

© Е.Р. Слободская, 2022

НАУЧНЫЙ ОБЗОР

УДК 616.89-053

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-1-120-128>

## Секулярные тренды психического здоровья детей и подростков

Елена Романовна Слободская

Научно-исследовательский институт нейронаук и медицины, Новосибирск, Россия

Автор для корреспонденции: Елена Романовна Слободская, [hslob@physiol.ru](mailto:hslob@physiol.ru)

### Резюме

**Обоснование:** Изучение секулярных (временных) трендов психического здоровья детей и подростков является относительно новым направлением исследований в мировой психиатрии. Предварительное обобщение недавних публикаций на эту тему необходимо для формирования представления об основных тенденциях и разработки дальнейшего изучения проблемы.

**Цель:** анализ сведений об изменениях распространенности и выраженности психиатрических проблем у детей и подростков за прошедшие десятилетия. **Методы:** по ключевым словам «секулярные тренды, secular trends», «временные тренды, time trends», «психическое здоровье детей и подростков, child and adolescent mental health» и сходным терминам проведен поиск публикаций в базах PubMed/Medline, Scopus, Web of Science, РИНЦ и других источниках. Проанализированы имеющиеся сведения о распространенности и устойчивости психиатрических проблем у детей и подростков в разных странах, о значимости проблем психического здоровья в детском и подростковом возрасте для здоровья и благополучия на протяжении дальнейшей жизни. Рассмотрены методологические аспекты исследований секулярных трендов, включая широко распространенные стандартизованные методы оценки психического здоровья детей и подростков. Проанализированы полученные в разных странах сведения о секулярных трендах уровня компетентности в вопросах психического здоровья детей и подростков и возможных причинах выявленных изменений. **Заключение:** за последние годы во многих, но не во всех, странах снижается распространенность антисоциального поведения подростков и употребление ими психоактивных веществ. В развитых странах возрастает распространенность аффективных проблем и связанное с ними обращение за помощью в службы психического здоровья. Полученные в исследованиях сведения могут прояснить механизмы развития психической патологии, выявить возможные причины отклонений и дать важные ориентиры для разработки практических программ, направленных на укрепление психического здоровья детей и подростков. С учетом ключевых концептуальных и методологических аспектов такого рода оценки важны для принятия оперативных мер в организации служб психологической и психиатрической помощи.

**Ключевые слова:** секулярные тренды, временные тренды, психическое здоровье, дети и подростки, эмоциональные и поведенческие проблемы, употребление психоактивных веществ

Работа выполнена при поддержке Российского научного фонда, проект 21-15-00033.

**Для цитирования:** Слободская Е.Р. Секулярные тренды психического здоровья детей и подростков. *Психиатрия*. 2022;20(1):120–128. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-1-120-128>

REVIEW

UDC 616.89-053

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-1-120-128>

## Secular Trends in Child and Adolescent Mental Health

Helena R. Slobodskaya

Scientific Research Institute of Neuroscience and Medicine, Novosibirsk, Russia

Corresponding author: Helena R. Slobodskaya, [hslob@physiol.ru](mailto:hslob@physiol.ru)

### Summary

**Background:** The study of secular trends in child and adolescent mental health is a relatively new research direction in world psychiatry. Preliminary summary of recent publications on this topic is necessary for understanding of overall tendencies and further study of problem. **The aim:** to evaluate studies of secular trends in child and adolescent mental health examining changes in the prevalence and levels of psychiatric problems during the past decades. **Methods:** search for scientific articles using the keywords “secular trends”, “time trends”, “child and adolescent mental health” and similar terms in PubMed/Medline, Scopus, Web of Science and other databases. The findings on the prevalence and persistence of child and adolescent psychiatric disorders in different countries are summarised, as well as the impact of child and adolescent mental health problems on health and well-being across the life course. The methodological aspects of research on secular trends are highlighted; widely used

standardised measures for assessing child and adolescent mental health are presented. The findings on secular trends in child and adolescent competencies and levels of mental health problems in different countries are summarised along with possible causes of identified changes. **Conclusion:** over the last two decades, there was a decrease in adolescent antisocial behavior and substance use in many, but not all, countries worldwide. In developed countries, the prevalence of affective problems increased along with associated help seeking from mental health services. If key conceptual and methodological challenges can be addressed, research on secular trends may shed light on the mechanisms involved in the development of mental health, identify possible causes of disturbance and provide important pointers for the development of intervention programmes that focus on promoting child and adolescent mental health.

**Keywords:** secular trends, time trends, child and adolescent mental health, emotional and behavioural problems, substance use

The work was supported by the Russian Science Foundation grant # 21-15-00033.

**For citation:** Slobodskaya H.R. Secular Trends in Child and Adolescent Mental Health. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2022;20(1):120–128. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-1-120-128>

## ВВЕДЕНИЕ

### Проблемы психического здоровья детей и подростков

Нарушения психического здоровья, отражающиеся на общем функционировании, соматическом здоровье, качестве и длительности жизни, являются одной из основных причин преждевременной нетрудоспособности во многих странах [1]. По последним данным [2, 3], психические расстройства вносят значительный вклад в глобальное бремя заболеваний, определяя до 32,4% лет, прожитых с инвалидностью (Years Lived with Disability, YLDs), и 13% потерянных лет здоровой жизни (Disability-Adjusted Life-Years, DALYs). Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) отметила значимость этих проблем специальной инициативой, включившей психическое здоровье в программу работы на 2019–2023 гг. [4]. Установлено, что более половины психических расстройств взрослого возраста начинается до 14 лет [5].

Согласно недавнему метаанализу эпидемиологических исследований, распространенность детско-подростковых психических расстройств в мире составляет 13,4%; кроме того, у значительного числа детей имеются проблемы психического здоровья, не полностью соответствующие принятым диагностическим критериям, но требующие наблюдения и лечения [6]. В настоящее время имеются убедительные доказательства того, что психические расстройства у детей и подростков вносят решающий вклад в глобальное бремя заболеваний [7] и связаны с частотой самоубийств [8]. В России распространенность проблем психического здоровья у детей и подростков на рубеже нового тысячелетия была выше, чем во многих развитых и развивающихся странах: частота психических расстройств среди 7–14-летних школьников достигала 17,1% [9], частота суицидов несовершеннолетних на протяжении ряда лет значительно превышала среднемировые показатели [10]. Дети и подростки с эмоциональными и поведенческими проблемами, включая переживание страха и тревоги, депрессивные проявления, проблемы с общением, нарушения внимания, деструктивное и антисоциальное поведение и употребление психоактивных веществ (табака, алкоголя и наркотиков), требуют от общества дополнительных затрат на образование, социальную помощь и обеспечение безопасности и общественного

порядка [11]. Поэтому изучение психического здоровья в детском и подростковом возрасте является приоритетной научной задачей, значимой для общества.

### Исследования секулярных трендов

В последние годы появились данные о секулярных (временных) трендах — изменениях уровня проблем психического здоровья у детей и подростков за прошедшие десятилетия. В отличие от лонгитюдных исследований, позволяющих оценить течение и устойчивость проблем в одной возрастной когорте, в исследованиях секулярных трендов сравнивают выраженность проблем в разных когортах (поколениях). Это позволяет оценить, насколько стабилен уровень психического здоровья в данной популяции [12]. Для изучения секулярных трендов требуется проведение исследований психического здоровья детей и подростков на протяжении десятилетий в больших популяционных выборках сопоставимыми методами. Регулярный мониторинг психического здоровья детей и подростков с оценкой факторов риска и защиты проводился в небольшом количестве западных стран с высоким уровнем дохода [13–18]. Отдельные сведения такого рода имеются в публикациях из восточных стран [19–21]. Подобные исследования начаты в 70-х гг. прошлого века, а основные работы по историческим изменениям опубликованы уже в настоящем тысячелетии, когда накопились популяционные данные, полученные на протяжении десятилетий [13, 14, 16–18].

**Целью** данной работы было рассмотрение исследований секулярных (временных) трендов психического здоровья детей и подростков на основании анализа имеющихся сведений об изменениях в распространенности и выраженности психиатрических проблем за прошедшие десятилетия.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОД

Проведен поиск публикаций в базах PubMed/Medline, Scopus, Web of Science и РИНЦ. Использованы ключевые слова «секулярные тренды, secular trends», «временные тренды, time trends», «психическое здоровье детей и подростков, child and adolescent mental health» и сходные термины. Помимо этого, рассмотрены публикации исследований секулярных трендов психического здоровья детей и подростков из списков литературы в найденных источниках.

## МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Сравнение результатов исследований, проведенных в различных выборках и временных периодах, является сложной задачей. Сопоставление распространенности психических расстройств у детей и подростков в разное время осложняется изменением диагностических критериев, патоморфозом отдельных нозологических форм, использованием разных методов оценки или же различиями в официальной отчетности [14, 15]. Поэтому особую ценность представляет использование сопоставимых стандартизованных инструментов для оценки проблем психического здоровья детей и подростков — опросников или интервью. Полуструктурированные интервью родителей и молодых людей старше 11 лет с последующей клинической оценкой полученных данных позволяют предположить психиатрический диагноз, основываясь на операциональных критериях [9, 12].

Однако использование интервью родителей и подростков в больших популяционных выборках требует немалых затрат, поэтому имеются лишь единичные повторные исследования такого рода [12]. Валидизация ряда скрининговых инструментов, используемых в детской психиатрии, показала, что они обладают хорошей чувствительностью и специфичностью, т.е. позволяют с достаточной точностью прогнозировать наличие или отсутствие клинического диагноза, основанного на детальном психиатрическом обследовании [9]. Это позволяет использовать опросники и проверочные листы в исследованиях больших популяционных выборок детей и подростков, где большая часть исследуемых не имеет психических расстройств и привлечение высококвалифицированных клиницистов не оправдано. Поэтому большая часть сведений о секулярных трендах психического здоровья детей и подростков получена с помощью скрининговых инструментов [13, 14, 16–18]. В разных странах мира на протяжении ряда лет широко используют две группы таких инструментов.

## СТАНДАРТИЗОВАННЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Эмпирически обоснованная система оценки по Ахенбаху (Achenbach System of Empirically Based Assessment, ASEBA, <https://aseba.org>) включает проверочные листы и формы для родителей (Child Behavior Checklist, CBCL) и педагогов (Teacher's Report Form, TRF) детей от 1,5 до 18 лет и самоотчетов подростков 11–18 лет (Youth Self-Report, YSR). Формы содержат 100–120 утверждений, описывающих компетентности и проблемы психического здоровья. Эти утверждения выбраны из клинической и научной литературы после консультаций с возрастными и медицинскими психологами, детскими психиатрами и социальными работниками в психиатрии. В окончательные формы вошли только те утверждения, по которым можно было

статистически достоверно различить детей, обособленно направленных к специалистам по психическому здоровью, и детей с удовлетворительным функционированием [22, 23].

С помощью форм Ахенбаха у детей школьного возраста можно оценить уровень компетентности по шкалам активности (степени участия в спортивных и других занятиях и выполнению обязанностей), социальной активности (степени участия в организациях, контактах с друзьями и другими людьми), активности в самостоятельных занятиях и школьной успеваемости, а также уровень общей компетентности. Выраженность проблем психического здоровья оценивается по восьми эмпирически обоснованным синдромам: I — тревожно-депрессивный (например: «Боится, что может подумать или сделать что-нибудь плохое», «Чувствует или жалуется, что его никто не любит»), II — отгороженно-депрессивный (например: «Больше нравится быть одному, чем с другими», «Несчастен, подавлен или грустит»), III — соматические жалобы (например: «Бывают головокружения», «Боли в животе без известных медицинских причин»), IV — социальные проблемы (например: «Не ладит с другими ребятами», «Его часто дразнят»), V — мыслительные проблемы (например: «Слышит звуки или голоса, которые не слышат другие», «Ведет себя странно»), VI — проблемы с вниманием (например: «Не может усидеть на месте, беспокоен, чересчур активен», «Импульсивный или действует необдуманно»), VII — поведение с нарушением правил (например: «Обманывает или хитрит», «Сбегает с уроков или прогуливает школу») и VIII — агрессивное поведение (например: «Портит или ломает свои вещи», «Угрожает причинить вред другим людям»). Первые три синдрома образуют суммарную оценку интернализации, последние два — суммарную оценку экстернализации. Помимо этого, оценивают другие проблемы (например: «Слишком много ест», «Мочится в постель»). Сумма всех оценок составляет общее число проблем [22, 23].

В системе Ахенбаха предусмотрена оценка проблем психического здоровья детей и подростков по шести DSM-ориентированным шкалам согласно критериям DSM-5 [24]: 1 — аффективные проблемы, 2 — тревожные проблемы, 3 — соматические проблемы, 4 — проблемы дефицита внимания и гиперактивности, 5 — оппозиционно вызывающие проблемы и 6 — проблемы поведения. Русскоязычные версии форм Ахенбаха для дошкольного и школьного возраста валидизированы в популяционных исследованиях [25–27].

Опросник «Сильные стороны и трудности» (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ [28]) предназначен для скрининговой оценки психического здоровья детей и подростков от 2 до 18 лет, по данным родителей, учителей и подростков с 11 лет. SDQ содержит 25 утверждений, которые распределяются по пяти шкалам из пяти пунктов каждая: проблемы с поведением (например: «Часто врет, обманывает», «Часто дерется с другими детьми или задирает их»),

эмоциональные проблемы (например: «Часто выглядит беспокойным, озабоченным», «Часто чувствует себя несчастным, унылым, готов расплакаться»), гиперактивность/невнимательность (например: «Неугомонный, слишком активный, не может долго оставаться спокойным», «Постоянно ерзает и вертится»), проблемы со сверстниками (например: «Другие дети дразнят или задирают его», «Склонен к уединению, часто играет один») и просоциальное поведение (например: «Охотно делится с другими детьми», «Часто вызывается помочь другим»). Сумма первых четырех шкал составляет общую оценку проблем. Шкалы эмоциональных проблем и проблем со сверстниками образуют шкалу интернализации, а шкалы проблем с поведением и гиперактивности/невнимательности — итоговую шкалу экстернализации. Дополнительно SDQ содержит вопросы о влиянии проблем на функционирование в важнейших сферах жизни (повседневной домашней жизни, дружеских отношениях, учебе и занятиях в свободное время), продолжительности проблем, субъективном страдании и бремени для семьи. Компьютерный алгоритм по данным SDQ, полученным от нескольких информантов, на основании выраженности симптомов и их влияния прогнозирует вероятность поведенческого, тревожно-депрессивного, гиперкинетического и какого-либо иного психического расстройства. SDQ широко используется для исследования в разных странах мира (<http://www.sdqinfo.org>). Показано, что диагностические алгоритмы, основанные на данных SDQ, хорошо предсказывают клинический диагноз, основанный на операциональных критериях [29]. Русскоязычные версии SDQ валидизированы в рандомизированной стратифицированной выборке школьников [30] и применялись в популяционных исследованиях психического здоровья детей и подростков [31, 32].

SDQ входит в более широкую «Оценку развития и благополучия» (Development and Well-Being Assessment, DAWBA [33]), разработанную Робертом Гудманом в лондонском Институте психиатрии. DAWBA включает полуструктурированные интервью, опросники и алгоритмы для установления диагнозов согласно Международной классификации болезней (МКБ) и DSM и является одним из методов «золотого стандарта» в детской психиатрии [34]. Основная направленность DAWBA — распространенные поведенческие, эмоциональные и гиперкинетические расстройства, однако она охватывает и менее распространенные расстройства. Интервьюируют родителей и подростков старше 11 лет, учителям предлагают заполнить опросник. Большинство вопросов полностью структурированы, но, помимо этого, информантов просят описать любую значительную проблему своими собственными словами. Интервью проводят непрофессиональные интервьюеры. Предварительный диагноз генерирует компьютерный алгоритм, но окончательный диагноз устанавливает клиницист на основе экспертной оценки всей информации, и это увеличивает клиническую достоверность результатов. Более подробная

информация представлена на сайте <http://dawba.info> на нескольких языках, включая русский, имеется возможность оценки онлайн.

SDQ и DAWBA разработаны на основе методических подходов, примененных в эпидемиологическом исследовании Раттера с коллегами на острове Уайт [35]. Опросники Раттера для родителей, учителей и подростков широко применялись в последней четверти XX в. в популяционных выборках разных стран для выявления детей с проблемами психического здоровья [36]. Имеются данные и из Российской Федерации [37–39]. Шкала A2 для родителей состоит из 31 высказывания, на основе которых подсчитывают общую оценку проблем психического здоровья, а также оценки проблем поведения (например: «Часто говорит неправду», «Часто дерется или слишком задирает других детей»), эмоциональных проблем (например: «Часто беспокоится и волнуется по разным поводам», «Часто кажется жалким, несчастным, плачущим и страдающим») и гиперактивности (например: «Очень непоседлив, ему трудно усидеть на одном месте долгое время», «Вертится и суетится»). Шкала B2 для учителей состоит из 26 высказываний, касающихся того же поведения, но адаптированных к школьным ситуациям; оценки сходны с родительской шкалой. Опросник здоровья для подростков (Malaise Inventory [35]) состоит из 24 вопросов о признаках тревоги и депрессии. В исследованиях секулярных трендов [14] показана сопоставимость опросников Раттера с SDQ [28].

### ДАННЫЕ О СЕКУЛЯРНЫХ ТРЕНДАХ В НАУЧНЫХ ПУБЛИКАЦИЯХ

В США Т. Ахенбах с коллегами на протяжении многих лет проводили широкомасштабные исследования психического здоровья детей и подростков, используя эмпирически обоснованную систему оценки ASEBA. Благодаря этому появилась возможность изучить изменения родительских оценок компетентности и проблем психического здоровья детей и подростков от 7 до 16 лет за 23-летний период — в 1976, 1989 и 1999 гг. [13]. Результаты показали, что уровень компетентности детей (успеваемости в школе, занятий вне школы и социальных взаимоотношений) между 1976 и 1989 гг. снизился, а к 1999 г. возрос. Уровень проблем психического здоровья между 1976 и 1989 гг. возрос, а к 1999 г. снизился, но остался выше, чем в 1976 г. [13].

В Нидерландах Ф. Верхюльст с коллегами проводил многолетние исследования психического здоровья детей и подростков с помощью форм Ахенбаха для родителей (CBCL) и учителей (TRF) [18, 23]. Секулярные тренды исследовали по данным трех популяционных исследований психического здоровья детей от 6 до 16 лет, проведенных на протяжении 20 лет: в 1983, 1993 и 2003 гг. Результаты показали, что, в отличие от результатов, полученных примерно за то же время с помощью аналогичных инструментов Т. Ахенбахом с коллегами, у голландских детей уровень компетентности



по многим шкалам между 1983 и 1993 гг. возрос, а к 2003-му снизился. Исторические изменения проблем психического здоровья детей и подростков были более сходны с выявленными в американском исследовании [13]: по результатам опроса родителей уровень проблем по большинству шкал (9 из 11) возрос, хотя и незначительно (величина эффекта когорты превышала 1% лишь по трем шкалам: тревога/депрессия, соматические жалобы и интернальные проблемы в целом). По данным опросников учителей статистически достоверные изменения наблюдались лишь по одному показателю проблем из 11: уровень проблем с вниманием за 25 лет возрос, но и в этом случае величина эффекта когорты была менее 0,5% [18].

В Финляндии А. Соурандер с коллегами изучили секулярные тренды проблем психического здоровья восьмилетних детей на протяжении 16 лет, используя данные опросников Раттера для родителей и учителей (A2 и B2 [35]) и самоотчетов по «Детскому опроснику депрессии» (CDI [40]), полученные в трех популяционных исследованиях в 1989, 1999 и 2005 гг. [16]. В целом уровень проблем, по данным родителей и учителей, за 16 лет изменился незначительно. Уровень проблем поведения у мальчиков, по данным родителей, между 1989 и 1999 гг. снизился, однако уровень депрессивных проявлений по данным самоотчетов детей между 1989 и 2005 гг. возрос. Признаки депрессии у девочек были связаны с низким уровнем образования родителей и распадом семьи. В этом исследовании зарегистрировано 3–4-кратное увеличение использования служб детского психического здоровья. В другом исследовании Соурандер с коллегами сравнили уровень психического здоровья финских подростков 13–16 лет по данным опросника «Сильные стороны и трудности» (SDQ [28]) и употребление ими табака и алкоголя по данным самоотчетов, собранных с интервалом времени 10 лет, с 1998 по 2008 гг. Изменений в уровне поведенческих и эмоциональных проблем, гиперактивности, проблем со сверстниками и общего числа проблем не обнаружено, но у девочек снизился уровень просоциального поведения. Употребление алкоголя и курение за 10-летний период значительно снизилось [17].

В Великобритании С. Колишоу с коллегами изучили изменения выраженности поведенческих и эмоциональных проблем и гиперактивности у 15–16-летних подростков за 25-летний период, анализируя данные трех исследований, проведенных в представительных выборках из популяции в 1974, 1986 и 1999 гг. с использованием сопоставимых родительских опросников: шкалы А Раттера [35] и «Сильные стороны и трудности» (SDQ [29]). Результаты показали значительный рост поведенческих проблем у подростков обоего пола во всех социальных классах независимо от размера и типа семьи. Выраженность гиперактивности существенно не изменилась, а уровень эмоциональных проблем между 1986 и 1999 гг. возрос [14]. Таким образом, результаты исследований секулярных (временных) трендов психического здоровья детей и подростков

в разных странах несколько разнятся, что указывает на культурную специфику временных изменений. Сопоставление результатов аналогичных исследований в разных странах позволяет выявить сходство, свидетельствующее об универсальных закономерностях развития психического здоровья в современном мире, и различия, указывающие на культурную специфику.

## ОБЩИЕ ТЕНДЕНЦИИ

В 2015 г. С. Колишоу обобщил 21 исследование секулярных трендов психического здоровья детей и подростков из нескольких стран Западной и Северной Европы, Бразилии, Греции, Китая, Новой Зеландии и США [41]. Большая часть — 11 работ — охватывала подростков, в пяти были обследованы дети, а в других пяти были охвачены дети и подростки; сравнительных сведений из стран со средним и низким доходом очень мало. Рассматривая различные аспекты проблем, автор заключил, что распространенность гиперактивности с нарушениями внимания за последние десятилетия не изменилась или несколько снизилась. Достоверных данных по расстройствам аутистического спектра нет, так как изменились критерии их выявления. В развитых странах значительно возросло обращение в службы психического здоровья за помощью в отношении аффективных проблем, особенно среди подростков. Имеющиеся данные говорят о том, что за последние 30 лет у подростков возросла и распространенность эмоциональных проблем (сниженное настроение, переживание тревоги и страха), в особенности у девочек [41]. Последующие исследования подтвердили значительный рост депрессии и тревоги [42]. У вьетнамских подростков на протяжении 10 лет возросла распространенность сниженного настроения наряду с суицидальными мыслями и самоповреждением [20].

Наиболее выражены секулярные тренды антисоциального поведения подростков: его распространенность в развитых странах повышалась в 1970-е, 1980-е и в начале 1990-х гг., а затем стабилизировалась или снизилась; более поздний обзор подтвердил существенное снижение антисоциального поведения молодых людей за последние годы во многих странах [42]. Однако в Бразилии подобного снижения в последние годы не наблюдалось, и это говорит о том, насколько важны исследования секулярных трендов психического здоровья в разных странах [41]. Среди проблем психического здоровья, менее распространенных в прошлые годы, чем в настоящее время, следует отметить связанные с питанием [43] и использованием интернета [44]; методы оценки этих проблем в выборках из популяции разработаны недостаточно.

В комментарии Ф. Верхюльста к обзору Колишоу обсуждается парадоксальное явление секулярного роста проблем психического здоровья детей на фоне улучшения соматического здоровья и организации служб охраны здоровья [45]. Отмечено, что выявленные в развитых странах секулярные тренды психического

здоровья различаются в зависимости от вида проблем, пола, возраста, а также от страны, временного периода, источника информации и методов оценки. Кроме того, различия в уровне проблем психического здоровья детей и подростков между двумя временными точками могут быть обусловлены различным сочетанием двух эффектов — когорты и периода времени. Проверка гипотез о возможных причинах изменений в уровне проблем психического здоровья затрудняется тем, что для оценки сопутствующих изменений окружающей среды используют усредненные статистические данные, а не индивидуальные показатели участников исследования. Поэтому необходимы исследования секулярных трендов с индивидуальными значениями факторов, которые могут объяснить изменения психического здоровья детей и подростков [45].

### ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ

С. Колишоу с коллегами сопоставили секулярный рост поведенческих проблем у детей и подростков в Великобритании с происшедшими в этот период времени демографическими и социально-экономическими изменениями: ростом разводов, увеличением числа семей с одним родителем, появлением отчима и мачехи, уменьшением размера семьи, ростом среднего дохода домохозяйств с одновременным ростом числа семей с детьми, живущих в относительной бедности [15]. Результаты показали, что уменьшение числа полных и увеличение числа бедных семей вносят достоверный вклад в секулярный тренд поведенческих проблем у подростков, но объясняют менее 10% межкогортных различий. Уменьшение размеров семьи, напротив, смягчило возможный рост поведенческих проблем на 42% [15]. Поскольку секулярные изменения в семье во многих странах мира сходны [46–48], эти результаты могут иметь международное значение, однако культурные особенности секулярных трендов и лежащих в их основе факторов до настоящего времени не исследованы.

Секулярные тренды возможных факторов психического здоровья детей и подростков [49–51] исследованы лишь в небольшом числе работ. В развитых странах существенно увеличились различия в распространенности проблем психического здоровья между детьми из бедных семей и из семей со средним или высоким доходом [42]. Возможные причины связывают с ростом вклада социального неблагополучия в факторы семейной среды, такие как родительский стресс и семейный разлад [15]. Помимо семейных факторов, в некоторых работах оценивали буллинг и обнаружили снижение его распространенности, хотя и не везде [42]. Среди потенциально значимых для психического здоровья детей и подростков характеристик ближайшего окружения и отдаленной внешней среды, помимо широко известных факторов в семье, школе и месте проживания, появились новые факторы риска и защиты, связанные с глобализацией и развитием технологий [51, 53]. Среди них следует отметить

кибербуллинг — агрессивные, намеренные и повторяющиеся в течение времени действия, совершаемые группой или индивидом против жертвы, которая не может с легкостью себя защитить, с использованием электронных средств мобильной связи и интернета [54–56]. Эти новые факторы также следует учитывать в исследованиях секулярных трендов психического здоровья детей и подростков. Существенное значение может иметь доступность психиатрической помощи [45, 57] и внедрение профилактических программ, в том числе направленных на повышение грамотности в сфере психического здоровья [58].

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследования секулярных (временных) трендов психического здоровья детей и подростков требуют решения концептуальных и методологических вопросов, таких как изменение диагностических критериев, патоморфоз отдельных психических расстройств, использование разных методов оценки и различия в официальной отчетности [14]. Полученные сопоставимыми методами в больших популяционных выборках на протяжении ряда лет данные об уровне психиатрических проблем у детей и подростков и сопутствующих изменениях в семье и окружающей среде могут прояснить механизмы развития нарушений психического здоровья, выявить возможные причины отклонений [41, 42] и дать важные ориентиры для разработки практических программ, направленных на укрепление психического здоровья детей и подростков [59]. Экономическая и социальная значимость таких программ связана с хорошо обоснованным пониманием, что проблемы психического здоровья, возникшие в первые годы жизни, не проходят с возрастом, а, напротив, приводят к серьезным нарушениям здоровья и благополучия на протяжении дальнейшей жизни и угрожают безопасности всех членов общества [4, 5, 7, 11, 52].

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Cortina MA. A public health response to mental health. In: E. Taylor et al. (eds) *Mental health and illness of children and adolescents. Mental health and illness worldwide* (pp. 657–669). Springer, Singapore, 2020. DOI: 10.1007/978-981-10-0753-8\_53-1
2. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry*. 2016;3:171. DOI: 10.1016/S2215-0366(15)00505-2
3. Whiteford HA, Ferrari AJ, Degenhardt L, Feigin V, Vos T. The global burden of mental, neurological and substance use disorders: An analysis from the global burden of disease study 2010. *PLoS ONE*. 2015;10(2):e0116820. DOI: 10.1371/journal.pone.0116820
4. World Health Organization. The WHO special initiative for mental health (2019–2023): universal health coverage for mental health (No. WHO/MSD/19.1).

- World Health Organization, 2019. <https://www.who.int/initiatives/who-special-initiative-for-mental-health>
5. World Health Organization. Adolescents: health risks and solutions. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions> (accessed: 17.10. 2018)
  6. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56:345–365. DOI: 10.1111/jcpp.12381
  7. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, Rohde LA, Srinath S, Ulkuer N, Rahman A. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*. 2011;378:1515–1525. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60827-1
  8. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42:386–405. DOI: 10.1097/01.CHI.0000046821.95464.CF
  9. Goodman A, Heiervang E, Fleitlich-Bilyk B, Alyahri A, Patel V, Mullick MSI, Slobodskaya H, dos Santos DN, Goodman R. Cross-national differences in questionnaires do not necessarily reflect comparable differences in disorder prevalence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012;47:1321–1331. DOI: 10.1007/s00127-011-0440-2
  10. Положий БС. Суициды среди несовершеннолетних (эпидемиологический аспект). *Суицидология*. 2019;10(1):21–26. DOI: 10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-21-26
  - Polozhy BS. Suicides among minors (epidemiological aspect). *Suicidology*. 2019;10(1):21–26. (In Russ.). DOI: 10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-21-26
  11. Belfer ML. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49:226–236. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2007.01855.x
  12. Green H, McGinnity Á, Meltzer H, Ford T, Goodman R. Mental health of children and young people in Great Britain, 2004. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2005. <http://no-pa.uk/wp-content/uploads/2015/02/Mental-health-of-children.pdf>
  13. Achenbach TM, Dumenci L, Rescorla LA. Are American children's problems still getting worse? A 23-year comparison. *J Abnorm Child Psychol*. 2003;31:1–11. DOI: 10.1023/A:1021700430364
  14. Collishaw S, Maughan B, Goodman R, Pickles A. Time trends in adolescent mental health. *J Child Psychol Psychiatry*. 2004;45:1350–1362. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2004.00335.x
  15. Collishaw S, Goodman R, Pickles A, Maughan B. Modelling the contribution of changes in family life to time trends in adolescent conduct problems. *Soc Sci Med*. 2007;65:2576–2587. DOI: 10.1016/j.socscimed.2007.06.010
  16. Sourander A, Niemelä AS, Santalahti P, Helenius H, Piha J. Changes in psychiatric problems and service use among 8-year-old children: a 16-year population-based time-trend study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47:317–327. DOI: 10.1097/CHI.0b013e318160b98f
  17. Sourander A, Koskelainen M, Niemelä S, Rihko M, Ristkari T, Lindroos J. Changes in adolescents mental health and use of alcohol and tobacco: a 10-year time-trend study of Finnish adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2012;21:665–671. DOI: 10.1007/s00787-012-0303-8
  18. Tick NT, Van Der Ende J, Verhulst FC. Twenty-year trends in emotional and behavioral problems in Dutch children in a changing society. *Acta Psychiatr Scand*. 2007;116:473–482. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2007.01068.x
  19. Bor W, Dean AJ, Najman J, Hayatbakhsh R. Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21<sup>st</sup> century? A systematic review. *Aust NZ J Psychiatry*. 2014;48:606–616. DOI: 10.1177/0004867414533834
  20. Le MTH, Nguyen HT, Tran TD, Fisher JR. Experience of low mood and suicidal behaviors among adolescents in Vietnam: findings from two national population-based surveys. *J Adolesc Health*. 2012;51:339–348. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2011.12.027
  21. Lin H, Wang Y. Child behavioral problems: comparative follow-up study two decades — sociocultural comments. *World Cult Psychiatry Res Rev*. 2007;2:128–132.
  22. Achenbach TM. Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry, 1991.
  23. Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA school-age forms and profiles. Burlington, VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth & Families, 2001.
  24. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5<sup>th</sup> ed.). American Psychiatric Publishing, Inc., 2013.
  25. Колмагорова АВ, Слoбoдская ЕР, Киншт ИА Оценка психического здоровья в раннем детстве. *Сибирский научный медицинский журнал*. 2007;3(125):46–52.
  - Kolmagorova AV, Slobodskaya HR, Kinscht IA. Mental health assessment in early childhood. *The Siberian Scientific Medical Journal*. 2007;3(125):46–52. (In Russ.).
  26. Grigorenko E L, Geiser C, Slobodskaya HR, Francis DJ. Cross-Informant symptoms from CBCL, TRF, and YSR: Trait and method variance in a normative sample of Russian youths. *Psychol Assess*. 2010;22(4):893–911. DOI: 10.1037/a0020703
  27. Slobodskaya HR. Competence, emotional and behavioural problems in Russian adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1999;8:173–180. DOI: 10.1007/s007870050126



28. Goodman R. Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40:1337–1345. DOI: 10.1097/00004583-200111000-0001
29. Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *Br J Psychiatry*. 2000;177:534–539. DOI: 10.1192/bjp.177.6.534
30. Goodman R, Slobodskaya HR, Knyazev GG. Russian child mental health: a cross-sectional study of prevalence and risk factors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2005;14:2833. DOI: 10.1007/s00787-005-0420-8
31. Слободская ЕР, Гудман Р, Рябиченко ТИ. Психосоциальные факторы эмоциональных проблем и отклонений в поведении подростков. *Психиатрия*. 2006;6(2):28–36. [https://www.elibrary.ru/download/elibrary\\_18962149\\_25464303.pdf](https://www.elibrary.ru/download/elibrary_18962149_25464303.pdf)  
Slobodskaya HR, Goodman R, Ryabichenko TI. Psychosocial factors of emotional and behavioural problems in adolescents. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatria)*. 2006;6(2):28–36. (In Russ.). [https://www.elibrary.ru/download/elibrary\\_18962149\\_25464303.pdf](https://www.elibrary.ru/download/elibrary_18962149_25464303.pdf)
32. Слободская ЕР, Ахметова ОА, Кузнецова ВБ, Рябиченко ТИ. Социальные и семейные факторы психического здоровья детей и подростков. *Психиатрия*. 2008;1:16–23 [https://www.elibrary.ru/download/elibrary\\_18925824\\_44414346.pdf](https://www.elibrary.ru/download/elibrary_18925824_44414346.pdf)  
Slobodskaya HR, Akhmetova OA, Kuznetsova VB, Ryabichenko TI. Social and family factors of child and adolescent mental health. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatria)*. 2008;1:16–23. (In Russ.). [https://www.elibrary.ru/download/elibrary\\_18925824\\_44414346.pdf](https://www.elibrary.ru/download/elibrary_18925824_44414346.pdf)
33. Goodman R, Ford T, Richards H, Gatward R, Meltzer H. The Development and Well-Being Assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*. 2000;41:645–655. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2000.tb02345.x
34. Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44:972–986. DOI: 10.1097/01.chi.0000172552.41596.6f
35. Rutter M, Tizard J, Whitmore K. Education, health and behaviour. London: Longman, 1970.
36. Elander J, Rutter M. An update on the status of the Rutter parents' and teachers' scales. *Child Psychol Psychiatry Review*. 1996;1:31–35.
37. Kumpulainen K, Räsänen E, Burkin M, Zerspinskaja S, Smirnova A, Rybak J, Ananko E, Timonina T, Henttonen I, Zlunikin V. Comparison of psychiatric symptoms among 8-to 9-year-old children in Finland and Russia. *Nord J Psychiatry*. 1999;53(6):417–426. DOI: 10.1080/080394899427647
38. Слободская ЕР, Сафронова МВ, Савина НН. Психическое здоровье российских школьников в межкультурном контексте. *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. 2001;1:32–40.  
Slobodskaya HR, Safronova MV, Savina NN. Russian schoolchildren mental health in a cross-cultural perspective. *Mental Health of Children and Adolescents*. 2001;1:32–40. (In Russ.).
39. Slobodskaya HR, Semenova NB. Child and adolescent mental health problems in Tyva Republic, Russia, as possible risk factors for a high suicide rate. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016;25:361–371. DOI: 10.1007/s00787-015-0743-z
40. Kovacs M. Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatr*. 1981;46:305–315.
41. Collishaw S. Annual research review: secular trends in child and adolescent mental health. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56:370–393. DOI: 10.1111/jcpp.12372
42. Collishaw S, Sellers R. Trends in child and adolescent mental health prevalence, outcomes, and inequalities. In E. Taylor et al. (eds.). *Mental health and illness of children and adolescents*. Springer, Singapore, 2020:1–11. DOI: 10.1007/978-981-10-2348-4\_9
43. Hay P, Morris J. Eating disorders. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2016. <https://iacapap.org/content/uploads/H.1.-Eating-disorders-update-2016.pdf>
44. Chang JP-C, Hung C-C. Problematic internet use. In Rey J.M. (Ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. 2012. <https://iacapap.org/content/uploads/H.6-INTERNET-ADDICTION-072012.pdf>
45. Verhulst F. Commentary: Physical health outcomes and health care have improved so much, so why is child mental health getting worse? Or is it? A commentary on Collishaw (2015). *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56:394–396. DOI: 10.1111/jcpp.12387
46. Захаров СВ. (ред.). Население России 2013. Двадцать первый ежегодный демографический доклад. М.: Изд. дом ВШЭ, 2015.  
Zakharov SV (ed.). *Russia's Population in 2013*. 21<sup>st</sup> Annual Demographic Report. Moscow: Higher School of Economics Publishing House, 2015. (In Russ.).
47. Захаров СВ. (ред.). Население России 2015. Двадцать третий ежегодный демографический доклад. М.: Изд. дом ВШЭ, 2017.  
Zakharov SV (ed.). *Russia's Population in 2015*. 23<sup>rd</sup> Annual Demographic Report. Moscow: Higher School of Economics Publishing House, 2017. (In Russ.).
48. Roopnarine JL, Gielen UP (eds.). *Families in global perspective*. Boston, MA: Allyn & Bacon, 2005.



49. Гудман Р, Скотт С. Детская психиатрия: практическое руководство. М.: Триада-Х, 2008. <https://www.youthinmind.info/Russia>  
Goodman R, Scott S. Child and Adolescent Psychiatry. 3<sup>rd</sup> ed. John Wiley & Sons, 2012. <https://youthinmind.info/py/yiminfo/GoodmanScott3.py>
50. Rey JM, Martin A. (ed). JM Rey's IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2020. <https://iacapap.org/english/>
51. Taylor E Verhulst FC, Wong J, Yoshida K, Nikapota A. (Eds.). Mental Health and Illness of Children and Adolescents. Springer, Singapore, 2020. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-981-10-2348-4.pdf>
52. Thapar A, Pine D, Leckman JF, Scott S, Snowling MJ, Taylor EA. (Eds.). Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. John Wiley & Sons, 2015.
53. Arnett JJ. The psychology of globalization. *Am Psychol*. 2002;57:774–783. DOI: 10.1037/0003-066X.57.10.774
54. Smith PK, Mahdavi J, Carvalho M, Fisher S, Russell S, Tippett N. Cyberbullying: Its nature and impact in secondary school pupils. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49:376–385. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2007.01846.x
55. Sourander A, Klomek AB, Ikonen M, Lindroos J, Luntamo T, Koskelainen M, Ristkari T, Helenius H. Psychosocial risk factors associated with cyberbullying among adolescents: A population-based study. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(7):720–728. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.79
56. Wolke D, Lee, Guy A. Cyberbullying: a storm in a teacup? *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017;26:899–908. DOI: 10.1007/s00787-017-0954-6
57. Макушкин ЕВ, Демчева НК. Динамика и сравнительный анализ детской и подростковой заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в 2000–2018 годах. *Российский психиатрический журнал*. 2019;4:4–15. DOI: 10.24411/1560-957X-2019-11930  
Makushkin EV, Demcheva NK. Dynamics and comparative analysis of child and adolescent incidence of mental disorders in the Russian Federation for the years 2000–2018. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal*. 2019;4:4–15. (In Russ.). DOI: 10.24411/1560-957X-2019-11930
58. Juengsiragulwit D, Nikapota A. Mental health strategy and policy: rural vs urbanized communities and first world vs developing world. In: E Taylor et al. (eds). Mental health and illness of children and adolescents. Mental health and illness worldwide. Springer, Singapore, 2020:615–653. DOI: 10.1007/978-981-10-2348-4\_60
59. Knapp M, Snell T, Healey A, Guglani S, Evans-Lacko S, Fernandez JL, Meltzer H, Ford T. How do child and adolescent mental health problems influence public sector costs? Interindividual variations in a nationally representative British sample. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56:667–676. DOI: 10.1111/jcpp.12327

**Сведения об авторе**

Елена Романовна Слободская, кандидат медицинских наук, доктор психологических наук, Научно-исследовательский институт нейронаук и медицины, Новосибирск, Россия, <https://orcid.org/0000-0003-2076-0691>  
hslob@physiol.ru

**Information about the author**

Helena R. Slobodskaya, Cand. of Sci. (Med.), Dr. of Sci. (Psychol.), Scientific Research Institute of Neuroscience and Medicine, Novosibirsk, Russia, <https://orcid.org/0000-0003-2076-0691>  
hslob@physiol.ru

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.  
There is no conflicts of interests.

Дата поступления 04.06.2021  
Received 04.06.2021

Дата рецензии 13.10.2021  
Revised 13.10.2021

Дата принятия 30.11.2021  
Accepted for publication 30.11.2021