

А. В. ВаршалНаучно-исследовательский институт физиологии СО РАМН
ул. Академика Тимакова, 4, Новосибирск, 630117, Россия
E-mail: a.v.varshal@physiol.ru**ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ У ДЕТЕЙ:
СЕМЕЙНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И ЗАЩИТЫ ***

Объектом исследования стали дети (с родителями), пришедшие на прием к психиатру. Изучено их психическое здоровье, факторы обращения к психиатру и отдаленные последствия. У этих лиц был более высокий уровень психических проблем, чем в контрольной группе; преобладали проблемы с поведением и гиперактивностью, имеющиеся проблемы сильнее влияли на качество жизни. Семейные факторы риска, присутствующие у детей, обратившихся к психиатру: неполная семья, отчим, малообеспеченность, злоупотребление алкоголем в семье, низкое образование матери, применение телесных наказаний, мужской пол ребенка, положение единственного ребенка, курение ребенка. Факторы защиты: сплоченность семьи, хорошая успеваемость в школе, занятия спортом, хорошее соматическое здоровье ребенка. Повторное обследование через 3–4 года выявило положительную динамику поведенческих проблем и гиперактивности у детей, которая сопровождалась повышением благосостояния и сплоченности семей, а также приобщением к спорту. Выявлена тесная связь между экстернальными проблемами ребенка и уровнем тревожности и депрессии матери.

Ключевые слова: дети, психическое здоровье, эмоциональные и поведенческие проблемы.

В отчете Всемирной организации здравоохранения за 2000 г. указывается, что до 20 % детей и подростков по всему миру страдают от психических расстройств [1]. Наиболее распространены эмоциональные и поведенческие расстройства [2]. По предварительным данным, они встречаются у 15,3 % российских детей и подростков, эмоциональные расстройства возникают в 8,8, а поведенческие – в 8,6 % случаев. Эти показатели приблизительно в 1,5–2 раза выше, чем в развитых странах [3]. Изучение семейных факторов является актуальной задачей, поскольку они являются относительно изменяемыми и могут быть точкой приложения профилактических программ, которые максимально эффективны именно в детском возрасте [4].

Цель исследования: оценить проблемы психического здоровья у детей, впервые обратившихся к психиатру, а также установить динамику психического здоровья и условий развития при повторном обследовании спустя 3–4 года.

Материал и методы

Характеристика выборки. В процессе исследования было сформировано две группы: клиническая и контрольная. Клиническую группу составили дети, впервые обратившиеся за помощью к детскому психиатру (с родителями) и имеющие проблемы с успеваемостью, поведением и школьной адаптацией. В исследование не включали детей с умственной отсталостью и психотическими расстройствами.

Контрольную группу сформировали из выборки исследования «Индивидуальность и благополучное развитие», охватившего 1 864 ребенка из городских и сельских районов и различных социально-экономических слоев населения [5]. При формировании контрольной группы каждому лицу из клинической группы было подобрано два субъекта с учетом следующих критериев: пол, возраст, состав семьи (биологические родители, бабушки – дедушки, братья – сестры), возраст, образование и профессиональный

* Работа отмечена первой премией в конкурсе молодых ученых Международной научной студенческой конференции «Студент и научно-технический прогресс» (Новосибирск, 2008).

статус родителей, а также наличие отдельной комнаты. Группы не удалось выровнять по благосостоянию, так как в общей выборке ($n = 1\ 864$) не было необходимого числа семей с таким же достатком, как в клинической группе.

В результате клиническая группа состояла из 8 девочек и 76 мальчиков ($n = 84$), контрольная – из 168 человек (16 девочек и 152 мальчика), средний возраст обследованных в обеих группах $11,5 \pm 3,6$ года (от 3 до 17 лет). В клинической группе опросники предлагали заполнить взрослому, пришедшему на прием вместе с ребенком. В контрольной группе родителям предлагали заполнить опросник дома и вернуть интервьюеру. Матери заполнили 84 % опросников, отцы – 6, оба родителя – 2 %. Остальные анкеты заполнили другие ближайшие родственники ребенка (бабушка, тетя и др.) или опекуны.

Семнадцать человек (1 девочка и 16 мальчиков) из клинической группы были обследованы повторно спустя 3–4 года. Средний возраст участников этой части исследования составил $13,5 \pm 3,8$ лет.

Для исследования взаимосвязей между психическим здоровьем матери и ребенка данные настоящего исследования объединили с данными новосибирского исследования психического здоровья детей [2], в котором эти взаимосвязи не были изучены. Поскольку в клинической группе преобладали мальчики, анализ проводили в подгруппе мальчиков. В итоге общее число обследованных детей составило 253, средний возраст $10,5 \pm 2,6$ лет (от 3 до 16 лет).

Опросники. Начиная с исследований, проводившихся в Великобритании в 60-е гг., для оценивания психического здоровья детей и подростков во всем мире широко используют скрининговые опросники, позволяющие количественно оценить выраженность психопатологии. Опросники заполняют родители, учителя и подростки с 11 лет; при этом оценки «заболеваемости», полученные с помощью таких опросников, соответствуют результатам детального диагностического обследования [2]. В настоящей работе использован хорошо зарекомендовавший себя в мировой практике стандартизованный опросник «Сильные

стороны и трудности ребенка» (ССТ) для родителей [6]. Он содержит пять шкал по пять пунктов: эмоциональные симптомы, проблемы с поведением, гиперактивность / невнимательность, проблемы со сверстниками и просоциальное поведение. Сумма первых четырех шкал составляет общую оценку проблем. Помимо этого, с помощью ССТ оценивают влияние имеющихся проблем на каждодневную жизнь ребенка.

Для изучения социально-экономических показателей и характеристик семьи использовали данные анкеты для родителей «Стиль жизни» [5]. С помощью отдельных вопросов и шкал выясняли положение семьи (ее размер и состав, возраст, образование и профессиональный статус родителей), жилищные условия ребенка, а также показатели стиля жизни. Обеспеченность семьи учитывали косвенно: по наличию предметов, свидетельствующих о достатке (машина, компьютер, второй телевизор), о способе проведения каникул, а также напрямую – по вопросу о доходе на одного члена семьи в месяц.

Сплоченность семьи определяли с помощью вопросов о сходстве взглядов, конфликтах, совместном времяпрепровождении, о взаимоотношениях с ребенком. Семейное насилие определяли с помощью вопроса, выяснявшего, был ли ребенок свидетелем споров или ссор между взрослыми в семье, и если такие факты имели место, то были ли эти ссоры с физическими нападениями. Практику воспитания оценивали с помощью вопроса о мерах, принимающихся в случае плохого поведения ребенка. Школьную успеваемость оценивали средним баллом по основным академическим предметам. Кроме того, изучали здоровье ребенка, занятия спортом, курение и употребление алкоголя детьми и членами их семьи и безопасность местожительства.

Помимо этого, выявляли уровень тревожности и депрессии у матерей. Использовали скрининговый опросник ВОЗ [7], состоящий из 20 пунктов, охватывающих соматические, поведенческие, когнитивные и эмоциональные признаки тревожности и депрессии.

Исследование было одобрено Этическим комитетом НИИ физиологии СО РАМН (пр. № 2 от 03.10.2003).

Полученные данные были обработаны методами вариационной статистики. Количественные показатели сравнивали с помощью t -критерия для независимых и связанных выборок. Величину эффекта оценивали по η^2 . Сравнение частот в группах при анализе социально-экономических данных проводили с помощью таблиц сопряженности, критерия χ^2 и Z -статистики. Взаимосвязи оценивали при помощи коэффициентов корреляции.

Результаты исследования и обсуждение

Социально-демографическое положение детей. В клинической группе по сравнению с общей выборкой достоверно чаще встречались мальчики ($p < 0,001$), семьи с единственным ребенком ($p < 0,001$), приблизительно в 2 раза чаще семьи с отчимом ($p \leq 0,01$) и примерно в 1,5 раза – с одинокой матерью ($p \leq 0,01$), а также малообразованные матери ($p < 0,05$). Кроме того, средний уровень благосостояния семей клинической группы был достоверно ниже ($p < 0,001$). Единственное достоверное отличие между клинической и контрольной группой также было достигнуто по обеспеченности ($p < 0,001$).

Преобладание мальчиков в клинической группе подтверждает данные литературы о том, что психические расстройства, особенно поведенческие, более характерны для мальчиков, чем для девочек [2]. Кроме того, у мальчиков во много раз чаще, чем у девочек, встречается школьная дезадаптация [8]. В основе этого, возможно, лежат биологические различия между детьми разного пола и социальные факторы – например, особенности воспитания, связанные с полом.

В клинической группе было больше семей, в которых ребенок воспитывался матерью-одиночкой и семей с отчимом. Не подлежит сомнению, что отсутствие фигуры отца, наряду с наличием отчима, является фактором риска психического здоровья детей. Однако данные последних исследований показали, что присутствующий в семье антисоциальный отец или отчим, напротив, увеличивает риск развития расстройства поведения у ребенка [9]. Возможно, антисоциальные мужчины более склонны к уходу из семьи, и, таким образом, влияет не их

отсутствие как таковое, а неблагоприятная наследственность.

Широко обсуждается вопрос о том, подвержены ли единственные в семье дети повышенному риску с точки зрения психического здоровья [2; 8]. Эпидемиологические исследования показывают, что быть единственным ребенком не опаснее в плане психологических расстройств, чем одним из sibсов [2]. Однако в России подобных исследований не проводилось. По нашим данным, среди детей, обратившихся к психиатру, единственных детей было достоверно больше, чем в общей выборке. Этот факт может быть специфичен для данной клинической выборки (у матерей с одним ребенком больше времени, чтобы обратиться к детскому психиатру), но может объясняться и культурной спецификой.

Наше исследование подтверждает данные эпидемиологических исследований о том, что материальное неблагополучие является фактором риска по отношению к нарушениям психического здоровья детей.

Психическое здоровье детей. Оказалось, что у детей клинической группы достоверно выше оценки по всем психопатологическим шкалам опросника ССТ (табл.). Помимо этого, имеющиеся проблемы сильнее нарушали повседневную жизнь ребенка дома и в таких сферах, как дружеские отношения, учеба в школе и занятия в свободное время. Кроме того, в клинической группе значительно менее выражено просоциальное поведение, являющееся фактором защиты.

При оценке величины эффектов с помощью показателя η^2 оказалось, что наибольшее значение для посещения ребенком психиатра имели экстернальные проблемы (9,6 %), к которым относятся проблемы поведения и гиперактивность. Эмоциональные проблемы имели меньшее значение (4,4 %). Можно заключить, что у лиц, обратившихся за помощью к психиатру, значительно более высокий уровень психопатологии, чем в контрольной группе. При этом преобладали проблемы с поведением и гиперактивность.

Стиль жизни семьи. При сравнении клинической и контрольной групп выявлен ряд достоверных различий, позволяющих выделить характеристики семьи, значимые для обращения к детскому психиатру в связи с эмоциональными и поведенческими

Данные опросника ССТ
клинической и контрольной групп, баллы ($M \pm \delta$)

Показатель	Клиническая группа ($n = 84$)	Контрольная группа ($n = 168$)	p
Просоциальное поведение	$6,0 \pm 2,6$	$7,4 \pm 1,9$	$< 0,001$
Эмоциональные проблемы	$3,1 \pm 2,7$	$2,1 \pm 2,0$	$< 0,01$
Проблемы с поведением	$3,4 \pm 2,3$	$2,0 \pm 1,9$	$< 0,001$
Гиперактивность	$6,2 \pm 2,6$	$4,6 \pm 2,7$	$< 0,001$
Проблемы со сверстниками	$3,4 \pm 2,1$	$2,8 \pm 1,9$	$< 0,05$
Общее число проблем	$16,1 \pm 7,5$	$11,6 \pm 6,5$	$< 0,001$
Влияние на жизнь ребенка	$2,1 \pm 2,5$	$1,0 \pm 1,5$	$< 0,01$

проблемами. Факторами риска оказались применение родителями телесных наказаний, наличие члена семьи, злоупотребляющего алкоголем, а также курение ребенка ($p \leq 0,001$). Защитными факторами были сплоченность семьи, высокая успеваемость и регулярные занятия спортом, и соматическое здоровье ребенка ($p \leq 0,001$). Курение членов семьи, употребление алкоголя ребенком, «опасный район» проживания и физическое насилие в отношениях между родителями оказались незначимыми.

С помощью коэффициента η^2 выяснили, что наибольшее значение для обращения к детскому психиатру внесли курение ребенка (23 %), его низкая успеваемость (22 %), а также низкие сплоченность и обеспеченность семьи (по 15 % соответственно).

Эти результаты согласуются с данными многочисленных исследований, показавших, что жесткое воспитание с телесными наказаниями – существенный фактор риска поведенческих проблем [2]. Установлено его прямое причинное влияние [10], однако необходимо учитывать двусторонний характер взаимодействий между ребенком и родителем и то, что дети с поведенческими проблемами дают больше поводов к телесным наказаниям. В российской культуре употребление ребенком алкоголя чаще всего является санкционированным (например, на семейных застольях) в отличие от курения, которое, таким образом, может быть маркером непослушания и проблемности. Дети, обратившиеся к психиатру, хуже успевают в школе. Вне зависимости от причин данного факта проблемные дети не должны быть педагогически запущенными, так как это может отрицательно сказаться на их самооценке, отношении к системе образования, подтолкнуть к делинквентному поведению.

Динамика социального положения, стиля жизни и психопатологии детей. Мы проследили изменения в 17 семьях, которые были обследованы повторно. Определенных тенденций в социальном положении семей выявить не удалось, за исключением потери отцов и замещающих их лиц. Наиболее постоянными оказались успеваемость детей, их здоровье и практика воспитания. Достоверно улучшилось материальное положение ($p \leq 0,001$), в динамике возросла сплоченность семей ($p < 0,01$), а также повысилась приверженность детей к спорту ($p < 0,05$).

Нами выяснено, что 17 детей, обследованных повторно, не отличались достоверно по уровню психических проблем от других детей клинической группы. Результаты, таким образом, полученные в ходе динамического исследования детей, могут быть экстраполированы. Уровень эмоциональных и поведенческих проблем, гиперактивности и общий уровень проблем снизились, как уменьшилось и их влияние на жизнь ребенка. Но только снижение уровня экстернатальных проблем было достоверным ($p \leq 0,05$). Просоциальное поведение нивелировалось, а проблемы со сверстниками усилились, но эти изменения были недостоверными. Аналогичные сведения описаны в литературе [2]. Далее, мы проследили судьбу отдельных детей по показателям интернатальных (эмоциональные факторы и особенности взаимоотношений со сверстниками) и экстернатальных проблем. Изменения этих показателей коррелировали ($r = 0,6$, $p = 0,01$). Причем без снижения уровня интернатальных проблем не происходило улучшение в экстернатальной сфере детей. В целом, это соответствует известному феномену коморбидности эмоциональных и поведенческих проблем.

Позитивные изменения в семейной жизни поддержали снижение уровня психических проблем детей. Достоверное повышение насилия в семье ($p < 0,01$) связано с тем, что со временем накапливается вероятность ссор и насилия между родителями. Отношения с ребенком и сплоченность семьи не коррелировали с насилием среди взрослых и являлись более значимыми факторами благополучия детей.

Психическое здоровье матерей. Выявлены высокие и достоверные коэффициенты корреляции между уровнем тревожности и депрессии матерей, по данным опросника ВОЗ, и оценками детей по следующим шкалам ССТ: проблемы с поведением ($r = 0,58$, $p = 0,01$), гиперактивность ($r = 0,55$, $p = 0,01$) и общее число проблем ($r = 0,43$, $p = 0,01$). Эти результаты демонстрируют, что экстернальным проблемам детей сопутствует повышенный уровень тревоги и депрессии у матерей, согласуясь с данными эпидемиологических исследований в других странах [2]. Корреляционные взаимосвязи не свидетельствуют о направлении причинных влияний. Однако в пролонгированных исследованиях установлено, что тревога и депрессия матерей является средовым фактором, оказывающим прямое влияние на экстернальные проблемы детей [10].

Заключение

У детей, обратившихся к детскому психиатру, был более высокий уровень психических проблем, чем в контрольной группе: преобладали проблемы с поведением и гиперактивность. Имеющиеся проблемы сильнее влияют на их жизнь. Семейными факторами риска являлись неполная семья, наличие отчима, низкая обеспеченность, злоупотребление алкоголем в семье, низкое образование матери, применение телесных наказаний, мужской пол ребенка, положение единственного ребенка, курение. Факторы защиты по отношению к поведенческим и эмоциональным проблемам были сплоченность семьи, хорошая успеваемость в школе, занятия спортом, соматическое здоровье ребенка. Наибольшее значение имели обеспеченность и сплоченность семьи, хорошая школьная успеваемость. Повторное обследование выявило положи-

тельную динамику решения поведенческих проблем и гиперактивности. Она сопровождалась повышением благосостояния и сплоченности семей, а также приобщением детей к спорту. Выявлена тесная связь между экстернальными проблемами ребенка и уровнем тревожности, депрессии матери.

Таким образом, результаты исследования могут использоваться при разработке профилактических и коррекционных программ. Целесообразно продолжать государственную программу материальной поддержки семей с детьми, способствовать созданию «дружелюбной» среды по отношению к семьям, распространять информацию об эффективных методах воспитания «трудных детей», вести пропаганду здорового образа жизни. Кроме того, на уровне общеобразовательных учреждений необходимо уделять большее внимание «трудным» детям, стараться включить их в школьную жизнь, а не наоборот.

Список литературы

1. *World Health Organization Atlas: child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future.* Geneva, 2005.
2. *Goodman R., Scott S.* Child psychiatry. Oxford, 2005.
3. *Goodman R., Slobodskaya H. R., Knyazev G. G.* Russian child mental health: a cross-sectional study of prevalence and risk factors // *European Child and Adolescent Psychiatry.* 2005. Vol. 14. P. 28–33.
4. *Tremblay R. E., Craig W. M.* Developmental crime prevention // *Building a safer society: Strategic approaches to crime prevention.* 1995. Vol. 19. P. 151–236.
5. *Слободская Е. Р., Гудман Р., Рябиченко Т. И.* Психосоциальные факторы эмоциональных проблем и отклонений в поведении подростков // *Психиатрия.* 2006. № 2. С. 28–36.
6. *Goodman R.* The extended version of the Strength and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden // *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 1999. Vol. 40. P. 791–799.
7. *A user's guide to the self reporting questionnaire (SRQ).* Geneva, 1994.

8. Сафронова М. В., Слободская Е. Р., Гудман Р., Савина Н. Н. Социально-экономическое положение семьи и психическое здоровье школьников // Сиб. психол. журн. 2003. № 18. С. 78–85.

9. Jaffe S. R., Moffitt T. E., Caspi A., Taylor A. Life with (or without) father: the benefits of living with two biological parents depend on the father's antisocial behavior // Child Development. 2003. Vol. 74, № 1. P. 109–126.

10. Moffitt T. E. Gene-environment interplay in antisocial behaviors the new look of behavioral genetics in developmental psychopathology // Psychological Bulletin Copyright 2005 / By the American Psychological Association. 2005. Vol. 131, № 4. P. 533–554.

Материал поступил в редколлегию 07.03.2009

A. V. Varshal

**Emotional and Conduct Problems of Children:
Family Risk and Protective Factors**

Object of the study are the children whose parents sought help with psychiatrist. Factors of consultations with psychiatrists and long-term effects have been studied. Such children turned out to have a higher level of mental problems than those of the control group, conduct disorders prevailed; moreover the existing problems heavily affect living. Family risk factors of children sought help with psychiatrist: incomplete family, step-father, poverty, family alcohol abuse, low educated mother, corporal punishment, male gender, absence of siblings, smoking of a child. Family protective factors: solid family, good school progress, sport, good somatic health. Repeated examination after 3-4 years revealed positive dynamics of conduct problems and hyperactivity of children accompanied by wellbeing and family solidity rise and doing sports. It was revealed closes association between external problems of a child and level of anxiety and depression of mother.

Keywords: children, mental health, emotional problems, conduct disorders, risk and protective factors.