

© Осипова Н.Н., Беглянкин Н.И., Барденштейн Л.М.,
Дмитриева Е.В., 2022

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

УДК 616.89-02-053

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-2-42-50>

Симптомы аффективного регистра в дебюте психических расстройств в подростковом возрасте

Наталья Николаевна Осипова¹, Николай Игоревич Беглянкин¹, Леонид Михайлович Барденштейн¹, Елена Владимировна Дмитриева²

¹ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

²ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Смоленск, Россия

Автор для корреспонденции: Наталья Николаевна Осипова, natinen@yandex.ru

Резюме

Обоснование: психические заболевания различного генеза нередко дебютируют в подростковом возрасте аффективными расстройствами. Признаются патофизиологическое влияние возрастного фактора на клинко-психопатологические особенности этих нарушений и одновременно значительные трудности однозначной нозологической оценки. **Целью** настоящего исследования было изучение структуры психических расстройств с симптомами аффективного регистра у подростков, впервые обратившихся за психиатрической помощью. **Пациенты и метод:** были обследованы 120 подростков (средний возраст $17,1 \pm 2,37$ года), впервые обратившиеся за психиатрической помощью в ПНД в период с 2020 по 2021 г. с преобладанием симптомов аффективного регистра. В исследовании применялись клинко-психопатологический и статистический методы. **Результаты:** у всех респондентов до момента обращения за психиатрической помощью выявлены инициальные симптомы, средний возраст появления которых составил $14,53 \pm 3,18$ года. Среди этих симптомов преобладали снижение настроения, раздражительность, эмоциональная лабильность. Выявленные на инициальном этапе, они сохранялись до момента обращения за психиатрической помощью и были причиной нарушения социальной адаптации: снижения успеваемости у 52 пациентов (42,28%), пропусков школьных занятий в 44 случаях (35,77%), сужения круга интересов в 17 наблюдениях (13,82%) и конфликтности у 11 пациентов (8,94%). Вместе с тем заметные для самих подростков и их родителей психопатологические симптомы не становились поводом для обращения за помощью и в большинстве случаев расценивались как признаки пубертатного криза. В распределении диагнозов психических расстройств (по МКБ-10) при первом обращении подростков за психиатрической помощью преобладали расстройства настроения (F30–F39; 48,5%) и невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40–F49; 25%). **Выводы:** психические расстройства, прежде всего аффективные заболевания, дебютирующие в подростковом возрасте, имеют продромальный период, который часто интерпретируется как пубертатный криз. Недооценка инициальных проявлений аффективной патологии, несмотря на наличие существенных проблем социальной адаптации, может приводить к несвоевременности терапевтического вмешательства, повышает риск утяжеления клинической картины заболевания и его хронификации. Полученные данные свидетельствуют о необходимости тщательной дифференциальной диагностики инициальных проявлений психических расстройств, последующего клинко-динамического наблюдения и лечения.

Ключевые слова: аффективные расстройства, подростки, продромальный период, пубертатный криз

Для цитирования: Осипова Н.Н., Беглянкин Н.И., Барденштейн Л.М., Дмитриева Е.В. Симптомы аффективного регистра в дебюте психических расстройств в подростковом возрасте. *Психиатрия*. 2022;20(2):42–50. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-2-42-50>

RESEARCH

UDC 616.89-02-053

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-2-42-50>

Symptoms of Affective Register as an Onset of Mental Disorders in Adolescents

Natalya N. Osipova¹, Nikolay I. Beglyankin¹, Leonid M. Bardenshteyn¹, Elena V. Dmitrieva²

¹Department of Psychiatry and Narcology, Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia

²Department of Physics, Mathematics and Medical Informatics, Smolensk State University of Medicine of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Smolensk, Russia

Corresponding author: Natalya N. Osipova, natinen@yandex.ru

Summary

Background: mental disorders of different origin often begin with affective symptoms. The influence of adolescence is recognized and concerns psychopathological manifestations following diagnostics difficulties. **The aim** of the study was to investigate the structure of mental disorders with symptoms of affective disorder in adolescents firstly admitted for psychiatric

advice. **Patients and method:** the study involved 120 adolescents (aged 17.1 ± 2.37) who became patients of the psychoneurological dispensary for the first time in 2020–2021 due to affective register symptoms. The clinical, psychopathological and statistical methods were used in the study. **Results:** all respondents had initial symptoms before seeking psychiatric help, the average age of occurrence of which was 14.5 ± 33.18 years. Among the initial manifestations, a decrease in mood, irritability, and emotional lability predominated. Symptoms detected at the initial stage, persisted until the moment of seeking psychiatric help, and were the cause of the violation of social adaptation: a decrease in academic performance in 52 cases (42.28%), school absences in 44 patients (35.77%), narrowing of the range of interests in 17 (13.82%) and conflicts in 11 (8.94%) cases. At the same time, psychopathological symptoms noticed by the adolescents themselves and their parents were not a reason to seek help and, in most cases, were considered as manifestations of the puberty crisis. At the first request of teenagers for psychiatric help, mood disorders (F30–F39) — 48,5%, neurotic, stress-related and somatoform disorders (F40–F49) — 25% dominated in the structure of diagnoses, according to ICD-10. **Conclusions:** mental disorders, including affective pathology, debuting in adolescence, can have a prodromal period and be often misinterpreted as a puberty crisis. The symptoms of affective disorder in adolescence differ in polymorphism and can lead to a variety of diagnoses. Underestimation of initial preclinical manifestations of affective pathology, despite significant difficulties in social adaptation, can result in untimely therapeutic intervention, severe clinical manifestations and conversion of the diseases into a chronic course. The obtained data confirm the need for a thorough differential diagnosis of initial manifestations of mental disorders, subsequent clinical and follow up care and proper treatment.

Keywords: affective disorders, adolescents, prodromal period, puberty crisis

For citation: Osipova N.N., Beglyankin N.I., Bardenshteyn L.M., Dmitrieva E.V. Symptoms of Affective Register as an Onset of Mental Disorders in Adolescents. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2022;20(2):42–50. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-2-42-50>

ВВЕДЕНИЕ

Симптомы аффективного регистра часто выступают в качестве ведущих клинических проявлений широкого круга психических расстройств аффективного, шизофренического, невротического и других спектров, дебютирующих в подростковом возрасте [1]. В исследованиях отечественных и зарубежных ученых подчеркивается значительная неоднородность, атипичность и полиморфизм клинической картины психических заболеваний на инициальных этапах их развития, в том числе обусловленные патопластическим влиянием фактора подросткового возраста [2, 3]. Указанные особенности существенно затрудняют нозологическую квалификацию симптомов и, как следствие, адекватное и своевременное лечение.

Среди аффективных заболеваний наиболее распространённым является биполярное аффективное расстройство (БАР) [4]. Биполярное расстройство — хроническое психическое заболевание, проявляющееся эпизодами депрессии, мании, смешанными состояниями, часто приводящее к инвалидизации работоспособного населения [5]. БАР представляет собой многокомпонентное заболевание, поскольку включает не только эпизоды расстройств настроения, но и широкий спектр коморбидной психической и соматической патологии [6]. Манифестация заболевания в подростковом возрасте связана с неблагоприятным прогнозом течения БАР и частыми осложнениями (суицидальное поведение, злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ) и др.) [7].

В России БАР диагностируется реже по сравнению с другими странами. Согласно эпидемиологическим данным (Казаковцев Б.А. и соавт., 2019) [8], распространённость БАР в России в 2017 г. составила всего 0,009%, тогда как в зарубежных исследованиях этот показатель превышает 1–2% (Rowland T.A., Marwaha S., 2018) [9].

По мнению исследователей, выявление продромальных и ранних симптомов заболевания имеет значение для своевременного вмешательства. Тем не менее продромальные симптомы часто недооцениваются, интерпретируются как субклинические, несмотря на значительные нарушения социального функционирования [10, 11].

В современных подходах к изучению клинико-динамических характеристик БАР некоторые авторы выделяют определенные стадии развития заболевания [12–15]. Так, R. Post (2016) предлагает рассматривать стадию продромальных проявлений, в которой симптомы могут быть гомотипичными (схожими с симптомами основного заболевания; например перепады настроения) и гетеротипичными (например, тревога, нарушения поведения, гиперактивность, злоупотребление ПАВ) [14, 15]. Определение стадий развития болезни может обосновывать динамический подход к диагностике симптомов, наблюдению за их трансформацией и возможной прогностической ценностью.

Продромальные и ранние признаки болезни являются чаще ретроспективно, что приводит к задержке лечения. В США при обследовании пациентов с диагнозом БАР было установлено, что 25% пациентов перенесли первый эпизод в возрасте до 13 лет, 63–69% в возрасте до 19 лет [16–18]. В исследовании R. Merikangas и соавт. (2010) отмечено, что только 20% подростков в возрасте 13–18 лет с диагнозом биполярного расстройства получали лечение [19].

В другом исследовании указывается, что развитие БАР чаще всего постепенное, а не внезапное, средняя продолжительность продромального периода составляет от 23,1 до 27,1 месяца. У 30% пациентов, страдающих БАР, продромальная фаза характеризовалась субъективным ощущением напряжения. Среди других симптомов продромального периода отмечены проявления тревоги (87%) и раздражительности (6%), а также снижение работоспособности, усталость, трудности засыпания и ранние пробуждения [20].

В процессе ранней и дифференциальной диагностики БАР исследователи рекомендуют обращать внимание на отягощенную аффективным расстройством наследственность, ранний (подростковый) возраст начала заболевания, циклотимический темперамент, рецидивы болезни. Также указывается на течение депрессии с выраженным возбуждением, агрессивностью, нарушениями сна, раздражительностью. Кроме того, отмечают смешанные эпизоды, клиническое ухудшение состояния во время лечения антидепрессантами, суицидальные мысли и поступки, злоупотребление психоактивными веществами, быстрое присоединение коморбидной патологии [21–23]. В исследовании F. Benazzi, H. Akiskal (2004) биполярная депрессия с раздражительностью имела более раннее начало, высокие показатели коморбидности, а также наследственную отягощенность, чаще при БАР II типа [24].

Изучение хронологической последовательности возникновения коморбидных состояний также может способствовать ранней диагностике БАР. По мнению исследователей, большинство коморбидных расстройств возникает задолго до дебюта основного заболевания. В исследованиях E.A. Frazier и соавт. (2020) изучались коморбидные расстройства, предшествовавшие БАР. Было выявлено, что злоупотребление алкоголем и каннабисом чаще встречалось у мужчин до развития БАР, в то время как тревожные расстройства и расстройства пищевого поведения предшествовали БАР у женщин [25]. Было выявлено, что пациенты с диагнозом БАР имеют повышенный риск развития расстройств пищевого поведения (РПП). По мнению C.E. McDonald, S.L. Rossel, A. Phillipou (2019), патология приема пищи может возникать в сочетании с БАР из-за общих патофизиологических механизмов, связанных с дисрегуляцией эмоций и импульсивностью. Авторы указывают, что в процессе диагностики РПП должна присутствовать настороженность в отношении аффективной патологии [26].

Трудности ранней диагностики БАР также связаны с высокой степенью коморбидности с другими психическими заболеваниями, в большей степени тревожного спектра (паническое расстройство, социофобия, генерализованное тревожное расстройство и др.). Кроме того, в качестве коморбидной патологии часто выступают расстройства, вызванные злоупотреблением психоактивными веществами, что вносит значительный полиморфизм в клиническую картину, особенно в подростковом возрасте [27].

Несмотря на выявляемые клиницистами продромальные признаки и ранние симптомы БАР, только с течением времени они оформляются в клиническую картину заболевания, на основании которой может быть поставлен диагноз в соответствии с критериями международных классификаций болезни. Данное обстоятельство подтверждает необходимость дальнейшего комплексного изучения диагностических подходов на продромальном и клиническом этапах болезни.

Цель настоящего исследования — изучение структуры клинических проявлений дебюта психических расстройств с симптомами аффективного регистра у подростков.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Были обследованы 120 подростков, впервые обратившихся за психиатрической помощью в период с 2020 по 2021 г., с симптомами аффективного регистра. Средний возраст пациентов составил $17,1 \pm 2,37$ года. Исследование проводилось на базе психоневрологического диспансера (ПНД). **Критерии включения:** первое обращение за психиатрической помощью, наличие в жалобах пациентов и в информации, полученной от родителей, описаний симптомов нарушения настроения. **Критерии невключения:** умственная отсталость, психотические состояния.

Всеми респондентами и/или их родителями подписано письменное информированное согласие на обследование. Исследование проводилось с соблюдением прав, интересов и личного достоинства участников в соответствии с Хельсинкской декларацией Всемирной медицинской ассоциации 1964 г., пересмотренной в 2013 г., и было одобрено Локальным этическим комитетом (протокол № 10–21 Межвузовского комитета по этике от 25.11.2021 г.).

Методы исследования: клинико-психопатологический, статистический.

Статистическая обработка данных включала методы описательной статистики. Построение доверительного интервала 95% ДИ проводилось по формуле для долей и частот методом Вальда. Решение о количестве факторов принималось на основании наибольшего объяснения дисперсии выборки. Статистический анализ результатов выполнен в Microsoft Excel 16 с использованием надстроек «Анализ данных» и AtteStat 12.0.5.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ анамнестических сведений выявил в 38,3% случаев наследственную отягощенность психическими расстройствами, среди которых преобладали злоупотребление алкоголем (14,1%), депрессии (6,6%), суицидальное поведение (4,2%), шизофрения (4,2%), расстройства личности (2,5%). Структура отягощенной наследственности представлена в табл. 1.

Нарушения психического развития в анамнезе обнаружены у 43 (35,8%) обследованных подростков. Выявлены отклонения в психическом развитии (задержка развития речи), протекании детских возрастных кризов (детские страхи, гиперактивность, энурез, заикание), особенности структуры личности (тревожность, застенчивость, замкнутость, демонстративность, эгоцентризм, упрямство). Эти данные представлены в табл. 2.

Во всех случаях вышеуказанные особенности развития не становились поводом для обращения

Таблица 1. Структура отягощенной наследственности у подростков, впервые обратившихся за психиатрической помощью**Table 1.** Structure of hereditary factors in adolescents seeking for psychiatric advice for the first time

Заболевания/Disorders	Абсолютное число/ Absolute value	Относительное число/ Relative value (%)	95% ДИ/Confidence interval
Злоупотребление алкоголем и другими ПАВ/Alcohol and other psychoactive agents abuse	17	14,1	10,92–17,28
Депрессия/Depression	8	6,6	4,33–8,87
Суицидальное поведение/Suicidal behavior	5	4,2	2,37–6,03
Шизофрения/Schizophrenia	5	4,2	2,37–6,03
Расстройства личности/Personality disorders	3	2,5	1,07–3,93
Невротические расстройства/Neurotic disorders	3	2,5	1,07–3,93
Биполярное аффективное расстройство/Bipolar disorder	2	1,6	0,45–2,75

Таблица 2. Особенности психического развития**Table 2.** Features of mental development

Особенности развития/Features of mental development, n = 120	Абсолютное число/ Abs.	Относительное число/ Relative value (%)	95% ДИ/Confidence interval
Активность, общительность/Activity and sociability	43	45,74	40,61–50,88
Замкнутость, отгороженность/Isolation	17	18,09	14,12–22,05
Застенчивость/Timidity	13	13,83	10,27–17,39
Демонстративность/Demonstrativeness	11	11,70	8,39–15,02
Задержки речевого развития/Delayed speech development	10	10,64	7,46–13,82
Тревожность/Anxiety	10	10,64	7,46–13,82
Гиперактивность/Hyperactivity	8	8,51	5,63–11,39
Эгоцентризм/Egocentricity	8	8,51	5,63–11,39
Упрямство/Stubbornness	7	7,45	4,74–10,15
Нарушения сна/Sleep disturbances	6	6,38	3,86–8,90
Нарушения поведения/Behavioral disorders	4	4,26	2,17–6,34
Детские страхи/Children's fears	3	3,19	1,38–5,00
Энурез/Enuresis	3	3,19	1,38–5,00
Заикание/Stutter	1	1,06	0,01–2,12

за психиатрической помощью и не приводили к дезадаптации в семье и детском коллективе.

Анализ анамнестических сведений до момента обращения за психиатрической помощью выявил, что средний возраст начала появления отдельных психопатологических симптомов составил $14,53 \pm 3,18$ года. Данные представлены в табл. 3.

Из данной таблицы видно, что среди инициальных проявлений преобладающими по частоте были снижение настроения (61,79%), раздражительность (59,35%), гиперсомния (35,77%), повышенная утомляемость (34,15%), перепады настроения (34,15%), тревога (32,52%). Указанные симптомы приводили к нарушениям социальной адаптации — снижению успеваемости в 42,28% ($n = 52$), пропускам школьных занятий в 35,77% ($n = 44$), сужению круга интересов в 13,82% ($n = 17$), конфликтности в 8,94% случаев ($n = 11$). Вместе с тем заметные для самих подростков и их родителей психопатологические симптомы не были поводом для обращения за психиатрической помощью и в большинстве случаев расценивались как проявления пубертатного криза.

Следующим этапом исследования стало изучение структуры жалоб аффективного спектра подростков и их родителей при первом обращении за психиатрической помощью. Была произведена интервальная оценка выявленных признаков на основании параметров частоты встречаемости. Данные представлены в табл. 4.

Из таблицы видно, что при первом обращении в качестве жалоб пациентов и их родителей выступали симптомы, идентичные инициальным проявлениям. Выявленные симптомы сохранились с момента их появления в более раннем возрасте, усилились и выступили в качестве причины для обращения за психиатрической помощью.

С наибольшей частотой (13,4–16,0) встречались такие симптомы, как снижение настроения (79,4%), сужение круга интересов (74,1%), нарушения сна (72,9%), замкнутость (56,5%). Гипотимия на начальных этапах имела ситуативно обусловленный характер, чаще всего связанный со взаимоотношениями с родителями и сверстниками. Снижение интересов обнаруживалось в отношении к обучению в школе, отказе от посещений

Таблица 3. Частота встречаемости инициальных симптомов до первого обращения за психиатрической помощью
Table 3. Prevalence of initial symptoms before the first visit to a psychiatrist

	Жалобы/симптомы/Complaints/symptoms, n = 120	Абсолютное число/Abs.	Относительное число/Relative value (%)	95% Доверительный интервал/Confidence interval
1	Снижение настроения/Mood decline	76	61,79	57,41–66,17
2	Раздражительность/Irritability	73	59,35	54,92–63,78
3	Гиперсомния/Hypersomnia	44	35,77	31,45–40,09
4	Повышенная утомляемость/Early fatigue	42	34,15	29,87–38,42
5	Перепады настроения/Mood swings	42	34,15	29,87–38,42
6	Тревога/Anxiety	40	32,52	28,30–36,74
7	Заторможенность/Inhibition	32	26,02	22,06–29,97
8	Телесные самоповреждения/Self-harming	31	25,20	21,29–29,12
9	Нарушения сна недифференцированные/ Undifferentiated sleep disorders	28	22,76	18,98–26,55
10	Неуверенность в себе/Self-doubt	18	14,63	11,45–17,82
11	Снижение интереса/Narrowing of interests	17	13,82	10,71–16,93
12	Расстройства пищевого поведения/Eating disorders	16	13,01	9,97–16,04
13	Суицидальные мысли/Suicidal thoughts	12	9,76	7,08–12,43
14	Употребление психоактивных веществ/Psychoactive substances use	8	6,50	4,28–8,73
15	Замкнутость/Isolation	6	4,88	2,94–6,82
16	Суицидальные попытки/Suicidal attempts	5	4,07	2,28–5,85
17	Недовольство своей внешностью/Dissatisfaction with body appearance	5	12,20	9,24–15,15
18	Подъемы настроения/Mood elation	4	3,25	1,65–4,85
19	Нарушение полоролевого поведения/Gender-role disturbances	3	2,44	1,05–3,83

Примечание: 95% доверительный интервал — 95% доверительный интервал экстенсивного показателя частоты встречаемости отдельных симптомов, $p < 0,05$.

Note: 95% Confidence interval — 95% confidence interval of the extensive rate of occurrence of individual symptoms, $p < 0.05$.

дополнительных занятий в кружках и секциях. Нарушения сна на начальных этапах носили эпизодический характер и проявлялись трудностями при засыпании, частыми пробуждениями. Замкнутость выражалась в ограничении привычного круга общения, включая близких, уединении, предпочтении одиночества.

Следующими по частоте (8,2–10,8) выявлялись повышенная утомляемость (54,0%), которая часто приводила к снижению успеваемости (46,8%), пропускам школьных занятий (52,1%) вплоть до перехода на домашнее обучение, а также недовольство своей внешностью (48,0%), тревога (46,1%), раздражительность (46,1%).

Кроме того, отмечались (5,6–8,2) перепады настроения (39,9%), гиперсомния (39,8%), телесные самоповреждения (39,7%), нарушения пищевого поведения (38,9%), снижение двигательной активности (36,0%). Перепады настроения отчетливо выступали в качестве жалоб как со стороны подростков, так и их родителей. Подростки описывали их как резкие смены настроения по незначительным причинам. Спады настроения сопровождались чувством отчаяния, безысходности, часто с нанесением телесных самоповреждений (39,7%). Самоповреждающее поведение в начале возникновения носило импульсивный характер, в дальнейшем

становилось привычным при незначительном психическом напряжении с последующим облегчением состояния после нанесения самоповреждения. Чаще подростки наносили себе поверхностные порезы с помощью лезвия в области мест, закрытых одеждой (бедро, плечи, живот), в дальнейшем сожалели об этом, скрывали их от родителей. Подъемы настроения проявлялись повышением активности, расширением круга знакомых, появлением новых хобби, желанием общаться, переживанием влюбленности и чувства восторга.

Возникновение нарушений пищевого поведения (38,9%) подростки чаще связывали с имеющимся лишним весом и недовольством своей внешностью. Они начинали ограничивать калорийность принимаемой пищи, вплоть до полного отказа от нее. В некоторых случаях аноректическое поведение было поводом для обращения за помощью к психологам. Также в клинической картине отмечались проявления булимического поведения: усиление аппетита, импульсивное переедание с последующим вызыванием рвоты, предпочтение богатой углеводами пищи. Снижение двигательной активности (36,0%) проявлялось субъективным чувством тяжести во всем теле, подростки залеживались в постели, большую часть времени проводили за гаджетами, не поддерживали порядок в комнате, игнорировали

Таблица 4. Интервальная оценка средних значений частоты встречаемости жалоб аффективного спектра при первом обращении за психиатрической помощью**Table 4.** Intervals to assess mean values of incidence of affective spectrum complaints on the first visits to a psychiatrist

Интервалы средних значений частоты встречаемости признаков/жалоб/ Incidence of signs/complaints (intervals of mean values)	Признаки/жалобы, вошедшие в интервал/Signs/complaints within the interval	Абсолютная частота встречаемости признаков/жалоб/ Incidence of signs/complaints (absolute values)	Относительная частота встречаемости признаков/жалоб/ Incidence of signs/complaints (relative values)
13,4–16,0	Снижение настроения/Mood decline	16,00	79,4
	Снижение интересов/Narrowing the range of interests	14,80	74,1
	Нарушения сна/Sleep disorders (unspecified) (неуточненные)	14,40	72,9
10,8–13,4	Замкнутость/Isolation	13,00	56,5
8,2–10,8	Повышенная утомляемость/Early fatigue	10,0	54,0
	Отказ посещать школу/Refusal to attend school	9,8	52,1
	Недовольство своей внешностью/Dissatisfaction with body appearance	9,8	48,0
	Снижение школьной успеваемости/Academic impairment	9,6	46,8
	Тревога/Anxiety	8,8	46,1
	Раздражительность/Irritability	8,60	46,1
	Неуверенность в себе/Self-doubt	8,20	45,2
	Перепады настроения/Mood swings	8,0	39,9
	Гиперсомния/Hypersomnia	7,4	39,8
	Телесные самоповреждения/Self-harming	7,8	39,7
5,6–8,2	Снижение аппетита/Poor appetite	7,2	38,9
	Снижение двигательной активности/Decreased motor activity	6,4	36,0
	Конфликтность/ Conflicts	6,8	32,1
	Пропуски школьных занятий/Truancy	4,4	30,0
	Фобии/Phobias	3,8	30,0
	Суицидальное поведение/Suicidal behavior	4,0	26,5
	Панические атаки/Panic attacks	3,6	24,8
	Дисморфофобические симптомы/Dysmorphophobic symptoms	2,6	19,6
	Деперсонализационные симптомы/Depersonalization symptoms	3,0	14,7
	Повышенная отвлекаемость/Increased distraction	2,8	13,9
0,4–3,0	Нарушения пищевого поведения/Eating disorders	2,6	13,2
	Повышение активности/Hyperactivity	2,0	11,2
	Повышенная разговорчивость/Increased talkativeness	1,6	9,2
	Нарушение полоролевого поведения/Gender-role disturbances	0,8	6,4
	Рискованное поведение/Risky behavior	1,2	4,8
	Употребление ПАВ/Psychoactive agents abuse	1,0	3,7
	Снижение потребности во сне/Reduced need for sleep	1,2	3,5
	Боли различной локализации/Pains of various localization	0,4	3,2
	Повышение сексуальной активности/Increased sexual activity	0,4	2,0

гигиенические процедуры. Немного реже выявлялись панические атаки (24,8), суицидальное поведение (26,5%).

Данные показатели свидетельствуют о прогрессировании психопатологической симптоматики с момента ее появления на инициальном этапе, что не позволяет интерпретировать их как транзиторные реакции пубертатного возраста, а более обоснованно расценивать как течение патологического процесса.

В диагностическом распределении (согласно МКБ-10) при первом обращении подростков за психиатрической помощью преобладали расстройства настроения (F30–F39) — в 48,5% случаев, невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40–F49) — в 25%. Более редко выявлялись органические, включая симптоматические психические, расстройства (F00–F09) — в 14,1% наблюдений, шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства

(F20–F29) — в 6,6% случаев. Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F50–F59), встречались в 4,2%, эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте (F90–F99), — в 1,6%.

Таким образом, среди психических расстройств у подростков при первом обращении за психиатрической помощью преобладали расстройства настроения. Тем не менее неспецифические симптомы аффективного регистра присутствовали и при других нозологических формах, что требовало тщательной дифференциальной оценки.

В отечественной психиатрии имеется концепция патологического пубертатного криза с соответствующими критериями диагностики. В МКБ-10 указанная диагностическая категория отсутствует, однако сохраняется проблема диагностической оценки расстройств, манифестирующих в подростковом возрасте, которая не теряет клинической актуальности в связи с дальнейшим прогрессированием симптомов пубертатного криза и их трансформацией в клинически завершённые синдромы различных нозологических групп [28, 29].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Психические расстройства, прежде всего аффективные заболевания с дебютом в подростковом возрасте, имеют продромальный период, который часто интерпретируется как пубертатный криз и в большинстве случаев не становится поводом для обращения за психиатрической помощью. Симптомы аффективного регистра в подростковом возрасте отличаются полиморфизмом и могут приводить к неоднозначной диагностической интерпретации. Нозологическая неспецифичность выявленных аффективных инициальных проявлений, высокая вероятность их встречаемости в структуре заболеваний аффективного и иного спектра (невротического, шизофренического и др.) требуют тщательной катamnестической верификации. Недооценка инициальных проявлений аффективной патологии, несмотря на существенные проблемы социальной адаптации, может выступать в качестве причины несвоевременности терапевтического вмешательства, утяжеления клинических проявлений и хронификации заболевания. Полученные данные свидетельствуют о необходимости тщательной дифференциальной диагностики инициальных проявлений психических расстройств с пубертатным кризом, другими психическими заболеваниями и последующего клинко-динамического наблюдения и лечения.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Каледа ВГ, Мигалина ВВ. Хронические эндогенные депрессии юношеского возраста. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2021;121(5–2):19–26. doi: [10.17116/jnevro202112105219](https://doi.org/10.17116/jnevro202112105219)
2. Омельченко МА, Каледа ВГ. Возможности выделения клинических маркеров риска развития шизофрении. Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению: Сборник тезисов, Санкт-Петербург, 15–18 мая 2021 года. Санкт-Петербург. 2021:2211–2212.
Omelchenko MA, Kaleda VG. Vozmozhnosti vydeleniya klinicheskikh markerov riska razvitiya shizofrenii. Interdisciplinarnyj podhod k komorbidnosti psichicheskikh rasstrojstv na puti k integrativnomu lecheniyu: Sbornik tezisov, Saint Petersburg, 15–18 maya 2021 goda. Saint Petersburg. 2021:2211–2212. (In Russ.).
3. Baldessarini RJ, Tondo L, Vázquez GH. Pharmacological treatment of adult bipolar disorder. *Mol Psychiatry*. 2019;24(2):198–217. doi: [10.1038/s41380-018-0044-2](https://doi.org/10.1038/s41380-018-0044-2)
4. Hayes JF, Miles J, Walters K, King M, Osborn DP. A systematic review and meta-analysis of premature mortality in bipolar affective disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 2015;131(6):417–425. doi: [10.1111/acps.12408](https://doi.org/10.1111/acps.12408)
5. Ösby U, Westman J, Hällgren J, Gissler M. Mortality trends in cardiovascular causes in schizophrenia, bipolar and unipolar mood disorder in Sweden 1987–2010. *Eur J Public Health*. 2016;26(5):867–871. doi: [10.1093/eurpub/ckv245](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv245)
6. Dickerson F, Origoni A, Schroeder J, Adamos M, Katsafanas E, Khushalani S, Savage CLG, Schweinfurth LAB, Stallings C, Sweeney K, Yolken R. Natural cause mortality in persons with serious mental illness. *Acta Psychiatr Scand*. 2018;137(5):371–379. doi: [10.1111/acps.12880](https://doi.org/10.1111/acps.12880)
7. Chen TY, Kamali M, Chu CS, Yeh CB, Huang SY, Mao WC, Lin PY, Chen YW, Tseng PT, Hsu CY. Divalproex and its effect on suicide risk in bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis of multinational observational studies. *J Affect Disord*. 2019;245:812–818. doi: [10.1016/j.jad.2018.11.093](https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.093)
8. Kazakovtsev BA, Demcheva NK, Yazdovskaya AV, Sidoryuk OV. Psychiatric assistance to the population of the Russian Federation in 2017. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=37088247&> (accessed 9.3.20).
9. Rowland TA, Marwaha S. Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2018;8:251–269. doi: [10.1177/2045125318769235](https://doi.org/10.1177/2045125318769235)
10. Birmaher B. Four-year longitudinal course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders: the Course and Outcome of Bipolar Youth (COBY) study. *Am J Psychiatr*. 2009;166(7):795–804.
11. Findling RL, Jo B, Frazier TW, Youngstrom EA, Demeeter CA, Fristad MA, Horwitz SM. The 24-month

- course of manic symptoms in children. *Bipol Disord*. 2013;15(6):669–679.
12. Berk M, Post R, Ratheesh A, Gliddon E, Singh A, Vieta E. Staging in bipolar disorder: from theoretical framework to clinical utility. *World Psychiatry*. 2017;16(3):236–244.
 13. Kapczinski F, Dias VV, Kauer-Sant’Anna M, Brietzke E, Vázquez GH, Vieta E, Berk M. The potential use of biomarkers as an adjunctive tool for staging bipolar disorder. *Prog Neuro-Psychopharmacol and Biol Psychiatry*. 2009;33(8):1366–1371.
 14. Post RM. Clinical staging in bipolar disorder: a historical perspective. *Neuroprogression and Staging in Bipolar Disorder*. 2015;2:1–16.
 15. Post RM. The new news about lithium: an underutilized treatment in the United States. *Neuropsychopharmacology*. 2018;43(5):1174–1179. doi: [10.1038/npp.2017.238](https://doi.org/10.1038/npp.2017.238)
 16. Etain B, Lajnef M, Bellivier F, Mathieu F, Raust A, Cochet B, Henry C. Clinical expression of bipolar disorder type I as a function of age and polarity at onset: convergent findings in samples from France and the United States. *J Clin Psychiatry*. 2012;73(4):561–566.
 17. Perlis RH, Miyahara S, Marangell LB, Wisniewski SR, Ostacher M, DelBello MP. Long-term implications of early onset in bipolar disorder: data from the first 1000 participants in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Biol Psychiatry*. 2004;55(9):875–881. doi: [10.1016/j.biopsych.2004.01.022](https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.01.022)
 18. Post RM, Altshuler LL, Kupka R, McElroy SL, Frye MA, Rowe M, Nolen WA. More childhood onset bipolar disorder in the United States than Canada or Europe: Implications for treatment and prevention. *Neurosci Biobehav Rev*. 2017;4:204–213. doi: [10.1016/j.neubiorev.2017.01.022](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.01.022)
 19. Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, Swendsen J. Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49(10):980–989.
 20. Fava GA, Tossani E. Prodromal stage of major depression. *Early Interv Psychiatry*. 2007;1(1):9–18. doi: [10.1111/j.1751-7893.2007.00005.x](https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2007.00005.x)
 21. Bardenshteyn L, Slavgorodsky Ya, Beglyankin N, Kekelidze D, Aleshkina G. PS62. Early recognition of bipolar depression. *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2016;19:21–22. doi: [10.1093/ijnp/pyw043.062](https://doi.org/10.1093/ijnp/pyw043.062)
 22. Vöhringer PA, Perlis RH. Discriminating between bipolar disorder and major depressive disorder. *Psychiatr Clin N Am*. 2016;39(1):1–10. doi: [10.1016/j.psc.2015.10.001](https://doi.org/10.1016/j.psc.2015.10.001)
 23. Zimmerman M. Screening for bipolar disorder with self-administered questionnaires: a critique of the concept and a call to stop publishing studies of their performance in psychiatric samples. *Depress Anxiety*. 2017;34(9):779–785. doi: [10.1002/da.22644](https://doi.org/10.1002/da.22644)
 24. Benazzi F, Akiskal H. Irritable-hostile depression: further validation as a bipolar depressive mixed state. *J Affect Disord*. 2005;84(2–3):197–207. doi: [10.1016/j.jad.2004.07.006](https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.07.006)
 25. Frazier EA, Hunt JJ, Hower H, Jones RN, Birmaher B, Strober M, Goldstein BI, Keller MB, Goldstein TR, Weinstock LM, Dickstein DP, Diler RS, Ryan ND, Gill MK, Axelson D, Yen S, Loftus J, Scott J, Vorspan F, Ickick R, Henry C, Gard S, Kahn JP, Leboyer M, Bellivier F, Etain B. Psychiatric comorbidities in bipolar disorders: An examination of the prevalence and chronology of onset according to sex and bipolar subtype. *J Affect Disord*. 2020;267:258–263. doi: [10.1016/j.jad.2020.02.035](https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.02.035)
 26. McDonald CE, Rossell SL, Phillipou A. The comorbidity of eating disorders in bipolar disorder and associated clinical correlates characterised by emotion dysregulation and impulsivity: a systematic review. *J Affect Disord*. 2019;259:228–243. doi: [10.1016/j.jad.2019.08.070](https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.070)
 27. Baldessarini RJ, Tondo L, Visioli C. First-episode types in bipolar disorder: predictive associations with later illness. *Acta Psychiatr Scand*. 2014;129(5):383–392.
 28. Гурьева ВА. К систематике пубертатной психопатологии. В кн.: Современные проблемы подростковой общей и судебной психиатрии. М. 1987:3–12.
 - Гурьева ВА. К систематике пубертатной психопатологии. В кн.: Современные проблемы подростковой общей и судебной психиатрии. М. 1987:3–12. (In Russ.).
 29. Музыченко ЕН, Вандыш ВВ. Возрастная динамика психических расстройств подросткового возраста (по данным судебно-психиатрической экспертизы). *Бехтеревские чтения: Сб. науч. тр.* СПб.; Киров. 2003:105–108.
 - Музыченко ЕН, Вандыш ВВ. Возрастная динамика психических расстройств подросткового возраста (по данным судебно-психиатрической экспертизы). *Бехтеревские чтения: Сб. науч. тр.* СПб.; Киров. 2003:105–108. (In Russ.).

Сведения об авторах

Наталья Николаевна Осипова, кандидат медицинских наук, кафедра психиатрии и наркологии, ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-8034-4457>

natinen@yandex.ru

Николай Игоревич Беглянкин, кандидат медицинских наук, кафедра психиатрии и наркологии, ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-4638-7461>

begnik@yandex.ru

Леонид Михайлович Барденштейн, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой, кафедра психиатрии и наркологии, ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-1171-5517>

barden@mail.ru

Елена Владимировна Дмитриева, старший преподаватель, кафедра физики, математики и медицинской информатики, ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, Смоленск, Россия, <https://orcid.org/0000-0003-0375-0870>

vernulas@mail.ru

Information about the authors

Natalya N. Osipova, Cand. of Sci. (Med.), Associate Professor, Department of Psychiatry and Narcology, Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-8034-4457>

natinen@yandex.ru

Nikolay I. Beglyankin, Cand. of Sci. (Med.), Department of Psychiatry and Narcology, Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-4638-7461>

begnik@yandex.ru

Leonid M. Bardenshteyn, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Head of the Department, Department of Psychiatry and Narcology, Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-1171-5517>

barden@mail.ru

Elena V. Dmitrieva, Senior Lecturer, Department of Physics, Mathematics and Medical Informatics, Smolensk State University of Medicine of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Smolensk, Russia, <https://orcid.org/0000-0003-0375-0870>

vernulas@mail.ru

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

There is no conflict of interests.

Дата поступления 10.11.2021

Received 10.11.2021

Дата рецензии 25.02.2022

Revised 25.02.2022

Дата принятия 01.03.2022

Accepted for publication 01.03.2022