

К проблеме распространенности психотических расстройств у подростков

© А.Г. ГОЛОВИНА, М.С. ЛУКЬЯНОВА

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Резюме

Цель исследования. Анализ показателей обращаемости за специализированной стационарной психиатрической помощью подростков, имеющих психотические нарушения.

Материал и методы. Клинико-динамическим и математико-статистическим методами изучались данные пациентов 14—17 лет с психотическими расстройствами по МКБ-10, а также показатели их госпитализации в психиатрическое консультативно-лечебное учреждение в течение календарного года.

Результаты и заключение. Анализ стационарного контингента больных показал, что 6,3% госпитализированных детей и подростков имели психотические расстройства, подавляющее большинство (82,3%) были подростками 14—17 лет (149 больных: 79 юношей, 70 девушек). Из 181 пациента, направленного в стационар с диагнозом «психотическое расстройство», предварительное диагностическое суждение не подтвердилось при госпитализации у 30 (16,6%) больных, в процессе терапии — еще в 24 (13,3%) случаях. Выявлены преобладание пациентов с эндогенными психозами (около 80% в структуре шизофренического процесса, шизоаффективной, аффективной патологии), старшего подросткового возраста, а также определены гендерные соотношения при психотических расстройствах различной нозологической природы.

Ключевые слова: психотические расстройства, подростки, стационарная помощь.

Сведения об авторах:

Головина Алла Геннадиевна — e-mail: golovinalla@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-3170-3388>

Лукьянова Мария Сергеевна — e-mail: mlook2016@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-00022275-460x>

Как цитировать:

Головина А.Г., Лукьянова М.С. К проблеме распространенности психотических расстройств у подростков. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2019;119(7, вып. 2):5-12. <https://doi.org/10.17116/jnevro20191190525>

On the problem of prevalence of psychotic disorders in adolescents

© A.G. GOLOVINA, M.S. LUKYANOVA

Mental Health Research Centre, Moscow, Russia

Abstract

Objective. To analyze indicators of the referral rate for highly specialized inpatient psychiatric care in adolescents with psychotic disorders.

Material and methods. Clinical/dynamic and statistical methods were used to study the data of patients, aged 14—17 years, with psychotic mental disorders according to ICD-10, as well as the indicators of their hospitalization in psychiatric consulting and medical institution during the calendar year.

Results and conclusion. The analysis of 2017 data shows that 6.3% of hospitalized children and adolescents have a psychotic disorder, the vast majority (82.3%) of whom are adolescents, aged 14—17 years (149 patients, including 79 boys, 70 girls). Of 181 patients referred to the hospital with a diagnosis of a psychotic disorder, the preliminary diagnostic judgment was not confirmed during hospitalization in 30 (16.6%) patients, in the course of therapy in 24 (13.3%) cases. The prevalence of patients with endogenous psychoses (about 80% in the structure of schizophrenic process, schizoaffective, affective pathology), the prevalence of older adolescents, gender relations in psychotic disorders of different nosological nature are revealed.

Keywords: psychotic disorders; adolescents; hospital care.

Information about the authors:

Golovina A.G. — e-mail: golovinalla@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-3170-3388>

Lukyanova M.S. — e-mail: mlook2016@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-00022275-460x>

To cite this article:

Golovina AG, Lukyanova MS. On the problem of prevalence of psychotic disorders in adolescents. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry = Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2019;119(7, vyp 2):5-12. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/jnevro20191190525>

Автор, ответственный за переписку: Головина Алла Геннадиевна — e-mail: golovinalla@mail.ru

Corresponding author: Golovina A.G. — e-mail: golovinalla@mail.ru

Состояние психического здоровья детей и подростков постоянно привлекает внимание исследователей в связи с высокими показателями распространенности психических нарушений (как непсихотического, так и психотического регистров) и сохраняющейся тенденцией последних десятилетий к их росту. В развитых странах ученые отмечают усугубляющееся ухудшение состояния психического здоровья подрастающего поколения. Так, по данным Всемирной психиатрической ассоциации, в мире психические расстройства клинического уровня регистрируются у 20% детей и подростков общей популяции [1], в России этот показатель, полученный различными методами в разные годы последнего десятилетия, колеблется от 15,3 [2] до 21,3% [3]. При этом имеющиеся в доступной литературе данные о частоте тех или иных психопатологических форм, в том числе психотических, в период adolescence противоречивы [4].

В настоящее время психоз (от древнегреч. *психо* — душа, рассудок, *озис* — нарушенное состояние) рассматривается в рамках гетерогенной группы психопатологических состояний. Согласно определению, предложенному ВОЗ, психоз — это явно выраженное нарушение психической деятельности, при котором психические реакции противостоят реальной ситуации, что отражается в расстройстве восприятия реального мира и дезорганизации поведения [5]. При психозе нарушается способность правильно отражать и анализировать явления объективной реальности, целесообразно воздействовать на окружающий мир, возникает искажение оценки реальных событий и создание в своем воображении другой действительности [6]. В используемых современных международных классификациях (DSM-5, МКБ-10) психотические расстройства сгруппированы в нозологически различные категории в соответствии с основными их клиническими характеристиками. Термин «психотические» сохранен как дескриптивный, не учитывающий закономерности механизмов развития, динамики состояния, он указывает исключительно на наличие определенных феноменов (бред, галлюцинации или некоторые формы нарушения поведения, например резкое возбуждение/гиперактивность или, напротив, выраженная психомоторная заторможенность, кататонические проявления).

Несмотря на тот факт, что психотические нарушения изучаются психиатрами на протяжении длительного периода, до сегодняшнего дня ряд вопросов остается недостаточно освещенным, имеющаяся информация носит неоднозначный, противоречивый характер. Это касается, в частности, популяционных данных о заболеваемости и распространенности психотических расстройств среди подростков, расхождения в которых обусловлены рядом методологических проблем. Во-первых, исследований, в ко-

торых анализировались бы психотические расстройства прицельно у пациентов, находящихся на этапе adolescence, сравнительно малочисленны, при этом чаще речь идет либо о детско-подростковых когортах в целом, либо о ретроспективных данных взрослого контингента. Во-вторых, большинство клинических работ проводится на малочисленных выборках, не позволяющих создать представление об общей распространенности. Результаты, полученные с помощью неодинаковых стандартизованных инструментов без четко сформулированных критериев диагностики на больших когортах, далеко не всегда легко сопоставимы и тяготеют к гипо- или гипердиагностике нарушений. Дополнительные сложности связаны с тем, что интервал между появлением психоза и обращением за помощью может составлять несколько лет, что значительно искажает эпидемиологические показатели, касающиеся возраста пациентов к дебюту расстройств.

Необходимо отметить, что распространенность психической патологии у детей и подростков заметно варьирует. По данным Госкомстата России за 2017 г., частота госпитализации детей в психиатрические учреждения составила 2,5 случая на 1000 детского населения Москвы. Согласно аналитическому обзору под ред. В.С. Ястребова [3], наиболее высокий уровень психических расстройств регистрируется в детско-подростковом и юношеском возрасте. Так, в 2011 г. психические нарушения были определены у 3,1% детей и 4,6% подростков, достигая максимума (5,5%) в юношеском возрасте. Всего среди детско-подросткового и юношеского (до 19 лет) контингента они выявлялись у 13,2% общей популяции. Анализ распространенности психотических состояний в структуре заболеваемости детско-подросткового населения также выявил значительный разброс показателей. По данным официальной статистики на 2015 г. [7], этот показатель был равен 9,1% от всех расстройств, зарегистрированных психиатрами у детей и подростков в первичном звене оказания психиатрической помощи. При этом подростки, видимо благодаря патопластическому влиянию возраста, обнаруживали своеобразие симптоматики психозов, в частности когда речь идет об особенностях психопатологической картины, ее семиотических, клинико-динамических характеристиках [8—10]. У детей и подростков отмечается тенденция к формированию кратковременных психотических образований. Кроме того, зафиксированная психическая патология у пациентов, обратившихся за помощью к психиатрам, как и в общей популяции этого возраста, далеко не всегда оказывается проявлением психоза [11]. Скрининговые исследования, проведенные в последние годы, показали, что транзиторные психотические симптомы регистрировались у 10% пациентов, находящихся на этапе раннего пубертата, у 25% — ближе к завершению периода adolescence [12]. Интересный

факт, что аналогичные феномены у взрослых фиксируются значимо реже.

Отмеченные в последние десятилетия заметные колебания распространенности психотических нарушений [14, 15] свидетельствуют о необходимости дальнейшего научного анализа этого явления. Это тем более важно, что в 20—35% случаев шизофренические психозы дебютируют именно в период пубертата [16], а психотические формы, развивающиеся в рамках иной психической патологии (аффективная, органическая, посттравматическое стрессовое расстройство), также часто впервые обнаруживаются на этом возрастном этапе [17]. Имеются сведения о том, что в вероятности развития психотического состояния значимую роль играет прием в период adolescence ряда психоактивных веществ, в частности природных и синтетических каннабиноидов. Считается, что именно их воздействие на не достигшие зрелости мозговые структуры достоверно увеличивает для подростков риск развития психоза, причем не только симптоматического, но и имеющего эндогенную (аффективная или шизофреническая) природу [18]. Кроме того, ряд исследователей [19] указывают на высокий риск формирования затяжных психотических эпизодов при употреблении пациентами, не достигшими взрослого возраста, психоактивных веществ. Даже краткосрочный прием таких субстанций потенцирует возможность развития патогенетически (соответственно и диагностически) сложных труднокурабельных психозов. При изучении манифестных шизофренических психотических форм на этапе adolescence был выявлен ряд трудностей при использовании клинических данных, полученных несколько десятилетий тому назад, не только в связи с изменением классификационных подходов, но и с патоморфозом шизофрении [20], обусловившим увеличение доли смешанных и полиморфных шизофренических состояний со смещением симптоматики в сторону более легких регистров шизофрении [21]. Не исключено, что это явление распространяется и на состояния психотического регистра нешизофренической природы.

Цель настоящей работы — проанализировать показатели обращаемости за специализированной стационарной психиатрической помощью подростков с психотическими нарушениями. В задачи исследования входило также обсуждение факторов, способных влиять на изучаемые показатели.

Материал и методы

Обследовали подростков, госпитализированных в Психиатрическую клиническую больницу №1 им. Н.А. Алексеева, Психоневрологический диспансер №13, а также в Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой (НПЦ ПЗДП). В исследование были включены

пациенты 14—17 лет с психотическими расстройствами в соответствии с критериями МКБ-10.

Критериями не включения являлись грубопрогредиентное течение эндогенного процесса, наличие выраженного дефекта органической природы, умеренных и выраженных форм умственной отсталости, тяжелой соматической и неврологической патологии.

Использовали математико-статистический и клинико-динамический методы обследования, анализировались результаты годичной отчетности НПЦ ПЗДП за 2017 г.

Результаты и обсуждение

Как показали результаты настоящего исследования, у подростков развернутая психотическая симптоматика долгое время сопровождалась лишь малозаметными нарушениями поведения/активности/успеваемости. Больной мог не оценивать критически собственные состояния и проблемы либо сознательно диссимулировать их, руководствуясь собственными соображениями. Обращение за психиатрической помощью следовало далеко не сразу, даже когда усугубление продуктивной психопатологической симптоматики психотического уровня (вербальные и зрительные галлюцинации, бред, симптомы психического автоматизма) приводило к возникновению нелепостей в поведении, утрированной девиантности (вплоть до серьезных конвенциональных нарушений, криминальных или опасных для жизни действий), ауто- и гетероагрессии, суицидальным попыткам, отказу от продолжения обучения или невозможности усваивать учебный материал, сопровождалось активным предъявлением соответствующих жалоб. Нередко в этих случаях взрослые (родители, педагоги), мало осведомленные в психопатологии, необоснованно расценивали проявления психических расстройств как «особенности возраста» («непослушание», «лень», «капризы», «фантазии», «выдумки», «хулиганство», «шантаж»). В других случаях, напротив, они пытались объяснить их некими уникальными свойствами и способностями личности, считали свидетельством неординарности, «избранности» юного больного или просто игнорировали проявления душевной болезни. Анозогностическая позиция родителей приводила к запоздалому обращению («продолжительность нелеченого заболевания» и «продолжительность нелеченого психоза» могли составлять несколько лет), что, по мнению Р. McGorry и соавт. [22], является неблагоприятным фактором, усугубляет опасность для пациента и лиц, его окружающих, снижает качество последующей ремиссии, а также повышает вероятность развития повторных психотических эпизодов. При этом имеются данные исследований последних лет, свидетельствующие о том, что психотические расстройства, дебютировавшие в период пубертата, могут иметь благоприятный

прогноз в случаях своевременной диагностики и терапии [23], которые определяют значимость максимально раннего выявления и адекватной оценки заболевания для своевременного оказания пациентам необходимой помощи.

У подростков значительная доля психотических образований, выявленных в период adolescence, характеризовалась наличием неразвернутой мерцающей симптоматики. Кроме того, при психотических формах шизофренического процесса отмечались типичная для всех психопатологических образований подросткового возраста синдромальная незавершенность отдельных симптомокомплексов, а также отсутствие классической последовательности в процессе развития острых состояний, в ряде случаев — краткосрочность существования психомоторного возбуждения, нарушенного сознания, возможность существования отдельных феноменов в обособленном виде [24—26]. Помимо развернутых психотических состояний, у подростков выявлялись кратковременные психотические эпизоды, которые наблюдались как при обследовании, так и ретроспективно обнаруживались в анамнезе.

В процессе настоящей работы была проанализирована статистика госпитализаций подростков (14—17 лет) с психотическими расстройствами в НПЦ ПЗДП за 2017 г. За этот период в центр были госпитализированы 3388 пациентов детско-подросткового возраста, в том числе 1001 (29,5%) больной от 14 до 17 лет 11 мес, что составило чуть менее $\frac{1}{3}$ всех поступивших. У 210 (6,3%) пациентов состояние было расценено психиатрами, направившими их из амбулаторных учреждений, как психотическое. При этом из них подавляющее большинство — 181 (5,3%; 96 юношей, 85 девушек) — были подросткового возраста. Таким образом, установлено, что 86,2% всех больных с психозами — подростки, а психотические нарушения составили 18%.

Сравнительный анализ статистики стационарирования в НПЦ ПЗДП предыдущих лет [7] показал, что при практически неизменных показателях госпитализации, соответствующих 1,32 случая в 2004 г. и 1,35 в 2015 г. на 1000 населения, удельный вес пациентов, поступающих в психотическом состоянии, увеличился почти в 3 раза: от 5,9 до 16,7% всех госпитализированных больных в 2004 и 2015 г. соответственно. Резкий подъем этих показателей можно объяснить тем, что после закрытия острых подростковых отделений Психиатрической клинической больницы №15 практически все пациенты, не достигшие 18 лет, могли госпитализироваться лишь в НПЦ ПЗДП. Возможно, рост госпитализаций в 2017 г. был также связан с включением в зону обслуживания НПЦ ПЗДП новых территориальных образований с более низким уровнем оказания специализированной медицинской помощи и изначально более тяжелым контингентом. Однако не исключено, что в увеличении показателей

отражается общая тенденция к росту числа больных с психозами среди госпитализированных детей и подростков, отмеченная в течение последних лет отечественными исследователями [14, 15].

Представления о типе госпитализации отражены в **табл. 1**. Анализ этих данных показал, что экстренно поступили в стационар подавляющее большинство (82,3%): 149 подростков (79 юношей, 70 девушек). При этом в больницу службой скорой психиатрической помощи были доставлены около $\frac{1}{2}$ (45,9%) из них: 83 больных (53 юноши, 30 девушек). В сопровождении родителей пришли в стационар чуть более $\frac{1}{3}$ (36,2%) подростков: 66 пациентов (26 юношей, 40 девушек). Превалирующая доля девушек среди них, вероятно, объясняется относительной упорядоченностью их поведения в сравнении с юношами. Еще 32 (17,5%) подростка (17 юношей, 15 девушек) поступили в плановом порядке, что, видимо, можно связать с меньшей (в сравнении с основной частью контингента) остротой обнаруженных у них расстройств, тем не менее 6 (3,3%) девушек при плановом стационарировании оказались госпитализированы недобровольно. Это было связано с резким ухудшением состояния, в частности с появлением непосредственной опасности для себя и окружающих, возникшим в процессе получения медицинских (анализы, справки о профилактических прививках, обследованиях, выписки от врачей-интернистов) и школьных документов, необходимых для плановой госпитализации, что занимает около 3 нед. Недобровольная госпитализация явилась необходимой в 72 (39,8%) случаях (47 юношей, 25 девушек). Таким образом, почти 40% больных в случаях экстренной госпитализации нуждались в принудительном помещении в психиатрический стационар.

Около 60% подростков с психотическими расстройствами госпитализировались впервые в жизни. Меньшую часть (примерно 40%) составили больные, поступавшие в больницу повторно, причем $\frac{1}{5}$ пациентов получали помощь в условиях стационара неоднократно в течение года. При этом соотношение юношей и девушек среди госпитализировавшихся впервые в жизни оказалось 1:1, в то время как среди тех, кто получал помощь в стационаре повторно, преобладали юноши (соотношение соответственно 1,3:1).

Распределение пациентов с диагнозом направившего учреждения в соответствии с критериями МКБ-10 представлено в **табл. 2**.

Данные, приведенные в **табл. 2**, наглядно показывают заметное преобладание (почти 40%) пациентов с психотическими состояниями, относящимися к расстройствам круга шизофрении. Второе место по частоте заняли случаи острых и транзиторных психотических расстройств (примерно $\frac{1}{3}$). Эта диагностическая категория предполагала дальнейшее уточнение нозологической природы состояния и могла

Таблица 1. Тип госпитализации (n=181)

Table 1. Type of hospitalization (n=181)

Госпитализация	Юноши	Девушки	Общее число пациентов	
			n	%
Плановая	17	15	32	17,7
в том числе недобровольная	—	6	6	3,3
Экстренная	79	70	149	82,3
в том числе недобровольная	47	25	72	39,8
Общее количество	96	85	181	100,0

Таблица 2. Распределение пациентов с диагнозом направившего учреждения в соответствии с критериями МКБ-10 (n=181)

Table 2. Distribution of patients according to ICD-10 criteria according to the diagnosis of the sending institution (n=181)

Диагноз (шифр по МКБ-10)	Всего больных, n (%)	Юноши (число полных лет), n (%)				Девушки (число полных лет), n (%)			
		14	15	16	17	14	15	16	17
Органическое психотическое расстройство (F06)	1 (0,6)	—	—	—	1 (0,6)	—	—	—	—
Расстройство, вызванное приемом психотропных веществ (F1)	2 (1,2)	—	—	1 (0,6)	1 (0,6)	—	—	—	—
Шизофрения (F20)	60 (33,3)	7 (3,9)	11 (6,1)	12 (6,6)	7 (3,9)	2 (1,2)	6 (3,3)	5 (2,8)	10 (5,5)
Шизотипическое расстройство (F21)	11 (6,1)	1 (0,6)	2 (1,2)	4 (1,9)	—	2 (1,2)	—	1 (0,6)	1 (0,6)
Острые и транзиторные психотические расстройства (F23)	63 (34,6)	5 (2,8)	4 (1,9)	13 (7,2)	12 (6,6)	7 (3,9)	5 (2,8)	6 (3,3)	11 (6,1)
Шизоаффективное расстройство (F25)	30 (16,7)	1 (0,6)	4 (1,9)	1 (0,6)	8 (4,7)	—	6 (3,3)	5 (2,8)	5 (2,8)
Аффективное расстройство (F3)	14 (7,5)	—	1 (0,6)	—	—	3 (1,7)	5 (2,7)	4 (1,9)	1 (0,6)
Общее число больных	181 (100)	14 (7,9)	22 (11,7)	31 (16,9)	29 (16,4)	14 (8,0)	22 (12,1)	21 (11,4)	28 (15,6)

быть пересмотрена в процессе наблюдения и курации пациента. Больные с шизоаффективными состояниями оказались на третьем месте, составив 16,6%. Аффективные нарушения с психотической симптоматикой, которые были диагностированы у 14 (7,5%) пациентов, прогнозируемо были представлены преимущественно депрессиями (у 12). Причем, если в целом соотношение юношей и девушек было 1,3:1, то в этой диагностической категории регистрировалась обратная закономерность — девушки составили подавляющее большинство (1:12 соответственно). Другие варианты аффективных нарушений (биполярные аффективные и рекуррентные формы) были представлены в единичных случаях, так же как и органические психозы. Сопоставимыми с ними по частоте были состояния, вызванные употреблением психотропных веществ.

По мере взросления пациентов достоверно возрастала встречаемость психотических феноменов, оказываясь максимальной к завершению пубертата, что особенно ярко прослеживалось при сопоставлении 14- и 17-летних больных.

При госпитализации и осмотре пациентов врачом приемного покоя не нашло подтверждения наличие психотического состояния у 30 (16,6%) из об-

ратившихся подростков, имевшаяся у них симптоматика была расценена как непсихотическая. Таким образом, общее число больных с психозами уменьшилось, да и само диагностическое распределение пациентов изменилось (табл. 3).

Как видно, соотношение юношей и девушек изменилось незначительно (соответственно 1:1,1 и 1:1,3), как и долевого диагностического распределение в целом.

Сравнение частоты стационаризований в разные сезоны года неожиданно не выявило корреляции: число больных, госпитализированных в разные сезоны, было сопоставимо (составив для весны, зимы и лета чуть менее 25%), отмечался лишь небольшой подъем показателя осенью (около 27%).

В процессе стационарного лечения по мере верификации диагнозов оказалось, что еще у 24 (15,9%) подростков, у которых при госпитализации симптоматика была расценена как психотическая, наличие психоза не подтвердилось. Анализ диагностического распределения пациентов при выписке представлен в табл. 4.

Соотношение юношей и девушек изменилось и стало 1:1,4. Статистически достоверно ($p < 0,05$) возросла доля пациентов с психозами эндогенной при-

Таблица 3. Распределение пациентов по диагнозам в соответствии с критериями МКБ-10 в период поступления в больницу (n=151)
Table 3. Distribution of patients according to the criteria of ICD-10 in accordance with the diagnosis of a doctor of rest (n=151)

Диагноз (шифр по МКБ-10)	Всего больных, n (%)	Юноши (число полных лет), n (%)				Девушки (число полных лет), n (%)			
		14	15	16	17	14	15	16	17
Органическое психотическое расстройство (F06)	1 (0,7)	—	—	—	1 (0,7)	—	—	—	—
Шизофрения (F20)	46 (30,9)	5 (3,3)	9 (6,1)	9 (6,1)	6 (3,9)	1 (0,7)	4 (2,6)	2 (1,3)	10 (6,9)
Шизотипическое расстройство (F21)	11 (7,3)	1 (0,7)	2 (1,3)	4 (2,6)	—	2 (1,3)	—	1 (0,7)	1 (0,7)
Острые и транзиторные психотические расстройства (F23)	53 (35)	5 (3,3)	5 (3,3)	11 (7,3)	11 (7,3)	6 (3,9)	4 (2,6)	4 (2,6)	7 (4,7)
Шизоаффективные расстройства (F25)	28 (18,2)	1 (0,7)	3 (1,9)	3 (1,9)	6 (3,9)	—	4 (2,6)	6 (3,9)	5 (3,3)
Аффективные расстройства (F3)	12 (7,9)	—	1 (0,7)	1 (0,7)	—	3 (1,9)	2 (1,3)	4 (2,6)	1 (0,7)
Общее число больных	151 (100)	12 (8,0)	20 (13,3)	28 (18,6)	24 (15,8)	12 (7,8)	14 (9,1)	17 (11,1)	24 (16,3)

Таблица 4. Распределение пациентов по диагнозам в соответствии с критериями МКБ-10 при выписке из стационара (n=127)
Table 4. Distribution of patients according to ICD-10 criteria according to the diagnosis at discharge (n=127)

Диагноз (шифр по МКБ-10)	Всего больных, n (%)	Юноши (число полных лет), n (%)				Девушки (число полных лет), n (%)			
		14	15	16	17	14	15	16	17
Органическое психотическое расстройство (F06)	2 (1,6)	—	—	—	2 (1,6)	—	—	—	—
Шизофрения (F20)	47 (36,9)	4 (3,1)	11 (8,6)	8 (6,3)	6 (4,7)	1 (0,8)	2 (1,6)	5 (3,9)	10 (7,9)
Шизотипическое расстройство (F21)	11 (8,7)	1 (0,8)	2 (1,6)	4 (3,1)	—	2 (1,6)	—	1 (0,8)	1 (0,8)
Острые и транзиторные психотические расстройства (F23)	27 (21,3)	2 (1,6)	3 (2,4)	6 (4,7)	9 (7,1)	2 (1,6)	1 (0,8)	2 (1,6)	2 (1,6)
Шизоаффективные расстройства (F25)	28 (22)	1 (0,8)	2 (1,6)	3 (2,4)	6 (4,7)	1 (0,8)	4 (3,1)	5 (3,9)	6 (4,7)
Аффективные расстройства (F3)	12 (9,5)	—	1 (0,8)	3 (2,4)	1 (0,8)	1 (0,8)	4 (3,1)	—	2 (1,6)
Общее число больных	127 (100)	8 (6,3)	19 (15)	24 (18,9)	24 (18,9)	7 (5,6)	11 (8,6)	13 (10,2)	21 (16,5)

роды (в структуре шизофренического процесса, шизоаффективной, аффективной патологии), причем для последней выявлена инверсия соотношения юношей и девушек (1,2:1) в пользу юношей. Отмеченное изменение произошло за счет уменьшения доли случаев, оценивавшихся ранее в рамках рубрики «Острые и транзиторные психотические расстройства».

Средняя длительность госпитализации для подростков в целом составила 39,05 сут (продолжительность пребывания в больнице колебалась в диапазоне от 3 до 122 сут), юноши в среднем проводили в стационаре больше времени — 42,5 (от 3 до 122) сут, девушки — 34,73 (от 3 до 88) сут ($p < 0,05$). Таким образом, период пребывания в стационаре для девушек был значимо более коротким.

Несмотря на немногочисленность выявленных в настоящей работе психотических расстройств, возникающих в подростковом возрасте вследствие влияния экзогенно-органических вредностей, соматоневрологических, инфекционных заболеваний и интоксикационных воздействий, было бы некорректно обойтись без их упоминания. Именно они традиционно в качестве антитезы противопоставляются

эндогенным психозам, поскольку имеют ряд клинических особенностей (наличие отдельных психосенсорных нарушений, быстрая смена аффекта, склонность к возникновению ундулирующих расстройств сознания). Их клиническая картина также несет патопластическое влияние возрастного фактора: выраженные церебральные проявления, возникающие сразу же по мере снижения остроты психотического состояния, резкое снижение качества когнитивных функций. При этом как предмет научных исследований в последние десятилетия эти состояния изучаются крайне мало [14], эпидемиологические показатели, характеризующие эти формы, в доступной современной литературе практически не обсуждаются. Очевидно, что столь небольшая представленность психотических нарушений в подростковом контингенте психиатрического стационара не случайна. Это обусловлено тем, что подростки получают помощь в других учреждениях в зависимости от нозологической принадлежности экзогенности. Так, это могут быть психосоматические отделения и палаты интенсивной терапии больниц общего профиля, наркологические центры, инфек-

ционные стационары, нейрохирургические/онкологические клиники.

Проведенный анализ клинико-эпидемиологических показателей психотических расстройств у пациентов подросткового возраста, госпитализированных в психиатрический стационар, демонстрирует сложность диагностики и клиническую неоднозначность наблюдавшихся психопатологических феноменов. Об этом свидетельствуют, в частности, значительные расхождения в квалификации специалистами факта наличия или отсутствия психотических расстройств, обнаруженного при сопоставлении данных, которые были получены при направлении пациентов на госпитализацию, при обследовании подростков в приемном покое и наблюдении в условиях стационара. Частично это связано, вероятно, с неизбежной гипердиагностикой при осмотре врачами службы скорой психиатрической помощи, решающими вопрос о клинической оценке состояния и необходимости экстренной госпитализации пациентов в условиях жесткого лимита времени, нередко — с отсутствием достоверных анамнестических сведений. Когда речь идет о манифестации эндогенного психоза, дополнительные сложности может создавать и диагностический критерий длительности существования нарушений, продолжительность которых не всегда возможно точно определить при первичном (однократном) обследовании.

Дополнительно усложняют диагностику характерные для больных, находящихся на этапе adolescence, психопатологические особенности: полиморфизм и синдромальная незавершенность проявлений, парциальная охваченность психозом личности, кратковременность существования феноменов психомоторного возбуждения, нарушенного сознания, наличие изолированных расстройств психотического уровня. Подростки могут обнаруживать симптоматику, трудно отличимую от психотической, в частности

при наличии у них симптомокомплекса, обозначаемого как «опыт, подобный психотическому» («psychotic-like experiences»), в структуре которого сосуществуют особые убеждения, персекуторные идеи и магическое мышление, не достигающие уровня психоза. Кроме того, как галлюцинаторные расстройства у подростков могут быть ошибочно расценены тревожные или депрессивные проявления, возникающие на высоте аффекта, но не достигающие уровня галлюцинаций воображения. Не меньшие трудности могут возникнуть при дифференциальной диагностике бредовых расстройств и патологического фантазирования, особенно, когда речь идет о личностях шизотипического круга, отличающихся утрированной и дисгармоничной психологической незрелостью. С другой стороны, нередко неправомерно квалифицированными как расстройства невротического регистра у пациентов подросткового возраста оказываются, например, дисморфоманические нарушения, грубые конверсионные проявления, ипохондрические настроения, приобретающие подобие бреда.

Ряд обсуждаемых в работе проблем свидетельствует о необходимости дальнейшего продолжения исследований синдромов психотического регистра у пациентов, находящихся в периоде adolescence в клинико-динамическом аспекте. Это позволило бы оптимизировать диагностический поиск, максимально сократить интервал между появлением психопатологической симптоматики и началом получения больным адекватной помощи, по возможности избежав прогностически неблагоприятного длительного периода нелеченого заболевания, особенно значимого для психозов, имеющих эндогенную природу.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Remschmidt H, Nurcombe B, Belfer ML, Sartorius N, Okasha A. *The mental health of children and adolescents: an area of global neglect*. Chichester: John Wiley and sons Ltd; 2007.
2. Слободская Е.Р. Психическое здоровье детей и подростков: распространенность отклонений и факторы риска и защиты. *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. 2008;8(2):8-21. Slobodskaya ER. Mental health of children and adolescents: prevalence of deviations and risk factors and protection. *Mental Health issues of children and adolescents*. 2008;8(2):8-21. (In Russ.).
3. *Распространенность психических расстройств в населении Российской Федерации в 2011 г.* (Аналитический обзор). Под ред. проф. Ястребова В.С. М.: ФМИЦПН Минздрава России; 2014. *Prevalence of mental disorders in the population of the Russian Federation in 2011* (Analytical review). Yastrebov V.S. (Ed.). M.: FMIZP Ministry of health of Russia; 2014. (In Russ.).
4. McCarthy JB. *Psychosis in childhood and adolescence*. NY, London: Taylor and Francis; 2014.
5. *Словарь психиатрических и относящихся к психическому здоровью терминов*. Женева: ВОЗ; 1991. *Dictionary specific to psychiatric and mental health terms*. Geneva: WHO; 1991. (In Russ.).
6. Фролов Б.С., Дехерт В.А., Пашковский В.Э. *Психиатрический терминологический словарь*. 2-е изд. СПб.: Издательский дом СПбМАПО; 2008. Frolov BS, Dehart VA, Pashkovskiy VE. *Psychiatric lexicon*. 2 ed. SPb.: Publishing house SpbMAPO; 2008. (In Russ.).
7. Усачева Е.Л., Панкова О.Ф., Безменов П.В., Тарасова Т.П., Абрамов А.В., Дорина И.В. Совершенствование психиатрической помощи детскому и подростковому населению Москвы. *Фарматека*. 2016;4(16): 11-18. Usacheva EL, Pankova OF, Bezmenov PV, Tarasova TP, Abramov AV, Dorina IV. Improving mental health care for children and adolescents in Moscow. *Farmateka*. 2016;4(16): 11-18. (In Russ.).
8. Мазаева Н.А. Шизофрения периода adolescence. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2015;115(11):26-33. Mazaeva NA. Schizophrenia in adolescence. *Zhurnal Nevrologii i Psikhiiatrii im. S.S. Korsakova*. 2015;115(11):26-33. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/jnevro201511511220-25>

9. Asarnow RF, Asarnow JR. Childhood-onset schizophrenia: editors' introduction. *Schizophrenia Bull.* 1994;20(4):591-597. <https://doi.org/10.1093/schbul/20.4.591>
10. Rosenbaum J, Asarnow JR, Tompson MC, Goldstein MJ. Childhood-onset Schizophrenia: A Follow-up Study. *Schizophrenia Bull.* 1994;20(4):599-617. <https://doi.org/10.1093/schbul/20.4.599>
11. Schimmelmann B, Michel C, Schaffner N, Schultze-Lutter F. What percentage of people in the general population satisfies the current clinical at-risk criteria of psychosis? *Schizophr Res.* 2011;125(1):99-100. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.09.018>
12. Schimmelmann B, Walgner P, Schultze-Lutter F. The significance of at-risk symptoms of psychosis in children and adolescents. *Can J Psychiatry.* 2013;58(1):32-40. <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0271-z>
13. Schimmelmann BG, Schultze-Lutter F. Early detection and intervention of psychosis in children and adolescents urgent need for studies. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2012;21:239-241. <https://doi.org/10.1007/s00787012-0271-z>
14. Макаров И.В. *Психиатрия детского возраста*. Руководство для врачей. СПб.: Наука и Техника; 2019. Makarov IV. *Child psychiatry*. Guide for doctors. SPb.: Nauka i Tekhnika; 2019. (In Russ.).
15. Шац И.К. *Психозы у детей*. Учебное пособие для бакалавриата и специалитета. 2-е изд. М.: Юрайт; 2019. Shacz IK. *Psychosis in children*. Textbook for bachelor and specialist degree. 2 ed. M.: Yurajt; 2019. (In Russ.).
16. Каледва В.Г. Юношеская шизофрения: особенности психопатологии, клиники и терапии. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2015;115(11):26-33. Kaleda VG. Youth-onset schizophrenia: psychopathology clinical presentation and therapy. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2015;115(11):26-33. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/jnevro201511511226-33>
17. Starling J, Feijo I. Schizophrenia and other psychotic disorders of early onset. In: Rey J.M. (ed). *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Profession; 2012.
18. Starzer MSK, Nordentoft M, Hjorthøj C. Rates and predictors of conversion to schizophrenia or bipolar disorder following substance-induced psychosis. *Am J Psychiatry.* 2018;175(4):343-350. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17020223>
19. Murray RM, Quigley H, Quattrone D, Englund A, Di Forti M. Traditional marijuana, high-potency cannabis and synthetic cannabinoids: increasing risk for psychosis. *World Psychiatry.* 2016;15:195-200. <https://doi.org/10.1002/wps.20341>
20. Мазаева Н.А., Соколов Р.Е. Патоморфоз манифестных шизофренических психозов у девочек-подростков. *Психиатрия*. 2010;2:5-15. Mazaeva NA, Sokolov RE. Pathomorphosis of manifesting schizophrenic psychoses in adolescents. *Psychiatry.* 2010;2:5-15. (In Russ.).
21. Муррай А.С. К вопросу о патоморфозе при шизофрении. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2015;11(2):3-5. Tiganov AS. The pathomorphosis of schizophrenia. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2015;11(2):3-5. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/jnevro20151151123-5>
22. McGorry PD, Yung AR, Bechdolf A, Amminger P. Back to the future predicting and reshaping the course of psychiatric disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2008;65:25-27. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2007.9>
23. Schimmelmann BG, Conus P, Cotton S, McGorry PD, Lambert M. Pre-treatment, baseline, and outcome differences between early-onset and adult-onset psychosis in an epidemiological cohort of 636 first-episode patients. *Schizophr Res.* 2007;95(1-3):1-8. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.06.004>
24. Мазаева Н.А. Подростковый возраст и шизофрения. *Психиатрия*. 2008;2:16-28. Mazaeva NA. Adolescence and schizophrenia. *Psychiatry.* 2008;2:16-28. (In Russ.).
25. Марценковский И.А. Психозы подросткового возраста. *Український медичний часопис*. 2012;2:72-82. Marcenkovskij IA. Psychoses of adolescence. *Ukrain'skij medichnij chasopis*. 2012;2:72-82. (In Russ.).
26. Hollis C. Schizophrenia in children and adolescents. *Brit J Psych Adv.* 2015;21:333-341. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.114.014076>

Поступила 28.04.19

Received 28.04.19

Принята к печати 06.06.19

Accepted 06.06.19