

## Глава 3 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

*Эпидемиологию* можно определить так: исследование распределения расстройств и сопутствующих факторов в определенных популяциях. Определенная популяция может быть репрезентативной выборкой сообщества, но может быть и группой высокого риска или особенно информативной выборкой, например все дети с гемиплегическим церебральным параличом в Лондоне или все дети, живущие в районе с высоким загрязнением свинцом.

### **ПРЕИМУЩЕСТВА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА**

- (1) Необходим для оценки частоты и распространенности – важен для планирования обеспечения службами всего населения.
- (2) Будучи свободными (или более свободными) от ошибок при направлении к врачу, эпидемиологические исследования являются более точными источниками информации о демографических характеристиках, сопутствующих проблемах и естественном ходе развития, чем клинические исследования. Все эти преимущества важны для исследований, направленных на улучшение классификации. Они также существенны для этиологии, т.к. предлагают (но не доказывают) причинные взаимоотношения, исходя из эпидемиологических взаимосвязей - сильных, дозозависимых и сохраняющихся даже при учете таких «помех», как социально-экономическое положение. Возможность различить причинные и непрчинные взаимосвязи в эпидемиологических исследованиях становится больше, если исследование продолжительное или использует «естественный эксперимент», такой как усыновление, рождение двойни или миграцию.
- (3) Полезен для изучения факторов защиты. Например, почему некоторые дети, несмотря на воздействие язвительного супружеского конфликта, остаются хорошо приспособленными? Клинические исследования почти наверняка пропустят детей, которым воздействие защитных факторов помогло больше всех.

### **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ – НЕ ВСЕГДА НАИЛУЧШИЙ ПОДХОД**

- (1) Детальное исследование нескольких (нерепрезентативных) случаев может быть более показательным, чем поверхностное исследование большой репрезентативной популяции. Для понимания фенилкетонурии или общего пареза душевнобольных эпидемиологический подход не нужен.
- (2) Эпидемиологические исследования редко обращаются к патогенезу – для выяснения вовлеченных в него процессов необходимы другие подходы.
- (3) На практике эпидемиологические исследования редко включают оценивание вмешательства.

### **СТАДИИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

- (1) *Определите* популяцию, которую нужно исследовать: район сбора данных, критерии включения; полная vs случайная vs стратифицированная случайная выборка. Примеры: случайная выборка одного из четырех трехлетних детей, живущих в Лондоне, или все дети Юго-Восточной Англии, недавно получившие тяжелую травму головы.
- (2) *Выявите* индивидуумов, которые соответствуют этим критериям. В выборках из сообщества выявление часто идет через какой-либо реестр населения (например, список детей для школ или для иммунизации). При редких расстройствах выявление часто идет через учре-

ждения, которые с большой вероятностью контактируют с нужными индивидуумами, это могут быть врачи, специальные школы или добровольные организации. При использовании множества источников (называемом «множественным установлением») можно выявить больше нужных индивидуумов, чем при использовании какого-либо одного источника. Но даже при множественном установлении остается риск пропустить некоторых пораженных индивидуумов, которым никогда не ставили диагноз и не направляли в специальную школу. И нет простого способа оценить величину этой проблемы.

- (3) *Привлеките* выявленных индивидуумов. Проблемы с привлечением гораздо легче заметить, чем проблемы с выявлением: проблемы с привлечением проявляются в низких долях участия. В идеале, все исследования должны сравнивать участвующих и не участвующих по всем имеющимся характеристикам.
- (4) *Оцените* испытуемых. Две основных возможности – полная оценка всех испытуемых (т.н. «одноэтапная процедура») или применение двухэтапной процедуры:

Этап 1: Используйте скрининговый тест - один или множество (например, опросники для родителей, учителей или самооценки), чтобы разделить выборку на «скрин-положительных» и «скрин-отрицательных» испытуемых.

Этап 2: Полностью оцените смесь «скрин-положительных» и «скрин-отрицательных» испытуемых, отбирая непропорционально много первых (например, 100 % «скрин-положительных» и 20 % случайно выбранных «скрин-отрицательных» испытуемых). Включение случайной выборки «скрин-отрицательных» испытуемых дает возможность определить, как часто в скрининговой процедуре отрицательные выводятся ошибочно.

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ В ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИИ**

Первое крупное эпидемиологическое исследование психических расстройств в детстве было проведено Майклом Раттером с коллегами на острове Уайт примерно 40 лет назад. Не будет преувеличением сказать, что это исследование было началом научной детской психиатрии; его результаты удивительно хорошо выдержали проверку временем, и последующие эпидемиологические исследования подтвердили их и распространили их в разных направлениях. Вставка 3.1, используя несколько последних общенациональных британских исследований, демонстрирует, какого рода данные появились в больших эпидемиологических исследованиях во многих странах за последние 40 лет.

### **Вставка 3.1 Британские общенациональные исследования психического здоровья детей и подростков**

С 1999 г. Британское национальное статистическое управление проводит широкую продолжающуюся программу срезовых и продолжительных исследований психического здоровья детей и подростков. В этой вставке обобщаются некоторые ключевые аспекты методов и результатов.

#### **План**

Основными показателями психопатологии были оценки, полученные из опросника «Сильные Стороны и Трудности» ([www.sdqinfo.com](http://www.sdqinfo.com)) и диагнозы, полученные из «Оценивания Развития и Благополучия» ([www.dawba.com](http://www.dawba.com)). Дополнительными показателями были индивидуальные факторы риска, семейное неблагополучие, школьные факторы и неблагоприятный район. Показатели получали от разных информантов (родителей, учителей и детей) в один этап, т.е. у всех участников использовали все соответствующие показатели.

## Исследование 5-15-летних 1999 года

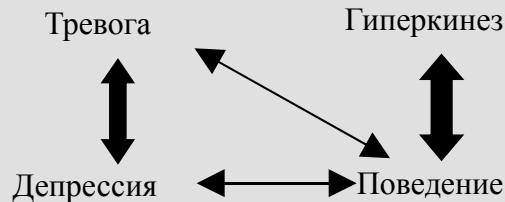
Основой для выборки был государственный реестр детей, живущих в частных домохозяйствах. Собрали информацию более чем о 10 000 детях (73% определенных для выборки детей).

Распространенность расстройств по МКБ-10      Коморбидность

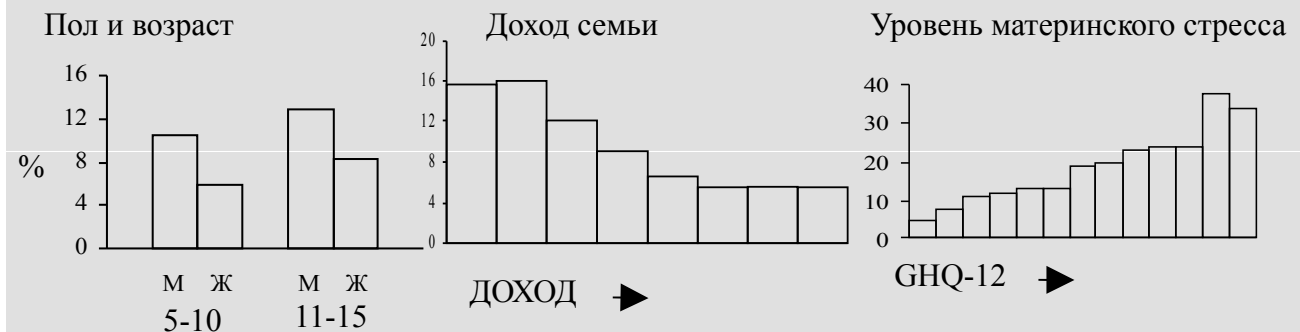
Расстройства поведения	5,3%
Тревожные расстройства	3,8%
Гиперкинез	1,4%
Депрессия	0,9%
Другие расстройства	0,5%
Любое расстройство*	9,5%

У многих детей несколько диагнозов

Обычные сочетания:



\*Меньше суммы отдельных диагнозов из-за коморбидности



% с диагнозом по МКБ-10

## 3-летнее прослеживание

Более 2 500 детей, обследованных в 1999 г., были вновь оценены 3 года спустя; стратифицированный отбор обеспечил, чтобы эта прослеженная выборка охватила две трети детей, имевших в 1999 г. расстройство, и одну пятую детей без расстройства.

## Устойчивость

- Четверть детей с эмоциональными расстройствами в начале, при повторном обследовании по-прежнему имели эмоциональные расстройства; устойчивость была особенно высокой, если родители испытывали постоянный стресс.
- Почти половина детей с расстройством поведения в начале, при повторном обследовании по-прежнему имели расстройство поведения. Устойчивость была выше, если родители испытывали стресс, а ребенок нуждался в специальном обучении.

## Появление новых расстройств

- Появление новых эмоциональных расстройств чаще наблюдалось у подростков и было связано с соматическим заболеванием и стрессорными событиями жизни.
- Появление новых расстройств поведения чаще наблюдалось у мальчиков и было связано с необходимостью специального обучения, проживанием с отчимом/мачехой и высоким уровнем родительского стресса.

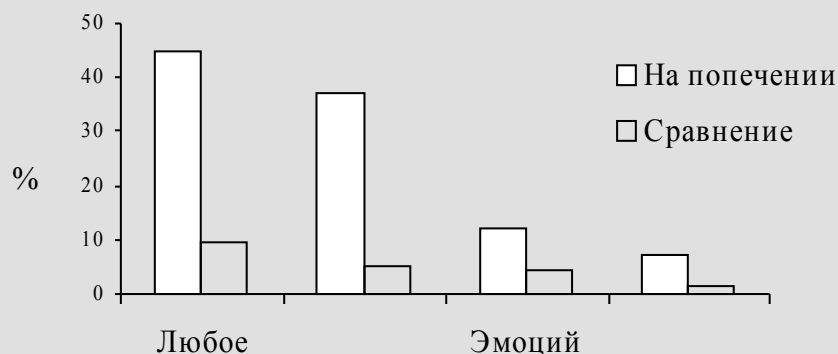
## Использование служб

Среди детей, имевших расстройство в 1999 г., лишь менее половины в течение последующих 3 лет пользовались помощью специалистов по проблемам психического здоровья; некоторые обращались в несколько служб, 25% - в службы психического здоровья, 25% - в службы специального обучения, 14% - в социальные службы и 14% - к педиатрам.

## Дети и подростки на попечении

Приблизительно 0,5% британских детей и подростков находятся на попечении местных властей, проживая либо с приемными родителями, либо в специальных учреждениях. В 2002-3 гг. в Британии национальная выборка из более тысячи находящихся на попечении детей была обследована с помощью показателей, применявшихся в предшествующих исследованиях детей, живущих в частных домохозяйствах.

## Распространенность расстройств



В целом, частота психических расстройств была в пять раз выше, чем в контрольной выборке из населения. Частота была особенно высокой, когда молодые люди жили в учреждении, а не в приемной семье, и когда им пришлось неоднократно менять место проживания. Неясно, что здесь следствие, а что – причина

Сопоставимые эпидемиологические исследования были проведены по всему миру – каждое интересно для своей местности (вставка 3.2 представляет данные, полученные в России). Некоторые исследования привлекли международное внимание, потому что имели большое значение для предоставления служб и этиологии; например, исследования, проведенные в Онтарио (Канада), Дунедине (Новая Зеландия), Кристчерче (Новая Зеландия), Грейт Смоки Маунтинс (США) и Пуэрто-Рико. В серии кругосветных международных исследований использовались те же показатели психопатологии, что и в британских исследованиях (вставка 3.1), это способствует межнациональным сравнениям, которые должны быть все более информативны по мере появления результатов все новых исследований в различных местах. Вставка 3.3 показывает одно из таких сравнений, основанных на эквивалентных исследованиях в развитой стране (Британия), развивающейся (Бразилия) и перестраивающейся (Россия); в каждом случае итогом

является доля 7-14-летних, имеющих, по меньшей мере, одно расстройство по МКБ-10. Отсюда следуют два вывода: между странами есть достоверные различия, отчасти отражающие социально экономические обстоятельства, и эти различия скорее умеренные, чем большие.

### Вставка 3.2 Российское исследование психического здоровья детей и подростков

В 2001 г. В Новосибирске было проведено исследование детей и подростков. В этой вставке обобщаются некоторые ключевые аспекты методов и результатов (Goodman et al., 2005).

#### План

Основными показателями психопатологии были оценки, полученные из опросника "Сильные Стороны и Трудности" ([www.sdqinfo.com](http://www.sdqinfo.com)) и диагнозы, полученные из "Оценивания Развития и Благополучия" ([www.dawba.com](http://www.dawba.com)). Дополнительными показателями были индивидуальные факторы риска, семейное неблагополучие, школьные факторы и неблагоприятный район.

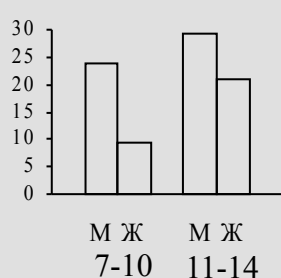
Двухстадийное двухэтапное срезовое исследование психического здоровья детей от 7 до 14 лет включало случайную выборку школ с последующей случайной выборкой учеников из школьных журналов. Была получена выборка 448 детей, доля участия составила 83%. На первом этапе родителям, учителям и 11-14-летним подросткам предъявляли скрининговые опросники психопатологии и риска. На втором этапе в подгруппах «скрин-положительных» и «скрин-отрицательных» детей (N=172) проводили более детальную психиатрическую оценку.

#### Распространенность расстройств по МКБ-10      Коморбидность

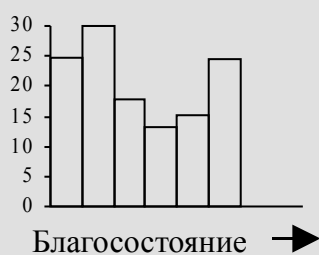
Эмоциональные расстройства	8.8 %	Среди детей, имевших по крайней мере одно психическое расстройство, примерно у 25% было 2 и более диагноза. Обычные сочетания: расстройства поведения и эмоциональные расстройства, а также расстройства поведения и гиперкинез
Расстройства поведения	8.6%	
Гиперкинез	1.3%	
<i>Любое расстройство*</i>	15.3%	

\* Менее суммы отдельных диагнозов из-за коморбидности

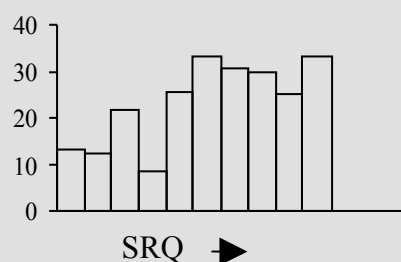
Пол и возраст



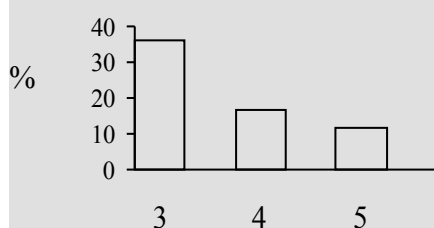
Благополучие семьи



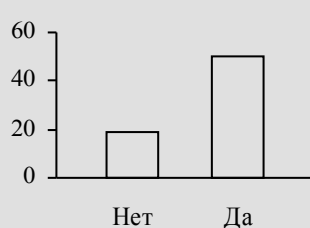
Уровень материнского стресса



Средний годовой балл



Ребенок – свидетель домашнего насилия

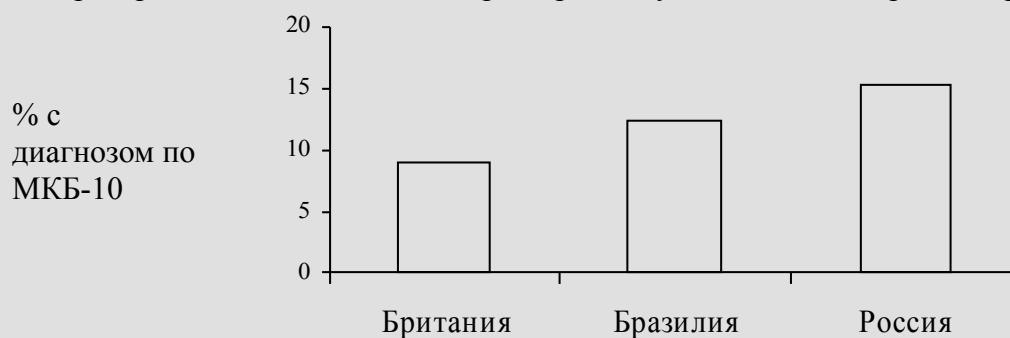


Алкоголизм в семье



% - частота «случаев» по данным опросников для нескольких информантов

### Вставка 3.3 Распространенность психических расстройств у 7-14-летних в трех контрастных странах



Эпидемиологические исследования отличаются не только географическим положением, но и направленностью. В то время как некоторые эпидемиологические исследования охватывали широкий возрастной диапазон (например, британские исследования, показанные во вставке 3.1), другие были направлены на более узкий возрастной интервал, например, на 10- и 11-летних в первом исследовании на острове Уайт, на младших детей в исследовании «От дошкольников до школы» (вставка 21.1); и на 14- и 15-летних в исследовании подростков на острове Уайт (вставка 22.1). Некоторые исследования охватывали широкий круг психических расстройств, тогда как другие были направлены на специфические расстройства, такие как депрессия, тревога, гиперактивность, обсессивно-компульсивное расстройство, тикозные расстройства, аутистические расстройства и расстройства приема пищи. Помимо этого, эпидемиологические исследования были направлены на специфические факторы риска, такие как травма головы, супружеский разлад или развод, повышенный уровень свинца<sup>4</sup>, бедствия или влияние школы. И, наконец, эпидемиологические исследования близнецов и приемных детей все больше применяются для изучения относительного этиологического значения генетических и средовых факторов. Из эпидемиологических исследований сделаны следующие основные выводы.

#### Общая распространенность

В последних исследованиях обычно сообщается, что психические расстройства имеются примерно у 10-25% детей, хотя в некоторых более ранних исследованиях сообщалось, что страдает до 50% детей, что, вероятно, отражает неадекватность диагностических критериев DSM-III и DSM-III-R. До самого последнего пересмотра критерии DSM соблюдались, если у ребенка имелся определенный набор симптомов, независимо от того, оказывали ли эти симптомы значительное влияние на жизнь (в плане страдания или социальных нарушений). В результате многие дети, отвечающие перечню симптомов в DSM-III и DSM-III-R, не нуждались в лечении и не соответствовали тому, что клиницисты признают «случаями». Таким образом, многие дети с психическими расстройствами, установленными в эпидемиологических исследованиях, использовавших немодифицированные критерии DSM-III или DSM-III-R, вероятно, ни в каком смысле не были настоящими «случаями». Теперь DSM-IV и МКБ-10 используют в качестве критериев и влияние и симптомы, и оценки распространенности более консервативны (см., например, вставку 3.1). В то же время нарастает понимание того, что у некоторых детей имеются серьезные проблемы психического здоровья, требующие лечения, но в точности не соответствующие современным диагностическим системам. Обычно у этих детей нет нужного количества или набора психиатрических симптомов, чтобы были соблюдены операциональные диагностические критерии, но симптомы, тем не менее, причиняют ребенку значительное страдание или вызывают социальные нарушения. В эпидемиологических исследованиях на каждых трех детей, соответствующих операциональным диагностическим критериям, приходится примерно один ребенок, проблемы которого также относятся к службам психического здоровья, но не соответствуют современным операциональным критериям. Чтобы обнаружить детей, которые иначе могут

проскользнуть в трещины между операциональными диагнозами, в эпидемиологических исследованиях должен присутствовать элемент клинического заключения.

### **Что распространено?**

В большей части эпидемиологических исследований показано, что самая распространенная группа расстройств – поведенческие расстройства (оппозиционно-вызывающее расстройство и расстройство поведения), поражающие примерно 5-10% популяции, за ними близко следуют тревожные расстройства, поражающие примерно 4-6% популяции. В подростковом возрасте также распространена депрессия – тогда она поражает около 2% популяции. В прошлом были различные мнения по поводу того, насколько распространены гиперактивные расстройства: большинство британских исследователей и клиницистов считали гиперкинез редким расстройством, поражающим менее 0,1% детей, а большинство исследователей и клиницистов из Северной Америки считали синдром дефицита внимания/гиперактивности (СДВГ) очень распространенным расстройством, поражающим до 10% детей. Эмпирические данные свидетельствуют о промежуточном положении: в настоящее время, когда критерии гиперкинеза в МКБ-10 смягчены, а критерии СДВГ в DSM-IV сделаны более жесткими, исследования, использующие любую из этих схем, дают сходные оценки распространенности в районе 1-5%.

### **Коморбидность**

Многие дети с психическими расстройствами соответствуют критериям более чем одного психиатрического диагноза. Например, дети, соответствующие критериям генерализованного тревожного расстройства, обычно также соответствуют критериям других тревожных расстройств, в т.ч. специфической фобии, социальной фобии и тревожного расстройства в связи с разлукой. Сходным образом дети, соответствующие критериям СДВГ, обычно также соответствуют критериям оппозиционно-вызывающего расстройства или расстройства поведения. Для некоторых расстройств коморбидность скорее правило, чем исключение. Депрессия, например, как правило, сопровождается тревожным или поведенческим расстройством. Существует несколько возможных объяснений коморбидности. Во-первых, современная психиатрическая классификация, вероятно, пошла слишком далеко по пути расщепления, отклонившись от объединения. Если мы отнесем «больное горло» и «насморк» к разным расстройствам, многие люди будут одновременно страдать и тем и другим. Во-вторых, одно расстройство может быть фактором риска для другого. Например, расстройство поведения может быть фактором риска для депрессии, потому что проблемы с поведением могут приводить к изоляции и критике ребенка. И, наконец, те же самые биологические и социальные факторы, которые предрасполагают ребенка к какому-либо расстройству, могут одновременно предрасполагать его и к другим расстройствам.

### **Большинство расстройств остаются без лечения**

Даже когда у детей действительно имеются психиатрические симптомы, приводящие к значительным социальным нарушениям или страданию, лишь небольшая часть этих детей обращается к специалистам служб психического здоровья. Наиболее вероятно, что детей направят к специалисту за помощью, если их проблемы являются значительным бременем для родителей. И наоборот: дети, родители которых не ощущают бремени, вряд ли получают помощь специалистов по охране психического здоровья. И хотя некоторые дети с психиатрическими проблемами, не попавшие к специалистам служб психического здоровья, на самом деле получают помощь в других местах – в здравоохранении, образовании и социальных службах, около половины не получают совсем никакой профессиональной помощи.

## Устойчивость

Когда у индивидуума в двух разных возрастах имеются расстройства, эту непрерывность называют *гомотипичной*, если в обоих возрастах расстройства сходны, и *гетеротипичной*, если тип расстройства с возрастом изменился. Например, когда детей с расстройством поведения прослеживают вплоть до взрослой жизни, у некоторых продолжают существовать деструктивные и антисоциальные проблемы (гомотипичная непрерывность), а у других во взрослом возрасте возникает депрессия (гетеротипичная непрерывность). В этом примере гомотипичная непрерывность более вероятна у лиц мужского пола, а гетеротипичная – у женского.

Во многих исследованиях показано, что проблемы с поведением до некоторой степени более устойчивы, чем эмоциональные проблемы (вставка 3.1). Непрерывность от детских и отроческих лет до взрослого возраста может быть значительной. Например, в продолжительном исследовании в Дунедине три четверти всех 21-летних молодых людей с психиатрическими диагнозами имели психическое расстройство ранее - при обследовании в возрасте между 11 и 18 годами.

## Соотношение полов и возраст начала

Хотя детские службы психического здоровья имеют тенденцию принимать больше мальчиков, чем девочек, в эпидемиологических исследованиях не выявлено выраженных межполовых различий в общей частоте психических расстройств: до полового созревания расстройства встречаются чаще у лиц мужского пола, но после полового созревания справедливо обратное. Соотношение полов заметно различается в зависимости от типа проблем (см. вставку 3.4). При разных проблемах также заметно различается типичный возраст начала: некоторые проблемы обычно начинаются в самом раннем детстве, а другие проблемы взрослого типа гораздо чаще встречаются в возрасте тинейджеров (с 13 до 20), чем в предшествующие годы (см. вставку 3.5). Заманчиво предположить, что эти поразительные различия в соотношении полов и возрасте начала являются важными ключами к этиологии и патогенезу, но, к сожалению, эти ключи до сих пор почти совершенно не расшифрованы.

### **Вставка 3.4** Соотношение полов

#### **Выраженное преобладание мужского пола**

Аутистические расстройства  
Гиперактивные расстройства  
Расстройство поведения / оппозиционное расстройство  
Подростковая преступность  
Завершенный суицид  
Тикозное расстройство, например, Туретта  
Ночной энурез у старших детей  
Специфические расстройства развития, например, расстройства речи и чтения

#### **Мужской $\approx$ женскому**

Депрессия (препубертатная)  
Элективный мутизм  
Отказ от школы

#### **Выраженное преобладание женского пола**

Специфические фобии, например, насекомых  
Дневной энурез  
Умышленное самоповреждение (постпубертатное)  
Депрессия (постпубертатная)  
Нервная анорексия  
Нервная булимия



### **Вставка 3.5** Возраст начала

#### **Типично раннее начало**

Аутистические расстройства  
Гиперактивные расстройства  
Расстройства привязанности  
Элективный мутизм  
Оппозиционно-вызывающее расстройство  
Тревожное расстройство в связи с разлукой  
Специфические фобии, например, насекомых  
Энурез  
Генерализованная недостаточная обучаемость  
Специфические расстройства развития, например, расстройства речи и чтения

#### **Обычно начало в возрасте тинейджеров**

Депрессия  
Мания  
Психоз  
Суицид и умышленное самоповреждение  
Нервная анорексия и булимия  
Панические атаки и агорафобия  
Злоупотребление психоактивными веществами  
Подростковая делинквентность

### **Этиология**

Эпидемиологические исследования предоставили доказательства этиологической значимости психосоциальных, генетических и неврологических факторов. Чрезвычайно важное исследование психосоциальных факторов представляло прямое сравнение детей из трущоб старой части Лондона с детьми из маленьких городков и сельской местности острова Уайт. В репрезентативных выборках 10-летних из обоих районов в два этапа получали одни и те же показатели. В сравнении с детьми с острова Уайт, у детей из старого города была примерно в два раза выше частота эмоциональных расстройств, расстройств поведения и чтения. Эти различия можно было в основном объяснить тем, что в старой части города был повышен уровень следующих психосоциальных проблем: распад семьи, болезни и преступность родителей, социальное неблагополучие и высокая текучесть учеников и учителей в школах.

Эпидемиологические исследования близнецов и приемных детей указали на существенный генетический вклад во многие детские психические расстройства. Например, в случае аутизма, эпидемиологические близнецовые исследования показали очень высокую наследуемость «широкого фенотипа», включающего аутизм и более мягкие варианты. Генетические факторы, по видимому, также играют значительную роль в аффективных биполярных расстройствах и устойчивой гиперактивности – и несколько меньшую роль в обычных поведенческих и эмоциональных расстройствах детского возраста.

Детским психическим расстройствам часто сопутствуют сниженный интеллект и специфические расстройства обучения. И хотя эти связи хорошо установлены, лежащие в их основе причинные механизмы еще не ясны. В некоторых случаях психиатрические проблемы, такие как гиперактивность, могут мешать обучению. В других случаях фрустрация и стресс, вызванные проблемами при обучении, могут приводить к психиатрическим проблемам. В третьих случаях и поведенческие проблемы, и проблемы при обучении могут отражать действие какого-то «третьего» фактора – психосоциального, генетического или неврологического.

Эпидемиологические исследования детей с врожденными и приобретенными расстройствами мозга выявили чрезвычайно высокий уровень сопутствующих психических расстройств – гораздо более высокий, чем у детей с хроническими внемозговыми заболеваниями, приводящими к сравнимой недееспособности и стигматизации. Это убедительное свидетельство прямой связи между мозгом и поведением, вероятно, неудивительно, если учесть ключевую роль мозга как вместилища разума.

## Межкультурные различия

Эпидемиологические исследования, изучающие, различаются ли психиатрические профили детей в различных сообществах, в многонациональном обществе, несомненно, интересны и важны. Как еще можно определить, достаточно ли хороши службы для меньшинств? Кроме того, наши современные познания в детской психиатрии основаны почти исключительно на исследованиях белых детей, и для того, чтобы показать, применимы ли наши современные представления о классификации, этиологии, прогнозе, лечении и профилактике к детям любого происхождения, нужны межкультурные исследования. Важно помнить, что межкультурные различия в психическом здоровье детей происходят от многих факторов, включающих практику воспитания, физические и социальные последствия миграции, различный опыт расизма и нищеты, а также биологические различия. В этой области эпидемиологические исследования сделали несколько интересных находок. Например, в одном лондонском исследовании у детей, чьи родители родились в Индии, гиперактивность по данным объективных показателей активности и внимания была меньше, а по оценкам учителей – такая же или больше, чем в контрольной группе; это говорит о возможном искажении оценок, обусловленном национальностью. Другое лондонское исследование показало, что у афрокарибских детей в сравнении с белыми детьми расстройства поведения в школе встречались чаще, а расстройства поведения дома – не чаще. Одно из возможных объяснений этому – то, что деструктивное поведение черных детей в школе в большинстве случаев было реакцией, вызванной расизмом в школьной среде. В нескольких исследованиях из разных стран показано, что у детей мигрантов частота аутизма выше. Одно из возможных, но не доказанных объяснений этому избытку аутизма – что он является следствием пренатальных инфекций, вызванных вирусами, с которыми матери-эмигрантки в своей родной стране ранее не встречались. Даже из этих нескольких примеров ясно, что когда находят межкультурные различия, нужно рассматривать много возможных объяснений.

## Временные тенденции

Растущий массив эмпирических данных свидетельствует в пользу пессимистической точки зрения: с течением лет дела становятся хуже. Ясно, что поскольку диагностические критерии и исследовательские инструменты со временем изменились, трудно установить, действительно ли какая-либо конкретная проблема стала более распространенной, или же в настоящее время мы установили более низкий порог, или стали лучше распознавать проблемы такого рода. Учитывая эти методологические вопросы, тем не менее, кажется вероятным, что за последние 50 лет молодые люди стали больше подвержены поведенческим проблемам, преступности, злоупотреблению веществами, депрессии и суициду – проблемам, как известно, реагирующим на психосоциальные обстоятельства. Что касается расстройств приема пищи, то данные о реальном возрастании распространенности скорее предположительные, чем окончательные.

## Обзор по теме

Roberts E.R. et al. (1998) Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 155, 715-725.

## Дополнительное чтение

Collishaw S. et al. (2004) Time trends in adolescent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 1350-1362. (Данные о том, что за последнюю четверть 20-го века психическое здоровье ухудшилось, и что это не было просто методологическим артефактом.)

Fleitlich-Bilyk B., Goodman R. (2004) The prevalence of child psychiatric disorders in Southeast Brazil. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 727-734.

- Goodman R.G., Slobodskaya H.R., Knyazev G.G. (2005) Russian child mental health: a cross-sectional study of prevalence and risk factors. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14, 28-33.
- Meltzer H. et al. (2000) *Mental health of children and adolescents in Great Britain*. London: The Stationery Office
- Prince M. *et al.* (2003) *Practical psychiatric epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Rutter M. (1976) Isle of Wight studies, 1964-1974. *Psychological Medicine*, 6, 313-332.