

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ – ПОПЫТКА ОБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ ДИНАМИКИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ДЕСЯТИЛЕТИЯ С УЧЕТОМ РАЗЛИЧНЫХ ПОДХОДОВ

В.А. Розанов

Санкт-Петербургский государственный университет

Психическое здоровье детей и подростков является предметом особого внимания прежде всего в силу особого отношения к подрастающему поколению, что присуще любому цивилизованному обществу. У этой проблемы есть и более прагматичное измерение, поскольку речь может идти о нарастании нарушений психического здоровья по мере взросления и, соответственно, повышения заболеваемости взрослого трудоспособного населения, об экономических и моральных потерях и т.д. [71]. На настоящий момент ВОЗ в глобальном масштабе оценивает долю детей с теми или иными проблемами психического здоровья примерно в 20%, а проведенные недавно в Европе специальные исследования дают оценки в пределах 14–23% в зависимости от возрастной группы и пола [3, 28, 53, 54]. На этом фоне выделяются данные из США, согласно которым четверть подростков имеют нарушения психического здоровья за последний год, и треть – в течение жизни [44]. Что касается диагнозов, то на первом месте в США у подростков выявляются тревожные расстройства, далее следуют поведенческие расстройства (в т. ч. гиперактивность и дефицит внимания), нарушения аффективной сферы и потребление психоактивных веществ [44].

В данной статье мы не затрагиваем интеллектуальный дефект, аутизм, психотические расстройства и другие состояния, в которых биологический компонент играет решающую роль и которые, как например, шизофрения, остаются в популяциях примерно на одном уровне в течение длительного времени [6]. Речь пойдет о «нарушениях психического здоровья» или о «психопатологиях», под которыми скрываются различные субклинические проявления психологического неблагополучия, депрессивные, тревожные и психосоматические проявления, поведенческие расстройства, нарушающие социальное функционирование, а также личностные расстройства и саморазрушающие тенденции, представляющие

угрозу самому подростку. Именно эта категория расстройств, наиболее массовая в подростковой среде, часто ассоциированная с рискованное поведение, аддикциями, самоповреждениями, нарушениями пищевого поведения, суицидальными тенденциями становится в последние десятилетия важной социальной и медицинской проблемой во многих странах и вызывает серьезные опасения. Как утверждает во многих источниках, распространенность этих расстройств («психопатологий») в последние 40–50 лет среди подростков и молодых людей растет [29, 64].

Мы ранее обсуждали этот вопрос в контексте психического здоровья населения в целом [7], но новые убедительные данные и гипотезы являются основаниями для более детального анализа. Однако возникает вопрос – действительно ли мы наблюдаем рост проблем психического здоровья в подростковой среде, или под влиянием тревожных сообщений ВОЗ, уточнения и расширения диагностических критериев, увеличения числа подготовленных специалистов и давления фармацевтических компаний изменилось отношение к данной проблематике во врачебной среде и возросла готовность к постановке диагнозов? Для того, чтобы обоснованно ответить на этот вопрос, необходимо сконцентрироваться на эпидемиологических исследованиях, целенаправленно охватывающих как можно большие периоды времени (как минимум, десятилетия, а в идеале и больше) и использующих сопоставимые диагностические критерии. В противном случае эмоциональные формулировки будут непрерывно влиять на психиатрическое сообщество, не говоря уже о СМИ и о более широкой общественности. При этом оценка распространенности проблем может опираться и на иные критерии – например, на показатели нагрузки на службы психического здоровья, на всю систему педиатрического здравоохранения или на субъективные жалобы подростков.

Данные отдельных когортных исследований

Необходимо отметить, что когортные исследования, посвященные непосредственно подросткам, достаточно редки, и охват временных интервалов, к сожалению, небольшой. Первые сообщения тревожного характера о росте нарушений психического здоровья среди молодежи появились в конце 90-х годов прошлого века в Великобритании. Речь шла о депрессии, поведенческих расстройствах с преобладанием антисоциальных проявлений, аддикциях (алкоголь и наркотики), нарушениях пищевого поведения и суицидальности [29, 30]. Рост различных проявлений тревоги и депрессии детей и подростков в Западном мире в период с середины XX века до 90-х годов отмечается в работе J.M.Twenge [64]. Автор подчеркивает, что самоубийства среди подростков увеличились с 5,2 на 100 000 в 60-х до 13,2 на 100 000 в 90-х годах. Благодаря внедрению новых антидепрессантов к началу XXI века в экономически развитых странах наметилось ограничение числа подростковых суицидов, однако психосоматические расстройства продолжали расти. При этом тревожные расстройства оставались на исторически высоких цифрах и не проявляли тенденции к снижению [64]. Интересно также, что за указанный период времени благодаря такому стандартизованному психологическому инструменту, как MMPI, удалось обнаружить изменения в личностном профиле молодых людей, в частности выявлен рост значений ряда клинических шкал (депрессия, тревога, психопатия, гипомания, паранойя) [65]. Причину наблюдаемых негативных изменений J.M.Twenge усматривает в изменяющейся культуре общества, в частности, в нарастающем тренде индивидуализма, нарциссизма и социальной дезинтеграции [65].

Очень близкие результаты приводятся в работе S.Callishaw и соавт. из Великобритании [24]. Этим автором проанализирована распространенность нарушений эмоциональной сферы, поведенческих расстройств и проявлений гиперактивности среди подростков. Данные получены в ходе последовательных обследований больших контингентов молодежи с применением стандартизованных инструментов, охвачен период с 1974 по 1999 годы. Результаты анализа показали, что за 25-летний период в Великобритании наблюдался значительный рост нарушений психического здоровья подростков примерно в 1,5 раза. При этом гиперактивность существенно росла в течение всего периода, в то время как эмоциональные нарушения росли преимущественно с 1986 по 1999 год, а затем их рост прекратился. Рост «психопатологий» наблюдался как среди юношей, так и среди девушек, у представителей всех социальных классов и всех типов семей. Авторы специально подчеркивают, что наблюдаемый рост не является артефактом, обусловленным какими-либо недостатками регистрации расстройств в прошлом, улучшением регистрации с годами или изменившимися диагностическими критериями [24].

Национальные исследования в Западном мире, охватывающие самые последние десятилетия, подтверждают некоторые перечисленные выше тенденции второй половины 20 века, с теми или иными специфическими особенностями. Так, в ходе повторного исследования в Великобритании оценено состояние психического здоровья репрезентативных выборок молодых людей (16–17 лет) за 20-летний период (1986–2006) с использованием стандартных инструментов (Malaise Inventory и General Health Questionnaire), используемых для оценки выраженности психосоциального стресса, психосоматических симптомов и депрессии [25]. Среди обследованных в 2006 году в 2 раза большее число подростков испытывали тревогу и имели симптомы депрессии. Из отдельных симптомов сильнее всего нарастали беспокойство, раздражительность и чувство усталости. Существенной разницы между подростками из семей, находящихся на разных полюсах социальной структуры общества, выявлено не было, то есть выраженность негативных симптомов не зависела от социального положения семей, охватывая все социальные слои общества [25].

Популяционное исследование в Канаде (более 30 тыс. подростков в возрасте 10–15 лет), проведенное с использованием стандартизованных инструментов, оценивающих поведенческие нарушения, гиперактивность, непрямую агрессию, депрессию, тревогу и суицидальное поведение, показало, что в течение 15-летнего цикла наблюдений (1994–2009) имело место в основном нарастание признаков гиперактивности у самых молодых (10–13 лет), в то время как остальные симптомы оставались стабильными или даже снижались [43].

Данные из США за период 2001–2014 годы свидетельствуют от том, что среди подростков в возрасте 12–17 лет за указанный период достоверно выросла частота депрессивных эпизодов (с 8,7 до 11,3%), соответственно большее число лиц сообщали о снижении своего психологического благополучия [45, 46].

В то же время, исследование, проведенное в Португалии, в котором эмоциональные и психосоматические симптомы, ряд психологических характеристик, а также потребление психоактивных веществ подростками в возрасте 10–17 лет были оценены трижды за период с 1998 по 2006 год, в целом выявило общее снижение всех негативных проявлений. При этом отмечены характерные различия между юношами (больше алкоголя и наркотиков) и девушками (больше эмоциональных нарушений) [21].

Таким образом, отдельные исследования дают неоднозначную картину изменений, которые очевидно зависят от множества факторов, включая социо-культурные и этно-национальные. При этом сообщения о катастрофичности происходящего, характерные для второй половины прошлого века, постепенно сменяются более спокойной картиной, в которой, тем не менее, по-прежнему просматрива-

ются отчетливые негативные тенденции, в основном касающиеся молодых представительниц женского пола. В связи с этим очень важно попытаться увидеть обобщающую картину, которую предоставляют мета-анализы и обзорные публикации.

Мета-анализы и систематические обзоры

За последние годы опубликованы два аналитических обзора, посвященных данной проблеме, один из которых соответствует некоторым критериям мета-анализа по тщательности отбора исследований и оценке их качества. Оба обзора обсуждают только те исследования, которые оценивают ситуацию на больших временных интервалах и с использованием стандартизованных инструментов. В обзоре W.Vog и соавт. авторы после обработки 2 349 источников отобрали 19 наиболее релевантных [18]. Четыре из них (из Нидерландов, Австралии, Финляндии и Германии) касались детей в возрасте от 2–3 до 8–11 лет, три работы (из Дании, Нидерландов и Китая) – детей и подростков в интервале 6–16 лет, остальные 12 (по две из Швеции, США, Великобритании и Шотландии и по одной из Исландии, Китая, Финляндии и Нидерландов) касались непосредственно подростков от 12 до 18 лет. Инструментарий в основном был представлен стандартизованными опросниками для родителей и воспитателей (в случае детей) или часто используемыми шкалами для оценки тревоги (Зунга), депрессии (Бека), общего здоровья и благополучия, или их вариантами (в случае подростков). Авторы группировали все получаемые симптомы таким образом, чтобы представить интегральную оценку выраженности интернализирующих (депрессия, тревога, сниженная самооценка, одиночество, суицидальность) и экстернализирующих расстройств (гиперактивность, поведенческие нарушения, оппозиционное и антисоциальное поведение). Подавляющее большинство исследований были посвящены интернализирующим расстройствам. Временные интервалы наблюдений за подростками в отдельных исследованиях составили от 10 до 20 лет в период с 1984 по 2011 год [18].

По итогам анализа, интегрируя все разнонаправленные изменения, авторы приходят к выводу, что достоверных изменений психического здоровья детей в возрасте 2–3 года и детей раннего школьного возраста (6–8 лет) по данным имеющихся исследований не наблюдается. Что касается подростков, то выраженность экстернализирующих расстройств в большинстве исследований остается практически неизменной, в то время как выраженность интернализирующих отчетливо нарастает среди девушек. Среди юношей наблюдаются разнонаправленные изменения – шотландское исследование выявило подъем, в Финляндии изменений не выявлено, а в Нидерландах обнаружено снижение. Таким образом, объективно подтвержденным феноменом является увеличение распространенности

депрессии и тревоги у девушек, оно выявлено почти во всех странах [18].

В обзоре S.Collishaw обсуждается примерно тот же набор опубликованных за последнее время исследований, однако автор (который сам известен своими когортными исследованиями) сконцентрировался на проблемах оценок, обсуждая возможные скрытые причины наблюдаемых изменений [23]. К ним он относит «медиализацию» симптомов, которые прежде считались нормальными, и в связи с этим обсуждает недостатки когортных исследований (сравнивают ли они на самом деле однотипные расстройства, хотя формально диагнозы совпадают?), репрезентативность выборок, вероятность неадекватного информирования, если речь идет об опросах информантов, например, родителей или школьных воспитателей, а также влияние таких факторов, как нежелание (или наоборот, повышенную готовность) самих подростков взаимодействовать с интервьюерами, которая также может быть подвержена временным (историческим) колебаниям. В отличие от других работ, в данном обзоре отдельно обсуждаются расстройства, «связанные с нейрокогнитивным развитием», куда автор относит синдром гиперактивности и дефицита внимания (СДВГ) и аутизм.

Обсуждая расстройства различного спектра, автор приходит к нескольким интересным заключениям. Так, относительно СДВГ высказывается мысль, что расширение диагностических критериев и повышение уровня диагностики на самом деле являются основными подспудными факторами повсеместно наблюдающегося увеличения распространенности, хотя полностью возможность реального роста не отрицается [23]. В отношении расстройств аффективной сферы делается вывод о том, что наряду с возможным влиянием более активной диагностики, скорее все же имеет место реальный рост данного типа расстройств, который, впрочем, несколько замедлился за последние 10–15 лет. Что касается проявлений, регистрируемых альтернативными структурами (полиция, пенитенциарная система, система регистрации смертных случаев), в частности, таких как суицидальность, криминальность, антисоциальные проявления и «школьный буллинг», приводятся данные о преимущественном росте во многих странах. Отдельно автор высказывает мысль о том, что порой пугающая общественность и профессионалов картина ухудшения психического здоровья молодежи в экономически развитых странах Запада в значительной мере связана с тем, что в этих странах осуществляется больше соответствующих исследований, претендующих на объективность, в то время как в странах «со средним или низким экономическим уровнем» такие исследования крайне редки, в силу чего ситуация в этих странах остается неясной. В то же время, есть много оснований полагать, что эта ситуация не лучше, а в ряде случаев может быть и хуже, чем во внешне благополучном (но, тем не

мнее, охваченном проблемами с подростками, судя по исследованиям) западном мире [23].

Оценки, основанные на обращаемости в систему здравоохранения или психологической помощи

В США обращения подростков к врачам, в ходе которых были выявлены признаки депрессии, с 1995 по 2002 год выросли с 1,4 млн в год до 3,2 млн в год [41]. По другим данным, в период с 1995 по 2010 год в США обращаемость к врачам общей практики, по итогам которой ставились психиатрические диагнозы, а также обращаемость к врачам-психиатрам лиц моложе 21 года росла опережающими темпами по сравнению с лицами старше 21 лет, причем этот рост практически совпадал с увеличением назначений психотропных препаратов [49]. Обращаемость по поводу психотерапевтической помощи среди молодых людей за указанный период также росла, в то время, как среди взрослых она снижалась [49].

В Германии наблюдался рост госпитализаций по поводу биполярного расстройства среди подростков в возрасте до 19 лет с 1,13 до 1,90 на 100 000, то есть на 68,5% в период с 2000 по 2007 год [35]. Работа, отражающая ситуацию в Голландии с обращаемостью к врачам общей практики, свидетельствует о том, что 6,6% детей и 7,5% подростков обращаются за помощью в связи с жалобами на психиатрические симптомы [75]. Из числа обратившихся, примерно 15% детей и треть подростков получают назначения психотропных препаратов, главным образом психостимуляторов и антидепрессантов [75]. Наибольших масштабов детская психофармакология достигла в США, где активно назначаются психостимуляторы для контроля гиперактивности и дефицита внимания и антидепрессанты с целью купирования симптомов депрессии [69].

Таким образом, данные по нагрузке на систему здравоохранения и психологической помощи говорят о более высокой обращаемости в последние десятилетия. Уже упоминалось, что в таком же ключе оцениваются данные со стороны правоохранительной и пенитенциарной системы, а также школьной системы в США [23]. В то же время, сравнительное австралийское исследование подростков, находящихся под следствием в 1989 и 2008/2009 годы не выявило существенных различий (при том что в целом выраженность проблем психического здоровья среди этой категории подростков существенно выше, чем в общей популяции) [58].

Самооценка психологического благополучия и субъективные жалобы

Определенный интерес представляют исследования, в которых оценивается массовость субъективных жалоб детей и подростков, отражающие «проблемы психического здоровья» – ощущение

переживания стресса и напряжения, тревоги, отдельные симптомы депрессии, нарушения сна и пищевого поведения, зависимость от интернета (гаджетов) и потребление психоактивных веществ. По национальным шведским данным в период с 1985 по 2005 год жалобы учеников 5, 7 и 9-х классов на свое психическое состояние (куда включены снижение самооценки, депрессия, тревога) существенно выросли [34]. Опросы старших подростков (16–18 лет, общее число 1 027) в Швеции показали, что усталость и грусть ощущали примерно 40% девушек и 20% юношей, в то время как ощущение постоянного напряжения и слишком высокие требования в школе отметили 64% девушек и 39% юношей [73]. Обсуждается также рост проблем психического здоровья среди более старшего контингента. Нарушения психического здоровья студентов – это быстро растущая проблема для университетов, требующая адекватного реагирования со стороны администрации и специально обученного персонала. В качестве возможных причин упоминается исключительно высокая интенсивность учебного процесса, информационные перегрузки, нездоровый стиль жизни, излишняя вовлеченность в интернет-контент и социальные сети [61].

Недавно завершен масштабный проект SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe), направленный на изучение психического здоровья подростков, охвативший 11 стран и более 12 000 школьников. Среди наиболее важных опубликованных на данный момент результатов можно отметить высокий процент тревоги и депрессии: 32% детей имели субпороговую и 5,8% – отчетливую тревогу (по шкале Зунга) и 29% детей – субпороговую и 10,5% – отчетливую депрессию (по шкале Бека) [70]. По данным проведенного нами аналогичного исследования, у 23% школьников в возрасте 14–16 лет в г.Одессе наблюдалась субпороговая, а у 7% – выраженная депрессия. При этом число детей с суицидальными попытками за последние 6 месяцев составило около 6% [10].

К сожалению, данный проект не дает возможности судить о динамике субъективных жалоб, хотя используемые в нем инструменты стандартизованы и широко применяются. В то же время, одно интересное наблюдение, полученное в ходе этого проекта, привлекает внимание. Так, было показано, что только 57,8% из более чем 11 тысяч подростков относятся к группе с низкими значениями всех видов рискованного поведения, 13,2% имеют выраженные значения этого показателя и явно принадлежат к наиболее уязвимой группе, в то же время 29% составляют так называемую «невидимую группу» – без явных признаков экстернализирующих нарушений, но с высокими значениями патологического использования интернета и ТВ, с сидячим образом жизни и снижением среднего времени сна [20]. Оказалось, что у представителей этой «невидимой» группы

частота клинически выраженной тревоги (8% vs. 9,2%), подпороговой депрессии (33,2% vs. 34%), выраженной депрессии (13,4% vs. 14,7%) и суицидальных мыслей (42,2% vs. 44%) были очень близки к таковым в уязвимой группе. Таким образом, популяция подростков школьного возраста таит в себе большой потенциал в плане увеличения регистрируемых по традиционным критериям нарушений, которые связаны с некоторыми современными особенностями подростковой среды и субкультуры.

Исследования психического здоровья подростков свидетельствуют о значительных трудностях, переживаемых наиболее уязвимой частью подростковой популяции. Эти трудности связаны с проблемами семей, давлением со стороны сверстников, нагрузкой в школе, то есть обусловлены прежде всего психо-социальными факторами. В частности, в исследовании, проведенном в Италии, более 3 000 подростков отвечали на опросники, оценивающие поведенческие нарушения и психологическое состояние. Примерно 10% подростков (девочки чаще, чем мальчики) страдали от тех или иных психологических проблем. Проживание в неполной семье, низкий образовательный уровень матерей и низкие доходы в семье были ассоциированы с большей выраженностью эмоциональных и поведенческих нарушений [32]. По нашим данным, низкий социо-экономический статус семьи существенно сказывается на выраженности у подростков депрессивных симптомов, интенсивности субъективного ощущения стресса, психосоматических симптомах, чувстве одиночества и интенсивности суицидальных мыслей [57].

В определенных ситуациях психо-социальные проблемы и вызываемые ими эмоциональные и поведенческие нарушения могут индуцировать расстройство. Так, обследование младших школьников во Франции показало, что повседневные неприятности и негативные события жизни непосредственно связаны с нарушениями психического здоровья, в частности, с ранним началом курения и потребления алкоголя и формированием соответствующих зависимостей [26]. Эти взаимосвязи существенно зависят от пола и связаны с национально-культурным фактором – среди подростков из семей иммигрантов выраженность психологического дистресса и зависимостей выше [50].

Другие наблюдения

Ряд работ подчеркивает взаимосвязь между показателями физического и психического здоровья детей и подростков. Исследование из США указывает, что рост тревоги и депрессии происходит параллельно с нарастанием таких заболеваний, как астма, аллергии, заболевания респираторной системы и мигрень, причем нарушения психического здоровья в детстве ассоциированы с низкими социо-экономическими показателями во взрослом возрасте (доходы семьи, уровень образования, занятость) [27]. В Финском

исследовании у 70% молодых людей, покончивших с собой, выявлено то или иное физическое заболевание, среди них в 27% случаев встречалось и психическое расстройство. В то же время, среди суицидентов, не имевших соматического заболевания, диагноз психического расстройства встречался всего в 7% случаев [68]. Таким образом, физические заболевания и нарушения психического здоровья постоянно сопутствуют друг другу в детстве и подростковом возрасте, препятствуя полноценному развитию личности. Можно полагать, что в значительной степени это связано с гиподинамией, психосоматическими нарушениями, вовлеченностью в интернет-контент.

Проблема эпидемиологии психических расстройств у детей в Российской Федерации обсуждается в обстоятельном обзоре Л.А.Прониной [5]. Большое внимание уделено факторам риска возникновения данного типа расстройств в детском возрасте, в числе которых упоминаются в основном пре- и перинатальные факторы, семейная дезадаптация, дефекты воспитания. Основной акцент делается на микросоциальное окружение, включая школьный компонент. Обсуждается роль сочетанных нарушений физического и психического здоровья, нарушений развития, влияние экологических факторов, в частности, радиационного. В обзоре приводятся данные о росте распространенности психических болезней среди детей на некоторых территориях РФ с 1970 по 1990 год в 1,5 раза [5].

Автор обсуждает также ряд исследований, посвященных психологическим проблемам детей в образовательных учреждениях «нового типа» (гимназии, лицеи, элитные школы), число которых начало быстро расти после «перестройки». Ряд исследований свидетельствуют о большей распространенности нервно-психических заболеваний среди учащихся этих школ, о значительной выраженности астено-невротических и депрессивных расстройств, фобий и тревожности, а также о большей частоте патохарактерологических подростковых реакций и расстройств личности в целом и о высокой (порядка 70%) интеллектуальной и физической утомляемости. Отмечается также рост суицидальных проявлений среди подростков [5]. Аналогичные результаты получены в масштабном исследовании А.Б.Холмогоровой и С.В.Воликовой [14].

Эти данные, на наш взгляд, отражают то обстоятельство, что с переходом на новые экономические рельсы и социальный уклад происходит ухудшение психического здоровья детей и подростков в России (как и во многих других постсоветских республиках, учитывая общность социально-экономического контекста). К сожалению, как отмечает автор обзора [5], эпидемиологические исследования с применением стандартных методических подходов на постсоветском пространстве почти не встречаются, отдельные исследования анализи-

руют в основном обращаемость и заболеваемость по данным медицинской статистики, охватывая небольшие временные промежутки, что снижает научную ценность этой информации. В ряде источников, в основном социологического характера, сообщается о значительном росте признаков хронического стресса, трудностях материального характера и повышении потребления алкоголя, наркотиков и табака молодежью [5].

Сопоставление с динамикой суицидов

Уровень и динамика самоубийств отражают одновременно и психическое здоровье, и социальное благополучие общества – двух показателей, тесно связанных между собой. Суициды и суицидальные попытки ассоциированы с распространенностью нарушений аффективной сферы и выраженностью психо-социального стресса, которые также существенно зависят от социально-экономических обстоятельств [1]. Уровень самоубийств в специфических возрастных группах, несмотря на неточности регистрации причин смерти, остается одним из немногих объективных показателей, на который можно опираться при обсуждении изменений при значительных временных промежутках.

Нами проведен детальный анализ ситуации с подростковыми и молодежными суицидами по странам и континентам, опираясь на материалы национальной статистики и специальных исследований [9]. Общий вывод сводится к следующему: рост суицидов среди подростков за последние 30–50 лет – глобальное явление, охватившее страны Европы, Северной и Южной Америки, страны бывшего СССР, многие страны Азии и Тихоокеанского региона. Наиболее уязвимыми оказались представители аутохтонных народов, столкнувшиеся с влиянием глобализации и давлением повсеместно распространяющейся западной культуры, несущей консьюмеризм, индивидуализм, конкуренцию, гедонизм, деформацию традиционных ценностей и, как сопутствующее проявление – ухудшение психического здоровья [9]. Примерно с конца 90-х годов прошлого века во многих западных странах рост подростковых самоубийств приостановился (хотя уровни не вернулись к таковым 60-х годов), однако появилось много сообщений о росте в таких странах, как Индия, Китай, Шри Ланка, страны Латинской Америки и постсоветского пространства. Это также можно трактовать как следствие глобального столкновения культур и угрозы идентичности молодых людей. В целом в динамике психологического благополучия, общего и психического здоровья и суицидальности молодежи явно просматривается параллелизм. Так, например, исключительно высокие индексы суицидов среди молодежи традиционных народов Севера совпадают с высокой распространенностью среди них нарушений психического здоровья, в частности, аддикций [12].

Гипотезы и объяснения

Все эти факты требуют рационального объяснения. Как всегда, когда речь идет о психическом здоровье, причины могут лежать в плоскости социальных, психологических и биологических факторов. Мы обратили внимание на то, что в большинстве источников основное внимание уделяется социальным обстоятельствам. Так, в популярной монографии британских авторов R.Wilkinson и K.Pickett рассматривается широкий круг социальных проблем современного западного общества в связи с таким показателем, как индекс Джини – соотношение доходов наиболее богатой и бедной части общества, что отражает социально-имущественное расслоение, неравенство [74]. Авторы приводят многочисленные подтверждения тому, что средняя продолжительность жизни, детская смертность, а также уровень криминогенности, частота рождений детей у несовершеннолетних, уровень доверия в обществе, ожирение и, самое главное, психические расстройства, включая алкоголизм и наркоманию, мало зависят от ВВП на душу населения, но явно связаны прямой корреляционной связью с показателем социального неравенства. Авторы считают главной причиной уровень психо-социального стресса, порождаемого неравенством и борьбой за статус (статус-синдром), причем стресс, согласно их выкладкам, охватывает все слои общества, а не только его беднейшую часть [74].

Роль социального неравенства как фактора психического здоровья подростков детально проанализирована относительно недавно в систематическом обзоре F.Reiss. Автор рассмотрел 55 опубликованных исследований по данной теме, из которых 52 подтверждают обратную зависимость между социально-экономическим статусом семьи и выраженностью проблем психического здоровья подростков. Дети из семей с более низким уровнем социо-экономического благополучия в 2–3 раза чаще имеют то или иное расстройство или проблему, особенно если их статус не меняется в лучшую сторону, более того, снижение статуса провоцирует дальнейшее ухудшение [55].

На аналогичных позициях стоит R.Eckersley [28]. Он, в частности, упоминает такие факторы как бедность, социальная изоляция, стрессовые семейные обстоятельства, негативный стиль родительского воспитания, а также обращает внимание на растущее давление СМИ и информационных технологий, пропагандирующих насилие, соперничество, консьюмеризм, страх и тревогу, социальную маргинализацию и нереалистичные ожидания от будущего у молодежи, что порождает неминуемые фрустрации. Все это происходит на фоне продвижения либеральных подходов к трактовке аддиктивного и самоповреждающего поведения и снижения роли традиционного воспитания и ослабление влияния религии. При этом влияние всех этих обстоятельств в западном мире нарастало относительно постепенно, в то время как на постсоветском простран-

стве после «присоединения» к глобализованному миру их влияние усилилось резко за относительно короткий исторический период. Это сопровождалось деформациями в ценностной сфере – усилением роли индивидуализма, повышением ценности личного успеха в противовес ценностям коллективизма и взаимопомощи, росту гедонизма, прагматизма, морального релятивизма [15].

R.Eckersley [28] также упоминает экологические факторы, например, засилье низкопробного «быстрого» питания, химическое загрязнение окружающей среды, повышение потребления алкоголя и психоактивных веществ. Сюда следовало бы добавить радиационный фактор, часто упоминаемый психиатрами России, Украины и Беларуси – стран, пострадавших в результате Чернобыльской катастрофы. На популяционном уровне R.Eckersley обращает также внимание на личностные изменения, произошедшие среди молодых людей в западном мире за последние десятилетия, в частности, на рост нарциссизма, нейротизма и нарушений такого ключевого механизма саморегуляции как способность контролировать свою импульсивность и склонность к рисковому поведению.

S.Collishaw в своем обзоре, обсуждая круг причин, влекущих за собой неблагоприятную динамику психического здоровья молодежи, рассматривает изменения индивидуальной уязвимости, семейные факторы, факторы внесемейного характера и факторы более широкого (социо-экономического и культурно обусловленного) характера [23]. Говоря о факторе семьи, он упоминает такое явление в западном мире (которое становится все более глобальным), как увеличение доли неполных семей и гражданских браков. Мы считаем, что сюда смело можно добавить нарастающий тренд с экспериментированием в сфере семьи, от уравнивания поло-ролевых моделей до признания однополых браков. Так, попытка продемонстрировать, что отцы столь же эффективны, как и матери по уходу за больным ребенком (что нашло свое применение в практике предоставления больничных в Швеции) приводит к ухудшению психологического благополучия детей [48]. Вслед за ранними исследованиями, провозгласившими, что приемные дети в гомосексуальных семейных парах не отличаются в плане своего психологического и социального развития от детей в традиционных семьях [19, 51], более поздние исследования сообщают о ряде психологических проблем, связанных в частности, с формированием привязанности и повышенной тревожностью детей в таких семьях [31].

Ряд исследований обсуждают возможную связь между ростом нарушений психического здоровья среди подростков с увеличением распространенности аналогичных проблем у их родителей. То, что депрессии, тревожные расстройства и другие проблемы психического здоровья среди взрослого населения за последние десятилетия растут,

подтверждено в обобщающих обзорах [4, 7]. В одной из работ это предположение эмпирически подтверждено – нарастание эмоциональных проблем матерей в демографических когортах между 1986 и 2006 годами совпадало с ростом депрессий у подростков за этот же период времени [59]. Таким образом, поколение лиц с проблемами психического здоровья с большей вероятностью дает жизнь поколению детей с аналогичными проблемами, вследствие чего общая негативная тенденция нарастает.

Одной из возможных причин нарушений психического здоровья среди молодежи может быть увеличивающийся разрыв между поколениями, рост конфликтности во взаимоотношениях отцов и детей и рост уровня насилия по отношению к подросткам. Имеющиеся когортные исследования подтверждают это – рост психологических проблем среди подростков за последние годы ассоциирован с семейными проблемами и частыми ссорами с родителями [62]. В нашей культурной традиции проблемы семей иногда рассматривают под другим углом зрения, так А.М.Карпов обращает внимание на ломку традиций в семейном воспитании, на трансформацию матрицы семьи и смену «патерналистской» (основанной на авторитете фигуры отца) модели семейного воспитания на «менеджерскую». По мнению автора, это может провоцировать рост личностных расстройств. В данном случае подчеркивается взаимосвязь психологического, духовного и микросоциального факторов [2].

Если говорить о внесемейных факторах, то основное внимание привлекает школьная среда. Американские авторы обсуждают конфликтность и буллинг в школах и считают, что академическая среда все чаще выступает как фактор хронического стресса для подростков [72]. В нашем исследовании психического здоровья подростков на первом месте среди субъективных жалоб подростков стоит увеличение академической нагрузки, в то время как школьный буллинг – на втором [11].

В современном мире наблюдаются большие дисбалансы в выраженности и направленности психосоциальных проблем в различных регионах и культурных средах. В регионах, охваченных конфликтами, с высоким уровнем насилия и серьезными ограничениями по безопасности, при значительной смертности взрослого населения, дети и подростки становятся наиболее уязвимой частью населения, что неминуемо отражается на их психическом здоровье [39]. В то же время, спровоцированный конфликтами кризис в бедных регионах мира влечет за собой интенсивную миграцию населения в благополучные страны, причем дети мигрантов, как правило, демонстрируют более высокие показатели нарушений психического здоровья (депрессия, тревога, посттравматические состояния, психосоматические расстройства), особенно при недостаточной родительской заботе [67]. Что касается фактора миграции, то даже

в относительно благополучной обстановке, вне связи с конфликтными ситуациями, переезд семьи, особенно при негативной оценке его последствий подростком, ассоциирован с ухудшением психологического благополучия [13]. В целом движение больших масс населения, отмечаемое в последнее время в глобальном масштабе, безусловно, может вносить вклад в регистрируемое увеличение проблем психического здоровья молодежи.

Все эти явления связаны с социально-экономическими и культурно обусловленными факторами, столь характерными для современного глобального мира. Это становится особенно заметно при оценке ситуации в густонаселенных регионах, лишь недавно вовлеченных в глобальный контекст. Ряд работ из интенсивно развивающихся стран Азиатского региона (Индия, Китай) обсуждают относительно быстрые социальные перемены и связанные с ними урбанизацию, демографические дисбалансы (постарение населения), либерализацию в отношениях между полами, эволюцию семейных ценностей, нарастающее социально-экономическое неравенство, вестернизацию образа жизни, конфликт культур и социальный конфликт с позиций их влияния на психическое здоровье населения, включая молодежь [16, 47, 52]. В то же время, и в западном мире динамика социальных дисбалансов и рост неравенства признается в качестве важного фактора, усиливающего эмоциональный дистресс, выявляемый в когортных исследованиях. Так, по имеющимся данным, за последнюю четверть XX века различия в выраженности эмоционального дистресса между семьями с высоким и низким достатком выросла в 4 раза [33].

О возможной роли эволюционно-биологических механизмов

Признавая многообразие причин нарушений психического здоровья, особенно среди подростков, не следует забывать о возможной роли биологических механизмов. Для человеческой популяции социальная среда является ведущей частью окружающей среды, в связи с чем проблемы адаптации и биологической эволюции можно рассматривать в том числе и с позиций влияния динамичной социальной среды и ее взаимодействия с генотипами и поведенческими (в т.ч. репродуктивными) стратегиями. С точки зрения эволюционной психиатрии [66], представляет интерес, что кардинально (и относительно быстро) изменилось в жизни человека современного общества. Эти изменения могут оцениваться в контексте перехода от аграрного общества к индустриальному и постиндустриальному (информационному).

Можно отметить три важных обстоятельства, отражающих динамику за последние 100–150 лет, особенно в экономически развитых странах – снижение уровня социальной поддержки, изменение характера труда и хронизацию [7]. Первый

фактор обусловлен так называемой демографической модернизацией – уменьшением числа детей в семье и увеличением продолжительности жизни. Следствием становится снижение числа людей в окружении каждого индивидуума, способных оказывать поддержку и сочувствие, за чем закономерно следует одиночество и депрессия [38]. Второй фактор связан с тем, что если еще 100–150 лет назад подавляющее большинство людей на планете были заняты физическим (чаще всего, сельскохозяйственным) трудом, в то время как сегодня основная масса людей занята трудом «в офисе». Это резко повышает нагрузку на нейронные сети и функциональные структуры нервной системы, следствием чего и становится рост заболеваний, «связанных с мозгом». В силу перехода к интеллектуальным видам труда произошли изменения в системе образования, резко усилилась нагрузка на детей и подростков в школах и на молодежь в университетах, что способствует ранним перегрузкам. С другой стороны, снижение физической активности ослабило защитную роль этого фактора относительно деменций, стрессовых расстройств и депрессии.

Все это происходит на фоне хронизации стресса – ситуации, при которой стресс становится глобальным и постоянным и приобретает характер психо-социального стресса. Психо-социальный стресс чаще всего концептуализируется как стресс, связанный с современным циклическим характером труда, несправедливым распределением материальных благ, невозможностью контролировать свою жизнь, видеть перспективы и развиваться, то есть в значительной степени как «субъективно ощущаемый стресс» [22, 40, 63]. Несмотря на значительную роль субъективного фактора психо-социальный стресс реализуется через консервативные биологические механизмы, связанные с нейро-эндокринной регуляцией функций и их генетическим контролем [7, 8]. В настоящее время накапливаются данные о том, что сигналы внешней среды (прежде всего, социальной) через эффекты гормонов стресса способны оказывать влияние на активность генома, затрагивая эпигенетические механизмы – химические модификации ДНК, гистонных белков и синтез некодирующих микро-РНК. Эти изменения, возникая чаще всего на ранних этапах развития под влиянием стрессовых воздействий, формируют долгосрочные функциональные последствия за счет установления устойчивого (на всю оставшуюся жизнь) профиля активности генов [60]. Экспрессия (или торможение активности) генов, как показывают исследования, особенно касаются биологических механизмов реагирования на стресс, родительского поведения в период репродукции, участвуют в консолидации памяти, активности иммунной системы и многих других процессах, имеющих отношения к вероятности возникновения болезней или наоборот, сохранения здоровья, особенно психического [56].

Эпигенетические механизмы, трансформируя сигналы социальной среды в долгосрочные паттерны активности генома, могут также оказывать влияние на созревание мозга, его клеточный состав, межнейрональные контакты и активность различных функциональных структур. В результате оказывается, что факторы внешней среды в конечном итоге важнее для состояния биологических систем, чем гены, поскольку существует динамический посредник между средой и геномом – эпигеном. Формирующееся в условиях хронизации стресса состояние аллостаза (напряженного системно-антисистемного баланса, износа биологических систем, вкуче с эпигенетическими программами, зависящими прежде всего от ранних этапов развития) приводит к тому, что социальные факторы «внедряются под кожу», становятся драйверами повреждений критических мозговых структур, более всего связанных с психическим здоровьем (миндалины, гиппокамп и префронтальной коры) [36, 42].

В последние десятилетия мы являемся свидетелями нарастания стрессового эффекта, связанного с повсеместным давлением информационного потока, приходит новое поколение, родители которых уже выросли в новых стрессовых условиях. Все это укладывается в некую логическую схему, но для того, чтобы лучше объяснить и предупредить негативные тенденции в сфере психического здоровья, нужны прицельные междисциплинарные исследования взаимодействия социальных, психологических и биологических факторов. Эпигенетические механизмы в данном контексте выглядят как приемлемое объяснение тех относительно быстрых нарушений в сфере психического здоровья, которые проявляются в подростковой среде, особенно с учетом возможной трансгенерационной передачи некоторых паттернов генной активности [36, 56, 60].

Вся эта схематизация имеет потенциал для объяснения нарушений психического здоровья, в то же время, все таки большая часть подростковой популяции остается интактной, а определенная часть, несомненно, получает некие выгоды от ускоренного развития, связанного с обогащенной социальной и информационной средой. Мы полагаем, что изменения, произошедшие при переходе от аграрной эпохи к промышленной и далее, к информационной, вполне возможно, влекут за собой нарастание дифференциации в популяционном распределении психического здоровья – увеличение разрыва между теми, кто не только приспособится, но и получит ускоренное развитие, и теми, кто не справится и пополнит ряды пациентов психотерапевтов и психиатров. Так, привлекательно выглядит гипотеза, что рост СДВГ у современных детей – это результат приспособления современных детей к изменившейся обстановке, к информационным перегрузкам, постоянному телевизионному контенту, игровым приставкам, требующих мгновенного реагирования и, в какой-то степени,

итог технологий раннего развития, которые направлены на ускоренное освоение современных информационных потоков [37]. Разумеется, эти нарушения возникнут у тех, кто оказывается наиболее уязвим в таком внешнем воздействии, например, в силу имеющихся предрасположений и личностных особенностей, в то время как кто-то трансформирует это в навыки ускоренного развития.

В то же время, можно предположить, что изменения, связанные с демографической модернизацией, одиночеством и снижением уровня социальной поддержки, вызванные переходом от аграрного к индустриальному обществу, создают некий контекст, предрасполагающий к нарастанию проблем психического здоровья общества в целом. На этом фоне глобальное нарастание социального неравенства, усиление конкуренции при усиливающемся давлении информационных потоков, продвигающих индивидуализм, гедонизм и консьюмеризм, к которым особенно чувствительно молодое поколение, становится фактором, наиболее неблагоприятным для молодежи. Предстоит понять, в какой мере поведенческие стратегии в отношении здоровья, дисбалансы в рождаемости среди групп с различными характеристиками, трансгенерационные эпигенетические эффекты и стресс-индуцированные нарушения вносят свой вклад в популяционные характеристики психического здоровья. Это требует построения соответствующих теоретических моделей и их подтверждения данными соответствующих исследований.

Заключение

Ухудшение психического здоровья молодежи в последние десятилетия является объективной реальностью. Возможно ситуация не столь катастрофична, как об этом порой принято было говорить до начала XXI века, однако объективные исследования, несмотря на методические трудности, говорят о реальном росте распространенности целого комплекса субклинических нарушений, которые во множестве случаев перерастают в диагностируемые расстройства. На первых местах в перечне выявляемых расстройств у подростков и молодых людей стоят тревога и депрессия, аддикции, а также поведенческие расстройства (гиперактивность), что вероятно связано с психо-социальными особенностями данной возрастной группы. Исходя из ряда эпидемиологических данных, создается впечатление, что распространенность нарушений психического здоровья среди молодежи не ниже, а даже выше, чем в общей популяции. На фоне этого растут суицидальные проявления среди подростков. Если самоубийство в конце жизни или в кризисные периоды среднего возраста еще можно иногда оправдать, то самоубийство в начале жизни выглядит особенно катастрофично и явно свидетельствует о нездоровье общества. При этом старшие школьники и студенты – казалось бы наиболее жизнерадостная и благо-

получная часть общества, в значительной своей части (от 30 до 70%) жалуется на постоянный стресс, перенапряжение, депрессию, непрестанную тревогу, страдает соматоформными расстройствами и зависимостями.

Данные тенденции наблюдаются во многих странах мира, по крайней мере, в тех, которые охвачены соответствующими исследованиями. Как правило, это развитые страны с эффективной экономикой и неплохим уровнем жизни. Существует

целый комплекс причин, которые могут приводить к подобным негативным тенденциям, они лежат в плоскости биологических, психологических, социальных и ценностных факторов. Каждая из этих причин вносит свой небольшой вклад, формируя современный тренд. Наличие в подростковой среде «невидимой» для психиатрии и клинической психологии достаточно большой группы потенциально уязвимых лиц, вероятно, является тем резервом, за счет которого этот тренд поддерживается.

ЛИТЕРАТУРА

1. Войцех В.Ф. Клиническая суицидология. М.: Миклош, 2007. 280 с.
2. Карпов А.М. «Семейные» причины роста распространенности расстройств личности // Уральский журн. психиатрии, наркологии и психотерапии. 2014. Т. 2. С. 69–77.
3. Коннор Д. Агрессия и антисоциальное поведение у детей и подростков. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2005. 288 с.
4. Митихина И.А., Митихин В.Г., Ястребов В.С., Лиманкин О.В. Психическое здоровье населения мира: эпидемиологический аспект (зарубежные исследования 2000–2010 гг.) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2011. Т. 111, № 6. Р. 4–14.
5. Пронина Л.А. Эпидемиология психических расстройств у детей // Доступно по ссылке: <http://www.otrok.ru/medbook/listmed/epid.htm>
6. Резник А.М., Костюк Г.П., Ханнанова А.Н. Проблемы предпосылки шизофрении по данным молекулярно-генетических исследований // Социальная и клиническая психиатрия. 2016. Т. 26, № 3. С. 101–108.
7. Розанов В.А. Рост нарушений психического здоровья в мире – психиатрическая эпидемиология современности // Уральский журнал психиатрии, наркологии и психотерапии. 2015. Т. 3. С. 6–21..
8. Розанов В.А. Стресс и психическое здоровье (нейробиологические аспекты) // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23, № 1. С. 79–88.
9. Розанов В.А. Самоубийства среди детей и подростков – что происходит и в чем причина? // Суицидология. 2014. Т. 5, № 4. С. 16–31.
10. Розанов В.А., Уханова А.И., Пилягина Г.Я. и соавт. Выявление скрытых аутодеструктивных тенденций у подростков и обоснование возможности организации школьной системы суицидальной превенции // Укр. вісник психоневрології. 2012. Т. 20. С. 219.
11. Розанов В.А., Уханова А.И., Волканова А.С., Рахимкулова А.С., Пизарро А., Бирон Б.В. Стресс и суицидальные мысли у подростков // Суицидология. 2016. Т. 7, № 3. С. 20–32.
12. Семенова Н.Б. Распространенность и факторы риска самоубийств среди коренных народов: обзор зарубежной литературы // Суицидология. Т. 8, № 1. С. 17–39.
13. Уханова А.И., Розанов В.А. Смена места жительства в структуре социально-экономических детерминант психического здоровья старших школьников // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2017. Т. 9, № 3. С. 10 [Электронный ресурс]. URL: <http://mprj.ru>.
14. Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Основные итоги исследований факторов суицидального риска у подростков на основе психосоциальной многофакторной модели расстройств аффективного спектра. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. N 2. URL: <http://medpsy.ru>
15. Черкасова А.А. Жизненные ценности студенческой молодежи в России и США: социологический анализ. Автореф. дисс. канд. социол. Наук. Екатеринбург, 2012. 26 с.
16. Aggarwal S., Berk M. Evolution of adolescent mental health in a rapidly changing socioeconomic environment: a review of mental health studies in adolescents in India over last 10 years // Asian J. Psychiatr. 2015. Vol. 13. P. 3–12.
17. Balázs J., Miklósi M., Keresztény A. et al. Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk // J. Child Psychol. Psychiatry. 2013. Vol. 54. P. 670–677.
18. Bor W., Dean A.J., Najman J. et al. Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review // Aust. N.Z. J. Psychiatry. 2014. Vol. 48. P. 606–616.
19. Brewaeys A., van Hall E.V. Lesbian motherhood: the impact on child development and family functioning // J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. 1997. Vol. 18. P. 1–16.
20. Carli V., Hoven C.V., Wasserman C. et al. A newly identified group of adolescents at “invisible” risk for psychopathology and suicidal behavior: findings from the SEYLE study // World Psychiatry. 2014. Vol. 13. P. 78–86
21. Carvalho M., De Matos M.G. Social Adventure Project Team. Psychosocial determinants of mental health and risk behaviours in adolescents // Glob. J. Health Sci. 2014. Vol. 6. P. 22–35.
22. Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. A global measure of perceived stress // J. Health Soc. Behav. 1983. Vol. 24. P. 385–396.
23. Collishaw S. Annual research review: Secular trends in child and adolescent mental health // J. Child. Psychol. Psychiatry. 2015. Vol. 56. P. 370–393.
24. Collishaw S., Maughan B., Goodman R., Pickles A. Time trends in adolescent mental health // J. Child Psychol. Psychiatry. 2004. Vol. 45. P. 1350–1362.
25. Collishaw S., Maughan B., Natarajan L. et al. Trends in adolescent emotional problems in England: a comparison of two national cohorts twenty years apart // J. Child Psychol. Psychiatry. 2010. Vol. 51. P. 885–894.
26. Courtois R., Reveilliere C., Paus A. et al. Links between stress factors, mental health and initial consumption of tobacco and alcohol during preadolescence // Encephale. 2007. Vol. 33. P. 300–309.
27. Delaney L. Childhood health: trends and consequences over the life course // Future Child. 2012. Vol. 22. P. 43–63.
28. Eckersley R. Troubled youth: an island of misery in an ocean of happiness, or the tip of an iceberg of suffering? // Early Interv. Psychiatry. 2011. Vol. 5. P. 6–11.
29. Fombonne E. Increased rates of depression: update of epidemiological findings and analytical problems // Acta Psychiatr. Scand. 1994. Vol. 90. P. 145–156.
30. Fombonne E. Increased rates of psychosocial disorders in youth // Eur. Arch. Psychiatry. Clin. Neurosci. 1998. Vol. 248. P. 14–21.
31. Fond G., Franc N., Purper-Ouakil D. Homosexual parenthood and child development: present data // Encephale. 2012. Vol. 38. P. 10–15.
32. Frigerio A., Rucci P., Goodman R. et al. Prevalence and correlates of mental disorders among adolescents in Italy: the PrISMA study // Eur. Child. Adolesc. Psychiatry. 2009. Vol. 18. P. 217–226.
33. Gore Langton E., Collishaw S., Goodman R. et al. An emerging income differential for adolescent emotional problems // J. Child Psychol. Psychiatry. 2011. Vol. 52. P. 1081–1088.
34. Hagquist C. Discrepant trends in mental health complaints among younger and older adolescents in Sweden: an analysis of WHO data 1985–2005 // J. Adolesc. Health. 2010. Vol. 46. P. 258–264.
35. Holtmann M., Duketis E., Poustka L. et al. Bipolar disorder in children and adolescents in Germany: national trends in the rates of inpatients, 2000–2007 // Bipolar. Dis. 2010. Vol. 12. P. 155–163.
36. Jawahar M.C., Murgatroid C., Harrison E.L. et al. Epigenetic alterations following early postnatal stress: a review of novel aetiological mechanisms of common psychiatric disorders // Clin. Epigenetics. 2015. P. 7. P. 122.
37. Jensen P.S., Mrazek D., Penelope M.D. et al. Evolution and revolution of child psychiatry: ADHD as a disorder of adaptation // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 1997. Vol. 36. P. 1672–1679.
38. Kirchengast S., Haslinger B. The association between mild geriatric depression and reproductive history – a Darwinian approach // Anthropol. Anz. 2010. Vol. 68. P. 209–220.
39. Lopez-Ibor J.J., Christodoulou G., Maj M. et al. Disasters and mental health. Chichester: Wiley, 2006.
40. Lundberg U. Stress, subjective and objective health // Int. J. Soc. Welfare. 2006. Vol. 15. P. S. 41–S. 48;
41. Ma J., Lee K.V., Stafford R.S. Depression treatment during outpatient visits by US children and adolescents // J. Adolesc. Health. 2005. Vol. 37. P. 434–442.

42. McEwen B.S., Gianaros P.J. Central role of the brain in stress and adaptation: links to socioeconomic status, health and disease // *Ann. NY Acad. Sci.* 2010. Vol.1186. P. 190–222.
43. McMartin S.E., Kingsbury M., Dykxhoorn J. et al. Time trends in symptoms of mental illness in children and adolescents in Canada // *CMAJ.* 2014. Vol.186. P. 672–678.
44. Merikangas K.R., Nakamura E.F., Kessler R.C. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents // *Dialogues Clin. Neurosci.* 2009. Vol.11. P. 7–20.
45. Mojtabai R., Jorm A.F. Trends in psychological distress, depressive episodes and mental health treatment-seeking in the United States: 2001–2012 // *J. Affect. Dis.* 2015. Vol. 174. P. 556–561.
46. Mojtabai R., Olfson M., Han B. National trends in the prevalence and treatment of depression in adolescents and young adults // *Pediatrics.* 2016. Vol. 138.
47. Nambiar D., Razzak J., Afsana K. et al. Mental illness and injuries: emerging health challenges of urbanisation in South Asia // *BMJ.* 2017. Vol. 357. j1126.
48. Norstrom L., Lindberg L., Mansdotter A. Could gender equality in parental leave harm offspring's mental health? A registry study of the Swedish parental/child cohort of 1988/1989 // *Int. J. Equity Health.* 2012. Vol.11. P. 19.
49. Olfson M., Blanco C., Wang S. et al. National trends in the mental health care of children, adolescents, and adults by office-based physicians // *JAMA Psychiatry.* 2014. Vol. 71. P. 81–90.
50. Oppedal B., Roysamb E. Mental health, life stress and social support among young Nigerian adolescents with immigrant and host national background // *Scand. J. Psychol.* 2004. Vol. 45. P. 131–144.
51. Patterson C.J. Children of lesbian and gay parents // *Child Dev.* 1992. Vol. 63. P. 1025–1042.
52. Prasad K.M., Angothu H., Mathews M.M. et al. How are social changes in the twenty first century relevant to mental health? // *Indian J.Soc. Psychiatry.* 2016. Vol. 32. P. 227–237.
53. Ravens-Sieberer U., Erhart M., Gosch A. et al. Mental health of children and adolescents in 12 European countries – results from the European KIDSCREEN study // *Clin. Psychol. Psychother.* 2008. Vol. 15. P. 154–163.
54. Ravens-Sieberer U., Wille N., Erhart M. et al. Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey // *Eur. Child Adolesc. Psychiatry.* 2008. Vol.17. P. 22–33.
55. Reiss F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review // *Soc. Sci. Med.* 2013. Vol.90. P. 24–31.
56. Rozanov V.A. Epigenetics: Stress and Behavior // *Neurophysiology.* 2012. V. 44. P. 332–350.
57. Rozanov V.A., Reytarova T., Uhanova A., Pilyagina G. Ya., Reytarova A., Rakhimkulova A. Adolescents mental health evaluation with regards of families' socio-economic problems // *Psychiatry and Related Sciences. The First Interdisciplinary Congress (Athens, 29 Nov.-02 Dec, 2012), p.265-266.*
58. Sawyer M.G., Guidolin M., Schulz K. et al. Mental health problems among young people on remand: has anything changed since 1989? // *Aust. NZ J. Public Health.* 2010. Vol. 34. P. 594–597.
59. Schepman K., Collishaw S., Gardner F. et al. Do changes in parent mental health explain trends in youth emotional problems? // *Soc Sci Med.* 2011. Vol.73. P. 293–300.
60. Stankiewicz A.M., Swiergiel A.H., Lisowski P. Epigenetics of stress adaptation of the brain // *Brain Res. Bull.* 2013. Vol. 98. P. 76–92.
61. Storrie K., Ahern K., Tuckett A. A systematic review: Students with mental health problems – a growing problem // *Int. J. Nurs. Pract.* 2010. Vol.16. P.1–6.
62. Sweeting H., West P., Young R., Der G. Can we explain increases in young people's psychological distress over time? // *Soc. Sci. Med.* 2010. Vol. 71. P. 1819–1830.
63. Theorell T., Karasek R.A. Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research // *J. Occup. Health Psychol.* 1996. Vol.1. P. 9–26.
64. Twenge J.M. Generational differences in mental health: are children and adolescents suffering more, or less? // *Am. J. Orthopsychiatry.* 2011. Vol. 81. P. 469–472.
65. Twenge J.M., Gentile B., DeWall C.N. et al. Birth cohort increase in psychopathology among young Americans. 1938–2007: a cross temporal meta-analysis of the MMPI // *Clin. Psychol. Rev.* 2010. Vol. 30. P.145–154.
66. Varga S. Evolutionary psychiatry and depression: testing two hypotheses // *Med. Health Care Philos.* 2012. Vol.15. P. 41–52.
67. Vervliet M., Meyer-Demott M.A., Jakobsen M. et al. The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country // *Scand. J. Psychol.* 2014. Vol. 55. P. 33–37.
68. Viilo K.M., Timonen M.J., Hakko H.H. et al. Lifetime prevalence of physical diseases and mental disorders in young suicide victims // *Psychosom. Med.* 2005. Vol. 67. P. 241–245.
69. Vitiello B. An international perspective on pediatric psychopharmacology // *Int. Rev. Psychiatry.* 2008. Vol. 20. P.121–126.
70. Wasserman D. Review of health and risk-behaviours, mental health problems and suicidal behaviours in young Europeans on the basis of the results from the EU-funded Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) study // *Psychiatr. Pol.* 2016. Vol. 50. P.1093–1107.
71. Weissman M.M., Wolk S., Goldstein R.B. et al. Depressed adolescents grown up // *JAMA.* 1999. Vol. 281. P.1707–1713.
72. West P., Sweeting H. Fifteen, female and stressed: Changing patterns of psychological distress overtime // *J. Child Psychol. Psychiatry.* 2003. V.44. P. 399–411.
73. Wiklund M., Malmgren-Olsson E.B., Ohman A. et al. Subjective health complaints in older adolescents are related to perceived stress, anxiety and gender - a cross-sectional school study in Northern Sweden // *BMC Public Health.* 2012. Vol.12. P. 993
74. Wilkinson R., Pickett K. *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*. – London: Allen Lane, 2009. Доступно по ссылке: <http://www.equalitytrust.org.uk/resources/spirit-level/mental-health>
75. Zwaanswijk M., van Dijk C.E., Verheij R.A. Child and adolescent mental health care in Dutch general practice: time trend analyses // *BMC Fam. Pract.* 2011. Vol.12. P. 133.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ – ПОПЫТКА ОБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ ДИНАМИКИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ ДЕСЯТИЛЕТИЯ С УЧЕТОМ РАЗЛИЧНЫХ ПОДХОДОВ

В.А. Розанов

Эпидемиологические исследования, а также оценки субъективных жалоб и психологических характеристик подростков, охватывающие большие временные периоды (десятилетия), говорят о реальном росте распространенности целого комплекса субклинических нарушений психического здоровья среди молодежи, которые во множестве случаев перерастают в диагностируемые расстройства. На первых местах в перечне выявляемых расстройств у подростков и молодых людей стоят тревога и депрессия, аддикции, а также поведенческие расстройства, что вероятно связано с психо-социальными особенностями данной возрастной группы. Эти данные не могут быть объяснены только изменившимися критериями постановки диагнозов или повышенной врачебной настроенностью. Наиболее вероятным фактором, провоцирующим ухудшение психического здоровья, является психо-социальный стресс, связанный

с социальным неравенством, информационными перегрузками, глобальными изменениями, усиливающими одиночество и снижение уровня социальной поддержки. Применительно к подростковому возрасту может иметь значение эволюция индивидуальной уязвимости, семейных факторов, факторов внесемейного характера (школа, подростковые сообщества) и факторов более широкого социо-экономического и культурно обусловленного характера. Роль стресса в провоцировании нарушений психического здоровья может происходить за счет вовлечения эпигенетических механизмов с трансгенерационной передачей. Для объяснения наблюдаемых тенденций необходим синтез биологических, психологических и социальных представлений.

Ключевые слова: психическое здоровье детей и подростков, динамика за последние десятилетия, био-психо-социальный подход.

EVOLUTION OF CHILDREN AND ADOLESCENTS MENTAL HEALTH FOR THE LAST DECADES: AN ATTEMPT OF OBJECTIVE EVALUATION BASED ON DIFFERENT APPROACHES

V.A. Rozanov

Epidemiological studies as well as evaluation of subjective complaints and psychological characteristics covering big time periods (decades) testify on growing prevalence of a number of subclinical mental health disturbances in adolescents, which often turn into diagnosed disorders. Most frequent disorders in adolescents and young people are anxiety and depression, addictions, as well as behavioral disorders, which are associated with the psycho-social characteristics of this age group. These data most likely reflect the real growth of prevalence and cannot be explained only by changed diagnostic criteria or increased medical awareness. Most probably they are induced by psychosocial stress, associated with social inequalities, information overload, and other global changes that lead to

loneliness and low level of social support. For adolescents such factors as changes in individual vulnerability, family factors, wider environment (school, reference groups) and even wider social, economic and other factors provoking psycho-social stress may be essential. Psycho-social stress may program mental health disturbances by triggering epigenetic mechanisms that may be a subject of transgenerational propagation. For better understanding of observed tendencies synthesis of biological, psychological and social approaches is needed.

Key words: children and adolescents mental health, last decades changes, bio-psycho-social approach.

Розанов Всеволод Анатольевич – профессор, доктор медицинских наук, профессор психологического факультета Санкт-Петербургского государственного университета; e-mail: vsevolod.rozanov.53@gmail.com