

## Современные принципы профилактики психических расстройств у детей и подростков

**ВОСТРОКНУТОВ Н.В.**

д.м.н., профессор, академик РАО,  
руководитель отделения Социальной психиатрии детей и подростков  
ФГБУ ГНЦ ССП им. В.П. Сербского МЗ СР России

**ПЕРЕЖОГИН Л.О.**

д.м.н., старший научный сотрудник отделения Социальной психиатрии детей и подростков  
ФГБУ ГНЦ ССП им. В.П. Сербского МЗ СР России.  
E-mail: dr-lev-perezhogin@yandex.ru

*С опорой на концепции, доминирующие в отечественной и зарубежной клинической детской психиатрии, анализируются современные подходы к профилактике и реабилитации психических расстройств у детей и подростков.*

*Ключевые слова: дети, подростки, психические расстройства, профилактика*

**К**аждая эпоха в развитии цивилизации может быть охарактеризована через отношение общества к проблеме психического здоровья, в частности психического здоровья детей. В начале второго тысячелетия в средневековой Европе от детей, страдавших психическими расстройствами, старались как можно быстрее избавиться. Самым гуманным способом была передача такого ребёнка в подземелья ближайшего монастырского приюта [23], но в большинстве случаев ребёнка, обнаруживавшего очевидные признаки психического расстройства, ждала голодная смерть в лесной чаще. По мере развития цивилизации всё больше места находилось состраданию: после Великой Лондонской чумы и Великого Лондонского пожара (1666 г.) горожане «лишь стоило появиться на улице безумному, или калеке, или женщине с больным ребёнком, выносили еду и протягивали медяки, ведь всем хотелось быть добрыми христианами, настолько напугал лондонцев Божий гнев» [1].

В начале XX века в отечественной и зарубежной психиатрии уже господствовали две основополагающие гуманистические тенденции:

1) психиатрия, продолжая оставаться самостоятельной клинической научной дисциплиной, стала всё более глубоко внедряться в повседневную жизнь, вторглась в смежные с ней немедицинские отрасли — социологию, педагогику, психологию, право;

2) психиатрия заимствовала из смежных немедицинских отраслей, а также из других клинических наук ряд концептуальных положений, в том числе концепцию профилактики психических расстройств (по аналогии с профилактикой соматической патологии, травм, инфекционных заболеваний, преступности, бедности и т.д.).

На протяжении всего последнего столетия профилактическая психиатрия поступательно развивалась и сегодня, в начале третьего тысячелетия, стала, по сути, самостоятельным разделом психиатрической науки и практики.

Современная профилактическая психиатрия является интегративной наукой, объединяющей изучение конституционально-генетических (включая морфологические и иммунные), популяционно-эпидемиологических, социально-психологических и клинко-динамических аспектов психических расстройств в контексте достижения первичного профилактического и вторичного — реабилитационного — результатов.

Достижение же результатов представляется возможным при соблюдении, по крайней мере, трёх условий:

1. Должны быть осуществлены (на основании широкомасштабных исследований) выбор приоритетных направлений в области профилактики психических расстройств и определение целей и задач (уровень научного планирования);

2. Должны быть спланированы и предприняты (на региональном, государственном, международном уровне) меры по широкомасштабной популяционной диагностике психических расстройств, что позволит прогнозировать развитие ситуации в сфере психического здоровья (включая наркологическую ситуацию), выявить факторы риска, саногенных и патогенных факторов при отдельных нозологических формах (уровень популяционного исследования);

3. Должны быть разработаны и реализованы программы ранней диагностики, профилактики и реабилитации при широком спектре психических расстройств (уровень клинической реализации) с последующим мониторингом динамики ситуации.

Следует признать, что сегодня в России общая ситуация с профилактикой психических расстройств исключительно тяжёлая. Это, в частности, подтверждается эпидемиологическими данными о психических расстройствах в детской популяции, которые демонстрируют устойчивый рост. На фоне снижения числа детей в России с 1999 г. на 6 млн чел. (в связи с общим процессом старения населения) и укомплектованности штатов детских психиатров на 62% выявление детей с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства выросло с 1999 г. по 2006 г. с 618,0 до 668,6 чел. в год на 100 тыс. детского населения. При этом у 113,0 чел. на 100 тыс. детского населения диагностирована умственная отсталость, у 541,3 — непсихотические формы психических расстройств и лишь у 14,3 — психозы, включая шизофрению (3,1 на 100 тыс. детского населения). В то же время общее число детей, страдающих психическими расстройствами, которым оказывается внебольничная помощь, ежегодно увеличивалось в среднем на 1% и составило в итоге 2900,4 на 100 тыс. детского населения, из них 436,1 являются инвалидами по психическому расстройству. В подростковой среде ситуация носит ещё более удручающий характер. Если в 1991 г. подростков с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства было выявлено 355,8 на 100 тыс. подросткового населения, то в 2001 г. — уже 562,9 на 100 тыс. подросткового населения при том, что укомплектованность подростковыми психиатрами за тот же период снизилась на 17,7%. Общее число подростков, страдающих психическими расстройствами, за последние годы росло в среднем на 2% в год и составило в 2006 г. 3581,2 на 100 тыс. подросткового населения. Параллельно росту числа детей и подростков, страдающих психическими расстройствами, неуклонно сокращалось число визитов к врачам-психиатрам и число детей и подростков, находящихся под диспансерным наблюдением [5, 6].

В.Ф. Шалимов [24], анализируя сложившуюся ситуацию, пришел к выводу, что существует, по крайней мере, несколько причин, обусловивших негативную динамику в детской и подростковой психиатрии, в частности:

- 1) исключение врача-психиатра из участия в диспансеризации детей;
- 2) недостаточное развитие медико-социальных учреждений реабилитационного типа;
- 3) отсутствие у врачей в первичном звене здравоохранения знаний и навыков раннего выявления психических расстройств;
- 4) ориентация врачей-психиатров на оказание помощи при тяжёлой патологии (психотических расстройствах, умственной отсталости, выраженных за-

держках психического развития и т.д.) в ущерб преобладающим в детской и подростковой популяции органическим и невротическим расстройствам и пограничной патологии развития;

5) игнорирование родителями болезненного характера имеющихся нарушений у детей и из-за страха перед обращением в психиатрический диспансер в связи с боязнью связанных с этим социальных ограничений.

Таким образом, налицо острое противоречие между необходимыми и реализуемыми мерами профилактической и реабилитационной направленности.

Говоря о психическом здоровье, в целом, о психическом здоровье детей и подростков, в особенности, следует исходить из того, что концепция здоровья, развиваемая Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) предполагает достижение «состояния полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствия болезней и физических дефектов». В этом плане говорить о достижении здоровья можно лишь тогда, когда мы видим у индивида весь спектр возможностей по адаптации к окружающей среде и рост потенциала жизнедеятельности. По определению В.Я. Семке (1992, 1994), это «состояние динамического равновесия индивида с окружающей его средой, когда заложенные в его биологической и социальной сущности способности проявляются наиболее полно, а все жизненно важные системы функционируют с оптимальной интенсивностью» [20, 21]. Таким образом, психическое здоровье должно определяться как минимум, по пяти направлениям:

1) физическому (т.е. трудно говорить о психическом здоровье при наличии телесного недуга; любое соматическое заболевание неизбежно ведёт к сопутствующему психическому расстройству (хотя бы на синдромальном уровне), по крайней мере, в период своего существования);

2) собственно психическому, душевному (включает весь известный нам спектр психических расстройств);

3) социальному (социальное благополучие и достижение приемлемого уровня социального функционирования, обладание определёнными социальными благами и достижение социальной справедливости, в том числе общественного признания);

4) ролевой деятельности (на работе и в семье, ответственность этой деятельности параметрам аутоидентификации);

5) качеству жизни (т.е. собственным субъективным восприятием благополучия/неблагополучия, с оценкой своего текущего состояния и перспектив развития) [32].

Отдельным параметром должно, вероятно, рассматриваться общественное психическое здоровье — не в контексте совокупности психического здоровья индивидов, а как качественно более высокий уровень, обеспечивающий совокупность условий для достижения психического здоровья индивидами. Если исходить из классической парадигмы клинической психиатрии, подразумевающей 3 уровня психических расстройств: *психотический*, сопровождающийся грубой дезорганизацией психической деятельности, имеющей преимущественно биологическую природу; *невротический* — социогенный, с преимущественным вовлечением эмоционального и соматовегетативного круга расстройств; *психопатический* — смешанный биологический и социогенный характер происхождения, преобладание личностной патологии, — то профилактика психических расстройств возможна на всех трёх уровнях:

1) на невротическом уровне она будет носить характер первичной профилактики (недопущение возникновения расстройства);

2) на психопатическом уровне — вторичной профилактики (недопущение обострений, развития, социальных последствий, профилактика коморбидных состояний);

3) на психотическом уровне — третичной профилактики (реабилитация, реинтеграция в общественную среду, повышение качества жизни).

Современная психиатрия детского возраста добавляет в данный континуум ещё два основных направления:

1) психическое здоровье ребёнка не может рассматриваться вне контекста его развития;

2) психическое расстройство может не достигать по степени своей выраженности нозологического уровня, а присутствовать лишь на уровне реакций, патологических состояний, затяжных состояний — развитий (в представлении К. Ясперса) [26].

Это существенным образом затрудняет диагностическую работу с использованием распространённых скрининговых методик. Их валидность в детском и подростковом возрасте значительно уступает показателям взрослых лиц. В то же время за рубежом в последние 20—30 лет по-прежнему широко распространена практика скрининговых исследований, охватывающих 100% детской популяции (например, шкалированными опросниками, направленными на выявление расстройств аутистического спектра). В частности, стандартные методики диагностики расстройств аутистического спектра представляют собой тематические опросники, применяющиеся для скрининга данной патологии в популяции или в группах риска (дети с нарушениями в развитии).

Наиболее широко используются Опросник для диагностики аутизма (пересмотренная версия) (ADI-R), который представляет собой, по сути, план

беседы врача с родителями, а также Шкала наблюдения для диагностики аутизма (ADOS) и Оценочная шкала детского аутизма (CARS), представляющие собой не более чем структурированные и систематизированные перечни симптомов расстройств аутистического спектра, зафиксированных в МКБ-10 и DSM-IV (критерии двух ведущих классификационных систем в отношении расстройств аутистического спектра практически идентичны). Данные шкалы были разработаны с целью передачи первичной диагностики расстройств аутистического спектра от врачей-психиатров врачам общей практики и семейным врачам, однако накопленный в США и странах Европы опыт показал, что они не способствуют выполнению поставленных задач, в частности вопреки широкому использованию оценочных шкал (в 18 и 24 мес.), средний возраст диагностики аутизма в США составил 5,7 года, а 30% верифицированных диагнозов ставится в возрасте 8 лет и более [31]. Таким образом, несмотря на имеющиеся данные о клинической специфичности используемых шкал, многие специалисты и национальные регулирующие органы за рубежом склонны рассматривать их не более, чем инструмент на первичном (оценочном) этапе диагностики. В Великобритании использование шкал для широкой диагностики в популяции признано нецелесообразным [33]. Всеми признано, что клиническое наблюдение специалистом (врач-психиатр, специально обученный педиатр или врач общей практики) значительно превосходит по валидности любой из имеющихся тестов [28].

Таким образом, для решения задач скрининговой диагностики и мониторинга психических расстройств необходимо обеспечить проведение клинического исследования, что практически невозможно осуществить силами имеющихся в любой стране врачей-психиатров. Этим фактом обусловлена общемировая тенденция по распространению психиатрических знаний среди врачей общей практики и педиатров, перенесение всей массы первичной диагностики с собственно психиатрического на общемедицинское звено системы здравоохранения. В детской практике к диагностической работе всё шире привлекаются специалисты, работающие в системе образования. Таким образом, одной из ключевых задач профилактической психиатрии становится задача просвещения, информирование специалистов смежных отраслей и самых широких слоёв населения об основных проблемах психического здоровья. Общеизвестно, что исследования учёных могут контрастировать с отношением населения к ряду факторов, влияющих на психическое здоровье: например, социологические исследования показали, что среди факторов, ухудшающих самочувствие, менее 20% населения отметили курение, злоупотребление алкоголем, дисгар-

монию в сексуальных отношениях, неудачи в делах, употребление некачественной пищи [17].

В рамках профилактической психиатрии обязательно учитываются ряд сложных, комплексных аспектов, определяющих взаимодействие индивида (в особенности, ребёнка) с его окружающей средой. К таким аспектам относятся:

1) экологический — многие люди проживают в заведомо неблагоприятной окружающей среде, в силу чего их адаптационные возможности оказываются резко снижены, что, в свою очередь, влияет на психическое здоровье (рост алкоголизма у коренных этносов Крайнего Севера, рост числа суицидов у жителей мегаполисов, психические расстройства у работников, связанных с экстремальными условиями труда, нарушения развития и социальных навыков у воспитанников детских домов и т.д.);

2) культуральный, этнологический и этнологический аспекты, включая аспекты современных субкультур, столь характерных для подросткового возраста, и функционирование внутри виртуальных кибернетических пространств (социальные сети, сетевые игры и т.д.);

3) роль патогенных и саногенных факторов в микроокружении, их патогенетическое и прогностическое значение.

Некоторые из названных выше параметров поддаются изучению, могут быть «взвешены и измерены», но многие предполагают лишь качественную оценку.

Важным фактором, вошедшим в профилактическую психиатрию из клинической медицины, является фактор, оценивающий состояния компенсации и декомпенсации. В рамках оценки общего состояния индивида оценивается не столько формальное состояние его психического здоровья, сколько его способности к полноценному психическому функционированию. В контексте детской и подростковой модели профилактики и реабилитации это приобретает следующие концептуальные формы «мишеней» для профилактической работы:

1. *Концепции развития-социализации.* Это основополагающее положение социальной психиатрии детского возраста, предполагающее, что:

1) дети и подростки, находящиеся в процессе психического и социального развития (усвоения социальных навыков) испытывают значительное, по последствиям сильно превышающее таковое у взрослых влияние окружающей социальной среды;

2) многие социальные факторы, нейтральные для взрослых, являются патогенными для детей и подростков (разлука с близкими, нахождение в условиях клиники или приюта, влияние микроокружения);

3) социальные факторы так же, как и биологические, могут вызывать нарушения развития — дизонтогенез [22];

4) ребёнок является не столько объектом воздействия, сколько субъектом взаимодействия с родителями, педагогами, врачами, другими детьми, обществом, в целом;

5) ведущим фактором формирования социальных навыков является семья — как среда, оптимальная для развития ребёнка;

6) нарушение процессов развития и социализации в силу внешних и внутренних причин позволяет выделять группы риска по формированию психических расстройств;

2. *Концепции психической дезадаптации.* Психическая дезадаптация носит, как правило, не тотальный, а парциальный, средовый характер. В определённых условиях ребёнок может быть адаптирован, успешен, в других — дезадаптирован, беспомощен. Причиной социальной дезадаптации являются социальные и биологические дистрессы [18] — депривационные (утрата родителей, близких; изъятие из привычной среды; ограничение в удовлетворении витальных потребностей и др.), связанные с эмоциональными потрясениями (сексуальное насилие, физическое насилие, угроза жизни и др.), связанные с хронической психотравмирующей обстановкой (в семье, в школе, в микроокружении). Таким образом, выстраивается цепочка: дистресс — дезадаптация — компенсаторные и гиперкомпенсаторные реакции — аномальное поведение [3, 8, 10, 14, 24];

3. *Концепции групп риска.* Под «группами риска» принято понимать большие контингенты детей, в которых в силу дистрессового воздействия значительно (по сравнению с популяцией) возрастает частота определённых психических расстройств. Рядом авторов описаны специфические психические расстройства в группах риска — прежде всего, депрессии, острые аффективные реакции, психогенные развития [3, 8, 11, 29, 30]. Но в группах риска в большей степени встречаются неспецифические патологические состояния — задержки интеллектуального развития и парциальное снижение интеллекта, стойкие изменения эмоционально-личностного реагирования, нарушения коммуникации, волевые расстройства, соматовегетативные реакции, неспецифические органические симптомы [2, 11, 25, 27]. Эти состояния трудно сопоставимы с определённым нозологическим или синдромальным диагнозом, однако они создают неблагоприятную «психопатологическую почву», реализуясь (в свой час) уже в форме клинически очерченных патологических состояний. На определённом этапе их «альтерированное воздействие проявляется вовне, обуславливая возникновение симптомов и синдромов и знаменуя переход болезни на качественно новый — клинический уровень» [9];

4. Концепции превентивного воздействия и реабилитации. Базируются на гуманистических принципах соблюдения прав ребёнка и включают общие программы (информирование детей, родителей, педагогов, специалистов правоохранительных органов; тренинговые программы взаимодействия, телефоны доверия и др.) и программы, ориентированные на определённую группу детей и подростков. Как правило [14—16], реабилитация включает в себя несколько этапов:

1) диагностику психических расстройств и факторов «патологической почвы»;

2) оказание специфической психофармакологической и психотерапевтической помощи с целью купирования острых состояний;

3) оказание неспецифической психокоррекционной и социально-реабилитационной помощи с формированием навыков социального взаимодействия и адаптации.

Разработаны сотни авторских реабилитационных программ [12, 24].

Говоря о «мишенях» профилактической работы, многие исследователи приводят целый спектр патологических и пограничных состояний, которые, будучи ассоциированы с внешним (стрессовым любого генеза) или внутренним (эндогенным) патологическим радикалом, могут провоцировать широкое разнообразие психических расстройств и вторичных по отношению к ним расстройств социальной адаптации и поведения (школьная неуспешность, бродяжничество, криминальное поведение и т.д.). Основное место в данном континууме традиционно отводится следующим состояниям:

1. Факторы риска и определяемые их воздействием группы риска (см. выше) — Ю.П. Лисицын [13] считал, что 50—55% риска возникновения патологии определяются стилем жизни индивида, 20—25% — это вклад неблагоприятных условий окружающей среды, 15—20% определяются конституцией, а 10—15% — успехами и неудачами оказания медицинской помощи;

2. Аномальные личностные реакции — совокупность форм аномального реагирования, сопровождающихся утратой приспособительного характера, ломкой ранее сформированных механизмов психической защиты, фиксацией на узком, ограниченном круге аффективных переживаний, утрата в дальнейшем связи с психотравмирующим фактором, «питание» за счёт внутреннего патологического ресурса, появление ригидных форм аномального реагирования, ассоциированных с тревогой, сопровождающихся функциональными соматическими и нейродинамическими сдвигами [19];

3. Акцентуации характера (в понимании К. Леонгарда и шире) — не достигающие психопатического уровня деформации личности «необычайные натуры» и «своеобразные личности» с преморбидной уязвимостью в плане переносимости ряда социально-психологических ситуаций;

4. Тревожные, тревожно-ригидные типы, с элементами психастении (в понимании П.Б. Ганнушкина), испытывающие перманентное напряжение, чувство угрозы, трудно меняющие внутреннюю программу деятельности. По сути, это личности, особенно склонные к формированию невротических реакций (снижение барьера адаптации, в понимании Ю.А. Александровского);

5. Лица, обнаруживающие склонность к аддиктивному поведению (в широком смысле) и формированию неэффективных копинг-стратегий.

При анализе описанных выше «мишеней» профилактики встаёт непростой вопрос: о какого рода профилактике должна идти речь? Данные состояния не могут быть однозначно отнесены ни к здоровью (тогда речь шла бы о первичной профилактике, применении сберегающих здоровье технологий), ни к патологии (тогда речь идёт, применительно к пограничным состояниям, о вторичной профилактике).

Таким образом, в условиях современной психиатрической помощи, в особенности детям и подросткам, представляется единственно возможным говорить о едином профилактическом континууме, обеспечивающем формирование устойчивой психической адаптации, обеспечивающей формирование предикторов здоровья, что достижимо лишь при полипрофессиональном, направленном, по сути, на превалирование профилактических и реабилитационных стратегий, подходе.

### Список литературы

1. Акройд П. Лондон. Биография. — М.: Изд-во Ольги Морозовой, 2009. — 896 с.
2. Алмазов Б.Н. Психическая средовая дезадаптация несовершеннолетних. — Свердловск: Вече, 1986. — 113 с.
3. Вострокнутов Н.В., Харитонов Н.К., Пережогин Л.О., Колосов В.П. Психопрофилактическая работа с несовершеннолетними, имеющими высокий риск наркотизации. Основы семейного консультирования: Методическое пособие. — М.: РИО ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2002. — 64 с.
4. Вострокнутов Н.В., Харитонов Н.К., Пережогин Л.О., Морозова Н.Б. Профилактика и реабилитация несовершеннолетних с психическими расстройствами и криминальной активностью: Пособие для врачей. — М.: РИО ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2004. — 84 с.
5. Гурович И.Я., Голланд В.Б., Зайченко Н.М. Динамика показателей деятельности психиатрической службы в России (1994—1999). — М., 2000.

6. Гурович И.Я., Голланд В.Б., Сон И.М. и др. Психиатрические учреждения России: показатели деятельности (1999—2006). — М.: Медпрактика-М, 2007. — 572 с.
7. Гурьева В.А., Вострокнутов Н.В., Макушкин Е.В. Социальные факторы и психические расстройства у детей и подростков // Руководство по социальной психиатрии. — М.: Медицина, 2001. — С. 117—135.
8. Гурьева В.А. Психогенные расстройства у детей и подростков. — М.: КРОН-ПРЕСС, 1996. — 208 с.;
9. Давыдовский И.В. Проблемы причинности в медицине. — М.: Медгиз, 1962. — 540 с.
10. Девятова О.Е. Семейная депривация и психические расстройства у детей. — М.: Барс, 2004. — 114 с.
11. Дмитриева Т.Н. Сравнительный анализ роли микросоциальных и биологических факторов в формировании и динамике девиантного поведения при различных патохарактерологических расстройствах у подростков // Охрана здоровья детей и подростков. Материалы IV конгресса педиатров России. Москва, 17—18 ноября 1998 г. — С. 140.
- Елисеев А.В. Расстройства психического развития в детско-подростковом возрасте: Дисс. на соискание учёной степени д.м.н. — Томск, 2006.
- Лисицын Ю.П. Санология — основа первичной профилактики // Вестник АМН СССР. — 1995. — №8. — С. 48—51.
12. Макушкин Е.В. Агрессивное криминальное поведение у детей и подростков с нарушенным развитием. — М.: МИА, 2009. — 240 с.
13. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия. — М.: Эксмо-Пресс, 2001. — 624 с.
14. Ремшмидт Х. Подростковый и юношеский возраст. Проблемы становления личности. — М.: Мир, 1994. — 320 с.
- Сабурова Л.А., Ушнурцев М.Ю. Влияние различных микросоциальных факторов на психическое здоровье населения // Вестник «Медицина для вас». — 1996. — №24. — С. 31.
15. Селье Г. Стресс без дистресса. — М.: Прогресс, 1979. — 123 с.
- Семке В.Я. Истерические состояния. — М.: Медицина, 1988. — 222 с.
- Семке В.Я. Экологическая психиатрия: настоящее и будущее // Социальная и клиническая психиатрия. — 1992. — Т. 2. — Вып. 3. — С. 19—22.
- Семке В.Я. Экологические проблемы современной психиатрии: региональные аспекты // Вестник РАМН. — 1994. — №2. — С. 12—17.
- Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. — М.: Медицина. Т. 1, 1955; Т. 2, 1959; Т. 3, 1965.
16. Фуко М. История безумия в классическую эпоху. — СПб.: Университетская книга, 1997. — 576 с.
- Шалимов В.Ф. Медико-социальная помощь детям младшего школьного возраста с пограничными психическими расстройствами: Дисс. на соискание учёной степени д.м.н. — М., 2007.
17. Шевченко Ю.С., Шагинян Н.Ю., Бармин В.В. Психосоциальные аспекты нежеланного материнства и раннего развития ребёнка // Социальная и клиническая психиатрия. — 2001. — №3. — С. 94—105.
18. Ясперс К. (1913) Общая психопатология. — М.: Практика, 1997. — 1056 с.
19. Andrews J.A., Capaldi D. Adolescent and family predictors of physical aggression and communication // Journal of Consulting & Clinical Psychology. — 2000. — Apr. — Vol. 68. — Issue 2. — P. 195—210.
20. Dover C.J., Le Couteur A. How to diagnose autism // Arch. Dis. Child. — 2007. — Vol. 92 (6). — P. 540—545.
21. Kaplan H.B., Lin, Cheng-Hsieng Deviant Identity as a Moderator of the Relation Between Negative Self-Feelings and Deviant Behavior // Journal of Early Adolescence. — 2000. — May. — Vol. 20. — Iss. 2. — P. 50—72.
22. Pound A., Puckering C. The impact of maternal depression on young children // Br. J. Psychother. — 1988. — Vol. 4. — P. 240—251.
23. Shattuck P.T., Durkin M., Maenner M. et al. Timing of identification among children with an autism spectrum disorder: findings from a population-based surveillance study // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. — 2009. — Vol. 48 (5). — P. 474—483.
24. Ware J.E. Standards for validating health / Definition and content // J. Chron. Diss. — 1987. — №6. — P. 473—483.
25. Williams J., Brayne C. Screening for autism spectrum disorders: what is the evidence? // Autism. — 2006. — Vol. 10 (1). — P. 11—35.

## Modern principles of prevention of mental disorders in children and teenagers

**VOSTROKNUTOV N.V.**

Dr. med. Sci., professor, Head of Department for social psychiatry of children and adolescents in Serbsky State Center for Social and Forensic Psychiatry

**PEREZHOGIN L.O.**

Dr. med. Sci., Department for social psychiatry of children and adolescents in Serbsky State Center for Social and Forensic Psychiatry;  
e-mail: dr-lev-perezhogin@yandex.ru

*In the article are analyzed modern patterns in prophylactic and rehabilitation of mental disorders in child and adolescents in context of main Russian and most impotent foreign concepts for child psychiatry.*

*Key words: children, adolescents, mental disorders, prophylaxis*