

Н.Б. Семенова, А.Ф. Музафарова, Ю.Н. Орлова, Е.Е. Долгушина

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ И ОТКЛОНЕНИЙ В ПОВЕДЕНИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ АГИНСКОГО БУРЯТСКОГО ОКРУГА

ФГБУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН (Красноярск)

С целью изучения распространенности эмоциональных расстройств и отклонений в поведении у детей и подростков Агинского Бурятского округа методом сплошной выборки было обследовано 2572 учащихся общеобразовательных школ (1487 детей младшего школьного возраста и 1085 подростков). Обследование проводилось с использованием опросника М. Раттера (шкала B2 для учителей). Распространенность эмоциональных расстройств и отклонений в поведении среди детей младшего школьного возраста составила 8,6 %, среди подростков 7,3 %. У мальчиков нарушения встречаются в 2-4 раза чаще, чем у девочек. В структуре нарушений наиболее часто встречаются расстройства поведения и гиперкинетические расстройства.

Ключевые слова: опросник Раттера, распространенность, эмоциональные расстройства, отклонения в поведении, дети, подростки, буряты, этнос, коренные

FREQUENCY OF EMOTIONAL DISORDERS AND BEHAVIOR DISTURBANCES IN CHILDREN AND ADOLESCENTS OF AGINSKIY DISTRICT OF BURYAT REGION

N.B. Semionova, A.F. Muzafarova, Yu.N. Orlova, E.E. Dolgushina

Research Institution of Medical Problems of the North SB RAMS, Krasnoyarsk

Aimed at studying the prevalence of emotional disorders and behavior disturbances in children and adolescents of Aginskiy district of Buryatskiy region (okrug), we had been examining 2 572 schoolchildren picked up by random (1 487 primary schoolchildren and 1 085 adolescents). We were using M.Ratter's questionnaire (B2 scale for teachers). Frequency of emotional disorders and behavior disturbances in primary school children was 8.6 %, and in adolescents it was 7.3 %. We marked disorders in boys 2-4 times more frequent than in girls. The shares of behavior disturbances and hyperkinetic disturbances are the largest in the structure.

Key words: Ratter's questionnaire, prevalence, frequency, emotional disorders, behavior disturbances, children, adolescents, the Buryats, ethnoses, the natives

Формирование здоровья детей, особенно психического, имеет социальную обусловленность, что в определенной мере объясняет региональные различия его показателей [2, 5]. На сегодняшний день особенно актуальным является сохранение и укрепление психического здоровья детей и подростков коренных народов Сибири вследствие высокого уровня подростковых суицидов среди этнических популяций [1, 8]. В Бурятии показатель самоубийств среди подростков является одним из высоких в стране и составляет 86,6 на 100 тысяч [8, 10].

Известно, что одним из основных факторов, существенно влияющим на частоту суицидов, является клинический [7]. По данным зарубежных исследователей, ретроспективная оценка психического состояния младших и старших подростков методом «психологической аутопсии» позволяет полагать, что более чем у 90 % из них было какое-либо психическое нарушение: депрессия, тревога или расстройство поведения. У младших подростков, совершивших импульсивные самоубийства, диагностировалась в основном какая-нибудь форма депрессии или ставился диагноз «нарушение адаптации» [4].

Эмоциональные расстройства и отклонения в поведении – наиболее частый вид нервно-психических расстройств, встречающихся в детском и подростковом возрасте. Данный вид нарушений представляет серьезную проблему вследствие сложностей адаптации ребенка в детском коллективе и трудностей социализации во взрослой жизни [6, 9]. Особенно

неблагоприятный прогноз для дальнейшей социальной адаптации имеют сочетанные формы нарушений, так как они являются высоким фактором риска суицидального и асоциального поведения во взрослой жизни, склонности к алкоголизации и наркотической зависимости [3, 11, 12].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить распространенность эмоциональных расстройств и отклонений в поведении у детей и подростков Агинского Бурятского округа.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Методом сплошной выборки обследованы учащиеся 1–9-х классов общеобразовательных школ, проживающие в поселках Агинское и Могойтуй Агинского Бурятского округа Забайкальского края. Обследованы учащиеся двух возрастных групп: дети младшего школьного возраста (7–10 лет) и подростки 11–15 лет. Всего обследовано 2572 ребенка, из них 1487 детей младшего школьного возраста (767 мальчиков, 720 девочек) и 1085 подростков (562 мальчика и 523 девочки).

Расчет репрезентативности выборки проводился согласно критериям, предложенным В. И. Паниотто (1995). При генеральной совокупности 100 000 единиц, с допущением 5-процентной ошибки, объем выборочной совокупности составляет 398 единиц наблюдения. При проведении данного исследования численность детского населения Агинского Бурят-

ского округа составляла 18 692 человека. Объем выборочной совокупности превысил 400 единиц наблюдения, что обеспечило надежность (95,0 %) исследования.

В соответствии с международным подходом, принятым к проведению эпидемиологических исследований в психиатрии (Goodman R., Scott S., 1997), обследование проводилось в два этапа. На первом этапе использовался скрининговый опросник, предложенный английским психиатром М. Раттером (шкала Б2 для учителей). Опросник М. Раттера состоит из 26 коротких высказываний, касающихся поведения ребенка, которые учитель отмечал как несоответствующие, отчасти соответствующие или полностью соответствующие данному ребенку. Ответы оценивались от 0 до 2 баллов, так что общая оценка составляла от 0 до 52. Дети с оценкой 9 и более баллов выделялись в «скрин-положительную» группу. Далее вычислялись оценки эмоциональных расстройств (ЭР) и отклонений в поведении (ОП) методом, предложенным исследователями университета Ньюкасла (Macmillan et al., 1980).

На втором этапе проводился психиатрический осмотр всех «скрин-положительных» детей с постановкой диагнозов и 20 % случайно выбранных «скрин-отрицательных» испытуемых. Постановка диагнозов проводилась в соответствии с Международной статистической классификацией болезней (МКБ-10).

Все дети, перед включением их в данное исследование, либо их родители (в случае не достижения 15-летнего возраста), подписывали информированное согласие на участие в исследовании в соответствии с Хельсинской декларацией Всемирной медицинской ассоциации последнего пересмотра (Сеул, октябрь 2008).

При статистической обработке данных использовался пакет прикладных программ STATISTICA for Windows Version VI. Для анализа вида распределения количественных данных мы применяли критерий Шапиро – Уилка. Статистический анализ бинарных признаков проводился с подсчетом относительной частоты (%) и 95% доверительного интервала (95% ДИ). Статистическая значимость различий определялась при помощи χ^2 и точного критерия Фишера. Величина уровня значимости различий принималась при $p = 0,05$, т.е. при ошибке 5 % (Реброва О.Ю., 2003).

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ (грант № 12-06-18006) «Социальные

и этнопсихологические предпосылки суицидального поведения у подростков Бурятии».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

На первом этапе проведена общая оценка распространенности эмоциональных расстройств и отклонений в поведении у детей и подростков. Среди детей младшего школьного возраста распространенность эмоциональных расстройств и отклонений в поведении составляет 8,6 %. Из них эмоциональные расстройства (ЭР) составляют 1,3 %, отклонения в поведении (ОП) – 6,8 %, смешанные расстройства – 0,5 %. Отмечается преобладание отклонений в поведении над эмоциональными расстройствами в 5,2 раза.

В подростковом возрасте общий показатель распространенности эмоциональных расстройств и отклонений в поведении незначительно уменьшается и составляет 7,4 %. Из них ЭР составляют 1,6 %, ОП – 5,3 %, смешанные расстройства – 0,3 %. Отклонения в поведении преобладают над эмоциональными расстройствами в 3,3 раза. Полученные результаты представлены в таблице 1.

При анализе распространенности эмоциональных нарушений и отклонений в поведении с позиции гендерных различий выявлено, что у мальчиков нарушения встречаются в 2–4 раза чаще, чем у девочек. Так, в младшем школьном возрасте показатель распространенности нарушений среди мальчиков составляет 13,5 %. Из них ЭР составляют 1,5 %, ОП – 11,2 %, смешанные расстройства – 0,7 %. У мальчиков отклонения в поведении преобладают над эмоциональными расстройствами в 7,4 раза.

Среди девочек младшего школьного возраста показатель распространенности нарушений составляет 3,3 %, что в четыре раза меньше, чем у мальчиков ($p < 0,001$). Среди выявленных нарушений у девочек ЭР составляют 1,1 %, ОП – 2,08 %, смешанные расстройства – 0,1 %. У девочек отклонения в поведении преобладают над эмоциональными расстройствами в 1,8 раза.

В подростковом возрасте общий показатель распространенности нарушений среди мальчиков незначительно снижается – до 9,9 %. Из них ЭР составляют 1,6 %, ОП – 8,0 %, смешанные расстройства – 0,3 %. Отклонения в поведении, преобладают над эмоциональными расстройствами в 5 раз.

Среди девочек подросткового возраста общий показатель нарушений, напротив, увеличивается

Таблица 1
Распространенность эмоциональных расстройств и отклонений в поведении у детей Бурятии

Нарушения	Младшие школьники n = 1487		Подростки n = 1085		p_{1-2}^*
	абс.	% (95% ДИ)	абс.	% (95% ДИ)	
Всего:	128	8,6 (7,2–10,1)	80	7,4 (5,9–9,1)	> 0,05
ЭР	20	1,3 (0,8–2,1)	18	1,6 (1,1–2,6)	> 0,05
ОП	101	6,8 (5,6–8,2)	58	5,3(4,1–6,8)	> 0,05
Смешанные расстройства	7	0,5 (0,2–0,9)	4	0,3 (0,1–0,9)	> 0,05

Примечание: * – статистическая значимость различий определена при помощи χ^2 .

и составляет 4,5 %, что сокращает гендерный разрыв в 2 раза, однако статистическая значимость различий сохраняется ($p < 0,001$). Из выявленных нарушений, ЭР составляют 1,7 %, ОП – 2,4 %, смешанные расстройства – 0,4 %. Отклонения в поведении преобладают над эмоциональными расстройствами в 1,4 раза. Полученные результаты представлены в таблице 2.

Дети и подростки, у которых общая оценка отклонений по данным опросников для учителей, была равна или превысила пороговую величину 9 баллов, отнесены в «группу риска». Численность таких детей составила 262 человека. На втором этапе проведено более тщательное обследование детей, относящихся в «группу риска», которое включало клинический метод полуструктурированного психиатрического интервьюирования и оценку уровня социальной адаптации.

ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ, ОТНОСЯЩИХСЯ К «ГРУППЕ РИСКА»

В младшем школьном возрасте группа детей, имеющих отклонения со стороны психического здоровья, составляет 128 человек (8,6 %). В структуре выявленных нарушений на первое место выходят расстройства поведения (9,5 %), на второе место – гиперкинетические расстройства (6,7 %), на третье место – тревожные расстройства (0,8 %), на четвертое

место – депрессивные расстройства (0,8 %). Полученные данные представлены в таблице 3.

Среди данной группы детей всего 87 детям (47,8 %) выставлен один диагноз. У 95 детей (52,2 %) выявлены коморбидные формы нарушений. У детей младшего школьного возраста наиболее частым видом коморбидности являются гиперкинетические расстройства (F90) в сочетании с расстройствами поведения (F91). Данный вид коморбидности составляет 89,4 % и является прогностически неблагоприятным в отношении преступности, асоциального поведения и склонности к алкоголизации во взрослой жизни [14, 15].

У детей с нервно-психическими расстройствами уже в младшем школьном возрасте имеются признаки нарушения школьной адаптации. Регулярно прогуливают занятия в школе 52 учащихся из 182 (28,6 %). Не пользуются популярностью среди детей и отвергаются детским коллективом 85 учащихся (46,7 %). Ложь встречается у 77 учащихся (42,3 %), у 17 детей (9,3 %) отмечается склонность к воровству. Школьная успеваемость у детей, имеющих психические расстройства, снижена, по сравнению с другими учащимися. Так, всего 15,2 % детей учатся без троек, 65,9 % детей имеют слабую успеваемость, а 18,9 % не справляются со школьной программой.

В подростковом возрасте группа детей, имеющих нервно-психические расстройства, составила 80

Таблица 2
Распространенность эмоциональных расстройств и отклонений в поведении у мальчиков и девочек

Нарушения	Младшие школьники (n = 1487)				Подростки (n = 1085)			
	мальчики (767)		девочки (720)		мальчики (562)		девочки (523)	
	абс.	% (95% ДИ)	абс.	% (95% ДИ)	абс.	% (95% ДИ)	абс.	% (95% ДИ)
Всего	104	13,5 (11,3–16,2)	24	3,3 (2,2–4,9)	56	9,9 (7,7–12,7)	24	4,5 (3,1–6,7)
$P^{*1-2} < 0,001; P_{3-4} < 0,001$								
ЭР	12	1,5 (0,9–2,7)	8	1,1 (0,6–2,1)	9	1,6 (0,8–3,0)	9	1,7 (0,9–3,2)
$P^{*1-2} > 0,05; P_{3-4} > 0,05$								
ОП	86	11,2 (9,2–13,6)	15	2,08 (1,2–3,4)	45	8,0 (6,5–10,5)	13	2,4 (1,4–4,2)
$P^{*1-2} < 0,001; P_{3-4} < 0,001$								
Смешанные расстройства	6	0,7 (0,3–1,7)	1	0,1 (0,03–0,7)	2	0,3 (0,1–1,2)	2	0,4 (0,1–1,4)
$P^{*1-2} > 0,05; P_{3-4} > 0,05$								

Примечание: * – статистическая значимость различий определена при помощи χ^2 .

Таблица 3
Распространенность эмоциональных расстройств и расстройств поведения среди детей и подростков Бурятии

Расстройства	Младшие школьники n = 1487		Подростки n = 1085	
	абс.	% (95% ДИ)	абс.	% (95% ДИ)
F90 (гиперкинетические расстройства)	99	6,7 (5,5–8,0)	31	2,9 (2,0–4,0)
F91 (расстройства поведения)	141	9,5 (8,1–11,1)	61	5,6 (4,4–7,2)
F93.8 (тревожные расстройства)	30	2,0 (1,4–2,9)	19	1,8 (1,1–2,7)
F32 (депрессивные расстройства)	12	0,8 (0,4–1,4)	6	0,5 (0,3–1,2)
Всего нарушений *	128	8,6 (7,2–10,1)	80	7,4 (5,9–9,1)

Примечание: * – меньше суммы отдельных диагнозов из-за коморбидности.

человек (7,4 %). Структура выявленных нарушений аналогична структуре, полученной у детей младшего школьного возраста. На первое место выходят расстройства поведения (5,6 %), на второе место – гиперкинетические расстройства (2,9 %), на третье место – тревожные расстройства (1,8 %), на четвертое место – депрессивные расстройства (0,5 %).

Один диагноз выставлен 47 учащимся (58,7 %), коморбидные формы нарушений отмечаются у 33 подростков (41,3 %). Среди коморбидных форм нарушений наиболее часто встречается сочетание гиперкинетических расстройств с расстройствами поведения (72,7 %). Кроме того, у 9 детей (27,3 %) выявлено сочетание гиперкинетических расстройств и/или расстройств поведения с тревожными или депрессивными расстройствами. Появление данных видов сочетаний свидетельствует о развитии полиморфизма клинических проявлений, и присоединении к нарушениям поведения расстройств невротического уровня. Такой вид коморбидности, по нашему мнению, может быть фактором риска суицидального поведения, так как представляет собой сочетание эмоциональных расстройств, патогенетической характеристикой которых является тревожность и сниженный фон настроения, со склонностью к импульсивному поведению, что является основой симптомокомплекса поведенческих нарушений.

В подростковом возрасте у детей, относящихся в «группу риска», нарастают признаки школьной дезадаптации. По сравнению с младшим школьным возрастом, увеличивается число учащихся, регулярно прогуливающихся школу до 56,3 % ($p < 0,001$). Склонность ко лжи отмечается у 73,8 % подростков ($p < 0,001$). Число учащихся, отвергаемых в школьном коллективе, составляет 37,5 %. Успеваемость у подростков, имеющих нервно-психические нарушения, также снижена. Большинство подростков учатся слабо (66,7 %), а 12,9 % не справляются со школьной программой. Всего 20,5 % подростков учатся без троек.

При проведении эпидемиологического исследования распространенности эмоциональных расстройств и отклонений в поведении у детей и подростков Агинского Бурятского округа выявлено, что распространенность нарушений в младшем школьном возрасте составляет 8,6 %, в подростковом возрасте 7,3 %. Основным видом нарушений являются отклонения в поведении, которые преобладают над эмоциональными расстройствами в младшем школьном возрасте в 5,2 раза, в подростковом возрасте – в 3,3 раза.

Анализ распространенности нарушений с позиции гендерных различий показал, что среди мальчиков нарушения встречаются чаще, чем среди девочек. В младшем школьном возрасте соотношение распространенности нарушений среди мальчиков и девочек составляет четыре к одному ($p < 0,001$), в подростковом возрасте – два к одному ($p < 0,001$).

Дети, имеющие пограничные нервно-психические расстройства, относятся в «группу риска» по нарушению социальной адаптации. Число детей, относящихся в «группу риска», в младшем школьном возрасте составило 128 человек (8,6 %), в под-

ростковом возрасте 80 человек (7,4 %). Как показало клиническое обследование данной группы детей в структуре нарушений на первое место выходят расстройства поведения, на второе место – гиперкинетические расстройства, на третье место – тревожные расстройства, на четвертое место – депрессивные расстройства.

У детей, относящихся в «группу риска», часто выявляются коморбидные формы расстройств: у 52,2 % детей в младшем школьном возрасте и у 41,3 % подростков. В младшем школьном возрасте наиболее частым видом коморбидности являются гиперкинетические расстройства (F90) в сочетании с расстройствами поведения (F91), которые составляют 89,4 %. В подростковом возрасте структура коморбидности усложняется: у 27,3 % подростков выявляется сочетание гиперкинетических расстройств и/или расстройств поведения с тревожными или депрессивными расстройствами. Это свидетельствует о развитии полиморфизма клинических проявлений, и присоединении к нарушениям поведения расстройств невротического уровня. Такой вид коморбидности, по нашему мнению, может быть фактором риска суицидального поведения, так как представляет собой сочетание эмоциональных расстройств, патогенетической основой которых является тревожность и сниженный фон настроения, со склонностью к импульсивному поведению, что является одним из проявлений синдрома поведенческих нарушений.

У детей с нервно-психическими расстройствами уже в младшем школьном возрасте отмечаются признаки нарушения школьной адаптации, которые проявляются регулярными прогулами школы (28,6 %), склонностью ко лжи (42,3 %) и воровству (9,3 %). Наиболее неблагоприятным признаком социальной дезадаптации мы считаем отвержение этих детей в школьном коллективе: 46,7 % детей в младшем школьном возрасте отвергаются своими одноклассниками и не принимаются группой сверстников. В подростковом возрасте признаки школьной дезадаптации нарастают. Увеличивается число учащихся, регулярно прогуливающихся занятия в школе до 56,3 % ($p < 0,001$). До 73,8 % увеличивается число подростков, склонных ко лжи ($p < 0,001$). Нарушение социальной адаптации является дополнительным фактором риска, способствующим реализации суицидальной активности у подростков с сочетанными формами нервно-психических нарушений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, распространенность эмоциональных расстройств и отклонений в поведении среди детей младшего школьного возраста составила 8,6 %, среди подростков 7,3 %. Это дети, относящиеся в «группу риска» по нарушению социальной адаптации. У большинства детей «группы риска» имеются сочетанные формы нарушений. Наиболее неблагоприятные формы коморбидности, свидетельствующие о развитии полиморфизма клинических проявлений и присоединении расстройств невротического уровня, выявляются у 27,3 % подростков, относящихся в «группу риска». Данная группа

подростков нуждается в оказании своевременной психологической и психотерапевтической помощи для предупреждения реализации повышенной суицидальной активности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванова А.Е., Сабгайда Т.П., Семенова В.Г. и др. Смертность российских подростков от самоубийств. – М.: ООО «БЭСТ-принт», 2011. – 131 с.
2. Манчук В.Т., Надточий Л.А. Состояние и тенденции формирования здоровья коренного населения Севера и Сибири // Бюлл. СО РАМН. – 2010. – Т. 30, № 03. – С. 24–32.
3. Положий Б.С., Положий Б.С., Панченко Е.А. Дифференцированная профилактика суицидального поведения // Суицидология. – 2012. – № 1. – С. 8–12.
4. Психиатрия детского и подросткового возраста / под ред. К. Гиллберга, Л. Хеллгрена. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 531 с.
5. Пуликов А.С., Зайцева О.И., Москаленко О.Л., Колодяжная Т.А. Особенности психоэмоциональной сферы у школьников различного возраста, проживающих в разных регионах Сибири // В мире научных открытий – 2011. – № 5. – С. 578–586.
6. Раттер М. Помощь трудным детям; пер. с англ. / общ. ред. А.С. Спиваковской; предисл. О.В. Баженовой, А.Я. Варга. – М.: Прогресс, 1987. – 422 с.
7. Руженков В.А., Руженкова В.В., Боева А.В. Концепции суицидального поведения // Суицидология. – 2012. – № 4. – С. 52–60.

8. Семенова Н.Б. Профилактика суицидального поведения у подростков коренного населения Республики Тыва // Здоровоохранение Рос. Федерации. – 2009. – № 2. – С. 30–34.

9. Семенова Н.Б., Манчук В.Т. Расстройства поведения у детей: возможные причины и факторы риска // Журнал неврологии и психиатрии. – 2008. – № 3. – С. 95–98.

10. Цыремпилов С.В. Суицидогенная ситуация в Бурятии: вопросы влияния этнокультуральных факторов и пассионарности этносов // Суицидология. – 2012. – № 3. – С. 48–51.

11. Fombonne E., Wostear G., Cooper V. et al. The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression. 1. Psychiatric outcomes in adulthood // Br. J. Psychiatry. – 2001. – Vol. 179. – P. 210–217.

12. Kumpulainen K. Psychiatric symptoms and in early adolescence predict heavy alcohol use 3 years later // Addiction. – 2000. – Vol. 95. – P. 1847–1857.

13. Kumpulainen K., Rasanen E. Symptoms and deviant behavior among eight-year-old as predictors of referral for psychiatric evaluation by age 12 // Psychiatr. Serv. – 2002. – Vol. 53. – P. 201–206.

14. Rutter M. Commentary: causal process leading to antisocial behavior // Dev. Psychol. – 2003. – Vol. 39. – P. 372–378.

15. Simonoff E., Elander J., Hilmshaw J. et al. Predictor of antisocial personality. Continuities from childhood to adult life // Br. J. Psychiatry. – 2004. – Vol. 184. – P. 118–127.

Сведения об авторах

Семенова Надежда Борисовна – доктор медицинских наук, руководитель лаборатории психического здоровья и социальной адаптации ФГБУ НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН (660022, Россия, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 3г; тел.: (391) 228-06-83; e-mail: imprn@imprn.ru)