию стресса групп населения. ■



## Mental Health in St Petersburg

**Yosif Gurvich**

*Yosif Naumovich Gurvich, Ph.D. Psychology, is a psychiatrist at St Petersburg's Psychiatric Hospital No.3.*

The state of the mental health of a population may be determined by comparing it either with that of another population or with that of the same population during a previous period.

Comparisons of both kinds may be based on an appraisal of so-called institutional disease, or on the psychological condition and health of the individual.

'Institutionalised' disease is based on a negative concept of mental health wherein the individual's health is determined according to the absence of psychiatric disorder within the framework of a certain socio-legal order.

The use of sickness-rate indices for the determination of the mental health of the population has a number of limitations because the inclusion of any individual into the sphere of psychiatric care is reliant on a variety of interim factors. On the one hand, the case of a patient initially seeking medical advice is influenced by an intricate complex of variable personal and ethno-cultural values which stimulate the individual towards the realisation of their disorder. On the other hand, both the doctor's appreciation of the patient's disorder as a manifestation of psychiatric symptomology and the decision to dispatch the patient for further treatment are influenced by a combination of the doctor's private perception of the personal condition and social status of the patient, and the specific character of the doctor's set of skills.

The success of treatment relies heavily on the patient following the doctor's recommendations (in the case of mental disorder this usually takes the form of supporting therapy) and on their attitude to medical assistance, which is dependent on both the nature of their disease and on the complicated set of social and psychological variables which initially motivated them into taking the treatment.

Even the first epidemiological investigations of mental disorder showed that, being influenced by this range of factors, the sickness-rate index only reflects a small proportion of those suffering from mental illnesses in society.

Concerning hospital care, the sickness-rate indices are based firstly on the provision of hospital beds (i.e. economic structures) and secondly on the legal aspects of the hospitalisation procedure.

Today there is no consensus approach to the concept of mental disorder, to the definitions of margins or to the diagnostic criteria of some nosological disease groups. This mainly concerns alcoholism, psychosomatic illnesses, neuroses and neurosis-like conditions, but there are sharp differences observed in the approaches to disturbed behaviour and to psychotic disorders themselves.

For this reason there are often radical differences regarding even the extent of mental illness within a given population, of up to as much as a few dozen times, which naturally render interpopulational comparisons, made externally of specially organised epidemiological studies, virtually meaningless.

The aforementioned limitations of the negative approach to diagnosis of mental illness stimulated the development of theories concerning a positive approach to diagnosis; i.e. mental health and the wellbeing of the individual.

Positive mental health investigations are primarily orientated to the study of the population as a whole, using a selection of validated scales as gauges of measurement. Such investigations allow a far greater number of risk factors to be taken into consideration. However, as they only concentrate either on an individual's behavioural characteristics, or on a limited number of the most common symptoms, they fail to include relatively rare psychotic symptoms or to qualify the manifestation of disturbance in diagnostic and psychiatric categories.

So, reliable appreciation of the mental health of a population is only possible on the basis of the sickness rate plus positive mental health analysis, when the indices are considered purely in terms of their trends.

Here, we shall take the state of the mental health of St Petersburgers over the last five years (1988-93) as a basis for analysis and consider the most influential aspects of the 'psychiatric condition' of the city.

During the sample period, the number of beds in psychiatric hospitals (incl. day clinics) did not actually change. The number of doctors' posts in psycho-neurological and dispensing clinics, in units of corresponding specialities, and in district, departmental and specialised city centre clinics has also remained approximately the same. Doctors' and psychiatrists' posts in medical-industrial workshops were partially reduced.

At the same time, especially towards the end of the sample period, there was a noticeable exodus of doctors and even greater exodus of medium level medical staff from state psycho-neurological institutions, to commercial structures.

In connection with the ongoing anti-psychiatric media campaign, doctors' attitudes to, and inclination towards, hospitalisation have altered, resulting in a reduction in the number of patients being hospitalised, while the condition of those entering hospital is generally worse. A substantial number of border-line cases were struck off the dispensing register. Both the indices of those initially becoming ill and the extent of mental illness were, as a result, artificially diminished.

A new classification system of mental diseases was introduced into official statistical accounts, a fact which influenced repeated statistical data and rendered them incomparable on a basis of time.

Due to the formation of medical co-operatives and subsequent extension of their spheres of activity, a substantial number of those seeking medical advice, especially in the initial stages and relating to disturbances in children and adolescents, alcoholism, neuroses, neurosis-like conditions and psychosomatic disorders ceased to be recorded in state statistical records.

Psychiatrists' differences regarding diagnosis of the psychotic state over this period were not resolved. Also, regarding representatives of the clinical approach, there are a large number of physicians who obtained their professional qualifications during a long period of domination of psychiatric practice by the so-called Moscow School, who propounded a wider comprehension of what constituted schizophrenia.



During the sample period, diagnostic approaches were also influenced by the segregation of narcological, juvenile and adolescent services from the psychiatric network. As a result, the types of pathology which affect these groups began to be diagnosed more frequently and the pathologies of general psychotherapy less frequently.

Large groups of chronically ill patients, especially those who received discounts, began to lose access to the medicines necessary for their out-patient support therapy. It should be noted that these groups suffered greater difficulties than other groups of Petersburgers.

The following are the characteristics of the data compiled in a series of investigations carried out on the adult population of St Petersburg:

1. Investigation of all border-line mental disorders registered in the Vasiliostrovsky district of the city. Information collated during September-October 1989, according to a programme specially devised from 1 942 initial registration medical cards. This assessment of clinical condition was conducted by highly skilled psychiatrists and medical psychologists.

2. Thorough statistical analysis of the 1990 admittance to the specialised unit for the extremely disturbed in the Psychiatric Hospital No.3, the largest in St Petersburg.

3. Standardised telephone interview, concerning problems of medicine supply and sexual behaviour, conducted on a sample of 879 people in December 1991.

4. 'Experts questionnaire' of ten specialists and leaders in the field of public health in the city; focused interview (November/December 1992)

5. Research into the level of social stress in the population and the role of socio-cultural patterns in how they affect ability to cope with stress and life events. Economic activity was taken as the adaptive form of behaviour, and integration with the social group - moderating the influence of stress - as a variable. The research was conducted by a standardised telephone interview (with preliminary pilotage) on a representative selection of 1 044 people in November 1992.

From 1987 to 1989 the proportion of patients in the Vasiliostrovsky district with neuroses and neurosis-like conditions seeking medical advice for the first time was 56.8%, while in the half year preceding the sample period, it stood at 6.7%, i.e. considerably less than the sample period's average over a similar period.

At the same time, it was noted that while women sought medical advice more often, hospitalisation in the city's psychiatric institutions did not reflect this factor. This observation contrasts with similar research made in other countries.

The increase of women's hospitalisation was first noted in 1990; the majority of the initial admissions were cases of reactive psychosis, psychopathy and psychopathy-like states, more often of organic origin. Among repeated admissions were noted shorter periods of remission and more severe clinical manifestations of schizophrenia and organic psychosis.

According to the telephone questionnaire data of 1991, during the previous year sexual behaviour of Petersburgers also altered; interest in sex and sexual activity diminished, though this mainly affected the female section of the population.

At the end of 1992, there was a marked increase in mortality as a result of cardio-

vascular diseases, trauma (injuries), severe alcohol poisoning, and also due to criminal action (murder), diphtheria and tuberculosis. In addition, there was an increase in the spread of infectious diseases, here mainly intestinal infections. Parallel with this was an increase in the cases of psychiatric and psychosomatic conditions. The number of those retiring increased, especially amongst the elderly population.

The proportion of men hospitalised in psychiatric institutions rose again, with an increase in behavioural disturbances more characteristic of the male population, mainly alcoholism and cases of initial alcoholic psychosis.

The data included in this article tell of a direct correlation between the socio-economic changes taking place during this period and a decline in the mental health of the city's population. The nature of the decline, rather than corresponding to the type of low level neuro-psychiatric disorders usually associated with severe stress, approximates to the model of increasing everyday anxiety and worry. The influence of suppressed stress on the immune system partly explains the growth in the number of infectious diseases.

The questionnaire, carried out at the end of 1992, was able to take the specificity of reaction to stress into account.

A high level of psycho-emotional tension was characteristic for 60% of the adult population. Symptomatically, this is most commonly manifested in anxiety and depression. Those most susceptible to stress are employees of state enterprises and organisations, representatives of the *intelligentsia*, and pensioners. Most resilient are businessmen, managers and those who work in service industries.

We determined four, generalised socio-cultural patterns, characteristic of Petersburgers. Outlined below is an analysis of these patterns according to their prevalence, adaptational qualities and economic orientation.

The 'Western-centric' pattern make up 8% of the adult population. These are the most adaptable in both taking protective action against stress and in overcoming it. However, in practice, they do not significantly participate in actual economic activity. The 'Eastern-centric' pattern, who make up 6% of the population, have considerably poorer adaptive qualities but stimulate economic activity. The poorest mental health was evident in the 'Russo-centric' pattern, shared by three quarters of Petersburgers; this group block adaptive forms of behaviour. The remaining 'Petersburg character' pattern is characterised by more tolerance to social changes and effective adaptation, showing not so much protective action in relation to social stress, as including themselves in the process of overcoming it.

In this way the mental health of the population of St Petersburg can be seen to be deteriorating in line with social changes, as a result of the damaging influence of social stress. ■