

Попова Надежда Михайловна

**НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ПОДРОСТКОВО – ЮНОШЕСКОМ  
ВОЗРАСТЕ**

14.01.06-Психиатрия

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т**

**д и с с е р т а ц и и**  
**на соискание ученой степени**  
**доктора медицинских наук**

**Томск–2013**

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук.

**Научный консультант:**

Академик РАМН, профессор, доктор  
медицинских наук, заслуженный деятель  
РФ

**Семке Валентин Яковлевич**

**Официальные оппоненты:**

Профессор, доктор медицинских наук **Рыбалко Михаил Иванович**

ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский  
университет» Минздравсоцразвития России (Барнаул)

доктор медицинских наук

**Кривулин Евгений Николаевич**

ГБОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская  
академия» Минздравсоцразвития России

доктор медицинских наук

**Иванова Татьяна Ильинична**

ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия»  
Минздравсоцразвития России

**Ведущее учреждение:** Федеральное государственное бюджетное учреждение «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится \_\_\_\_ июня 2013 г. в 10 часов на заседании совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 001.030.01 при Федеральном государственном бюджетном учреждении «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук по адресу: 634014, Томск, ул. Алеутская, 4.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН.

Автореферат разослан \_\_\_\_\_ 2013 г.

Ученый секретарь совета  
по защите докторских и  
кандидатских  
диссертаций Д 001.030.01  
кандидат медицинских наук



О. Э. Перчаткина

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Состояние вопроса и актуальность исследования.** Состояние психического здоровья детей и подростков представляет собой серьезную медицинскую, психологическую и социальную проблему современного российского общества. В настоящее время данные медицинской статистики отмечают рост распространенности психических заболеваний во всех возрастных группах, в том числе и подростково – юношеского возраста. При этом в большей степени увеличение болезненности происходит за счет непсихотических психических расстройств (Дмитриева Т. Н., 1999; Рыбалко М. И., 1997; Иовчук Н. М., Северный А. А., Шевченко Ю. С., 1998; Чуркин А. А., 2000; Дмитриева Т. Б., Положий Б. С., 2001; Семке В. Я., 2002; Дроздовский Ю. В., 1997, 2003; Пальянова И. А., 2004; Елисеев А. В., 2006; Балашов П. П., 2007; Иванова Т. И., 2008; Агарков А. А., 2010; Филиппова Е. А., 2010; Положий Б. С., 2011; Ворсина О. П., 2012).

Улучшение здоровья населения зависит от успешности общего социально - экономического развития страны и от состояния здравоохранения, в котором есть множество накопившихся серьезных проблем. Состояние здоровья населения Российской Федерации в течение ряда лет характеризуется высокими показателями общей смертности населения (16,1 на 1000) и отрицательным демографическим приростом (Основные направления укрепления здоровья населения и развития здравоохранения России на период до 2015 г. (Проект), М., 2006. – С. 2 - 34).

Результаты эпидемиологических исследований, проведенных в различных регионах страны, помимо подтверждения высокого роста показателей болезненности и заболеваемости, показали наличие расстройств, не имеющих четких клинических форм и нозологической специфичности, отличающихся неопределенностью своих границ, которые однозначно не могут быть отнесены ни к норме, ни к патологии, так называемых «донозологических» или «субклинических» расстройств (Ковалев В. В., Козловская Г.В., 1980; Семичев С.Б., 1987; Семке В. Я., 2002; Пальянова И. А., 2004; Елисеев А. В., 2006; Шалимов В. Ф., 2006; Баранов А. А., 2007; Менделевич Б. Д., 2010).

В исследованиях психического здоровья учащихся в системы начального профессионально-технического образования (Жижко Н. П., Левенко М. Ю., Петров М. И., 1985; Петров М.И., Шеметова Л.Я., 1989; Пальянова И.А., 2004; Попова Н.М., 2004, 2008) было выявлено наличие различных нервно-психических расстройств у 80% обследованных. Аффективные расстройства относятся к числу наиболее распространенных психических проблем подростково-юношеского возраста (Лекомцев В.Т., Уваров И.А., Матвеева Н.В., 2000).

Проблема аффективных расстройств в детском и подростковом возрасте является одной из наиболее актуальных в современной психиатрии в связи с учащением и «омоложением» депрессивных нарушений (Олейчик И. В., 1998; Ким Л. В., 2006; Иовчук Н. М., Северный А. А., 2007; Adewuya A. O., 2006). Депрессивное нарушение, начавшееся в детстве, является не только предиктором высокого суицидального риска (Goodman E., 2001; Goldstein T. R., 2005), но и увеличивает возможность возникновения депрессии (Pine D., Cohen P., Gurley D. et al., 1998; Biederman J., 2006) и других психических расстройств во взрослом возрасте (Mc Cauley E. et al., 1993; Strober M. et al., 1993; Weissman M. et al., 2006). Значительный рост аффективных расстройств у взрослых (Семке В.Я., и соавт., 2004) актуализирует вопросы изучения депрессий у детей. По данным отечественных и зарубежных исследователей, распространенность депрессий к подростковому возрасту достигает 30 %, а средний возраст их возникновения приближается к 9 годам (Шевченко Ю.С., Иовчук Н.М., 1998; Kovacs M., Gatsonis C., 1994; Ivarsson T., 2006). Необходимо отметить, что описание клинической картины,

нозологической принадлежности и подходов к лечению касаются преимущественно депрессивных нарушений подросткового возраста (Усов М.Г., 1996; Антропов Ю.Ф., 2001; Бохан Н.А. и соавт., 2006; Иванова Т.И., 2008, Weller E B., Kloos A., 2006).

Частота депрессивных состояний в детской популяции в сравнении с другими психопатологическими расстройствами варьирует в широких пределах – от 0,4–0,7 до 25 % (Иванова Т.И., 2008, Bomba J. et al., 1987; Hales D.P., Dishman R.K. et al., 2006; Blanchard L. T., 2006). Однако указывается (Nissen G., 1987 и др.), что аффективные расстройства в детском возрасте возникают значительно чаще, чем диагностируются. Выявление депрессивных состояний у подростков составляет важную и до настоящего времени ещё не решённую проблему (Иовчук Н.М., Батыгина Г.З., 1998; Иовчук Н.М., Северный А. А., 2007). Трудность своевременной диагностики зачастую бывает обусловлена недостаточной синдромологической очерченностью депрессивных состояний в этом возрастном периоде. В пубертатной фазе, когда «рушатся относительное совершенство и гармония детства» и происходит «расширение эмоционального горизонта» (П.Б. Ганнушкин, 1933), отмечается склонность к беспричинным колебаниям настроения. Согласно Р. Tyson и R. Tyson (1990), свойственная подросткам «аффективная подвижность» указывает на нарушение психического равновесия и характеризует процесс психологического развития в этом возрастном интервале. Однако стёртая аффективная симптоматика может скрываться под «маской» пубертатных проявлений, создавая дополнительные диагностические трудности. Подспудное изменение аффективного фона обычно приводит к усилению эмоциональной лабильности и снижению порога эмоциональной выносливости с готовностью к кратковременным ситуационно спровоцированным эпизодам сниженного настроения (Кравченко Н.Е., 2005). Предполагается, что наряду с клинически очерченными эпизодами часть неглубоких депрессий – чисто психологические реакции, (Точилов В. А., 1999; Подольский А., и др., 2004; Furman E., 1992; Mash E. J., Wolf. D. A., 2003). Момент, в который нарушение настроения становится диагностируемым расстройством, – вопрос клинической оценки, но критерии для такой оценки недостаточно точны, чтобы привести различных клиницистов к единому мнению (Furman E., 1992; Carson R и др., 2004; Maufson L, 2003; Mash E. J, Wolf D. A ., 2003).

Geller B et al. (2001) сообщает о взаимосвязи между депрессивными расстройствами в препубертатном возрасте и диагнозом биполярного расстройства, серьёзного депрессивного расстройства, аддиктивного расстройства, а также самоубийствами в зрелом возрасте. Употребление алкоголя и наркотиков в подростковом возрасте приводит к многочисленным последствиям, при этом следует выделить наблюдаемую взаимосвязь со случаями самоубийств и других форм поведения, представляющих угрозу для жизни, например актами насилия, а также смертью в результате дорожно-транспортных происшествий. Имеются данные, указывающие на рост числа случаев сочетанных заболеваний, т.е. психических расстройств в сочетании с употреблением алкоголя или наркотиков.

В настоящее время признается, что многие психические расстройства, наблюдающиеся у взрослых людей, возникают в детском возрасте. В подростковом возрасте значительно возрастает распространенность психиатрических проблем, таких как депрессия и суицидальное поведение (Fombonne E., 1998; Gould MS., 2001; Пилягина Л. В.. 2005; Ворсина О. П., 2012).

Население регионов Сибири находится под прессом экономических, социальных и экологических проблем, что повлекло за собой своеобразие распространенности патологии, более высокий уровень потерь здоровья, рост психических расстройств, алкоголизма, наркомании, убийств, самоубийств (Трешутин В.А., Щепин В.О., 2001; Семке В.Я., 2006, Злова Т.П., 2007; Хритинин Д. Ф., 2008 Ворсина О. П., 2012; Ступина О. П.. 2012). Это объясняется не только увеличением количества ЧМТ в результате

интенсивного развития транспорта, но и экзогенно-органических расстройств, связанных со специфическими климатогеографическими особенностями региона. Актуальность углубленного анализа региональных особенностей НППР вытекает из того, что адаптация к субэкстремальным экологическим условиям Западной Сибири страны достигается за счет значительного напряжения, в некоторых случаях перенапряжения и даже «полома» защитно – приспособительных функций организма человека.

Проблема психических расстройств и нарушений поведения у несовершеннолетних относится к наиболее актуальной в современной детской и подростковой психиатрии. Ее значимость определяется не только их большой распространенностью в детском и подростковом возрастах, но и выраженностью социальной дезадаптации, частотой правонарушений среди несовершеннолетних (Агарков А.П., 2003, Супрун С.А., 2006, Агарков А.А., 2010). Продолжают распространяться быстрыми темпами алкоголизация подростков, употребление наркотиков и токсикоманических веществ, растет количество суицидов (Семке В. Я. с соавт., 2008; Положий Б.С., 2011).

В связи с вышесказанным необходимо усиление работы врачей, психологов по сохранению психического здоровья детей и подростков, так как здоровье подрастающего поколения определяет будущее здоровье нации (Семке В. Я., 1982; Личко А. Е., 1983, 1985; Рыбалко М. И., 1998; Дмитриева Т. Б., Положий Б.С., 1994, 1995; Иовчук Н. М., Северный А.А., Шевченко Ю.С., 1998; Залевский Г.В., 1993, 1999; Семке В.Я., 1999; Хамаганова Т.Г., Крылов Д.И., Даниленко О.В. 2000; Дроздовский Ю.В. 2003; Пальянова И.А., 2004; Глушко Т. В., 2004; Пилягина Г. Я., 2004; Агарков А. А., 2009, 2010). Проблема охраны здоровья подрастающего поколения в настоящее время приобрела важнейшее значение, в том числе в аспекте национальной безопасности страны (Стародубов В.И., Баранов А.А., Альбицкий В. Ю., 2005; Баранов А.А., 2007; Менделевич Б. Д., 2010).

Укрепление психического здоровья, обеспечение гармоничного формирования личности подрастающего поколения, является важнейшей социальной задачей всякого цивилизованного общества, составляет предмет научного изучения и практики многих специалистов (Северный А.А., Шевченко Ю.С., Волошин В.М. 2002).

Пограничные (непсихотические) психические расстройства (НППР) представляют большую зону болезненных состояний – от протекающих на донозологическом уровне до интенсивно выраженных и затяжных форм (Ковалев В.В., 1980; Александровский Ю.А., 2001; Семке В.В., 2002; Кондратенко А.В., 2008 и др.).

Полиморфизм клинической симптоматики и многообразие взаимодействующих патогенетических факторов составляют специфику невротических, патохарактерологических реакций. состояний, развитий в подростково – юношеском возрасте, объясняя актуальность систематики, дифференцированной диагностики, прогностической оценки болезненных явлений.

В соответствии с действующей МКБ-10, принято говорить о «расстройствах» (невротических, личностных аффективных, аддиктивных). Но существующие сведения о генезе непсихотических психических расстройствах в подростково – юношеском возрасте свидетельствуют о многоплановости данной проблемы и необходимости междисциплинарного подхода при ее углубленном изучении. Отсюда очевидна необходимость исследований в данной области, что позволит позитивным образом воздействовать на профилактику и внедрение более качественных форм оказания помощи.

Таким образом, изучение состояние психического здоровья подростково–юношеского возраста является актуальным как в теоретическом, так и практическом отношении, решения проблем связанных с сохранением, укреплением психического здоровья данной группы населения.

**Целью настоящего исследования** является изучение клинико–динамических закономерностей формирования непсихотических психических расстройств, определение типологии в подростково–юношеском возрасте с последующей разработкой превентивных

и психопрофилактических мероприятий.

#### **Задачи исследования:**

1. Изучение частоты непсихотических психических расстройств у учащихся школ, ПТУ, студентов вузов г. Томска, и пациентов подростково-юношеского возраста клиники ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН.

2. Определить типологию, психопатологическую структуру, клинико – динамические особенности непсихотических психических расстройств у лиц подростково-юношеского возраста различных ступеней образовательной системы.

3. Изучить социально-демографические, конституционально-биологические и психологические факторы, определяющие развитие непсихотических психических расстройств в подростково – юношеском возрасте, с учетом региональных особенностей.

4. Разработать диагностические критерии непсихотических психических расстройств на донозологическом уровне.

5. Разработать модель оказания комплексной медико-психолого-педагогической и социальной помощи подросткам с психическими расстройствами (на базе начального профессионального образования) и оценить ее эффективность.

#### **Положения, выносимые на защиту:**

1. При проведении скринингового анализа лиц подростково-юношеского возраста, диагностирован высокий удельный вес непсихотических психических расстройств – среди школьников 29,7%, учащихся ПТУ 48% и студентов вузов 22,3%.

2. Структура выявленной первичной заболеваемости в изучаемой популяции представлена невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами 43,3%, расстройствами личности 5,9%, расстройствами настроения 11,1%, психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, 10,9% сформировавшимися к настоящему возрасту.

3. Для каждой группы непсихотических психических расстройств был определен вклад факторов риска по формированию патологии различен: расстройств настроения ведущее значение приобретает группа экзогенно-органических факторов (патология беременности, родов, периода новорожденности, имеющие самые большие значения, наследственная отягощенность); для расстройств личности – группа социальных факторов (стратегия воспитания, отношение к подростку в семье, взаимоотношения в семье, место жительства) и для органических психических расстройств – группа смешанных факторов, для которых характерна разнородность признаков с относительно низкими значениями (наследственная отягощенность; профессиональное образование; нарушения развития до 7 лет; жилищные условия).

4. Представленная клинико-динамическая характеристика непсихотических психических расстройств у учащихся способствовала ранней диагностике, прогностической оценке и ранней реабилитации, осуществленных в рамках предложенной новой формы оказания внедиспансерной помощи подросткам без отрыва от учебы – межведомственной медико-социально-психологической службы. Данная служба позволяет своевременно оказывать необходимую помощь, дифференцированно подходить к выбору реабилитационных программ, повышать их эффективность, выражавшуюся в оптимальной адаптации к учебному процессу, повышении успеваемости и уменьшает отсев из учебных учреждений.

Работа выполнена по основному плану НИР НИИ психического здоровья ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН в рамках комплексных тем НИР № 118 "Клинико-патогенетические, социально-эпидемиологические факторы онтогенеза аффективных расстройств (аспекты ранней диагностики и превенции)" (ГР 0120.0 604315) и №121 «Биологические и клинико-

социальные механизмы развития эндогенных психических заболеваний» (ГР 01200954084).

**Научная новизна исследования.** Выявлены существенные различия в уровнях распространенности непсихотических психических расстройств, встречаемость сезонного расстройства и его клинические особенности у подростков, проживающих в г. Томске, г. Москве и г. Колпашево. В процессе выполнения работы выявлена распространенность НППР у учащихся г. Томска. Получены приоритетные данные по клинической структуре НППР у лиц подростково-юношеского возраста. Показано, что в абсолютном большинстве случаев (по всем группам расстройств) патология была диагностирована впервые при проведении скринингового анализа, с преобладанием удельного веса подростков г. Томска и г. Колпашево над подростками г. Москвы. Изучены клинические проявления и динамика развития НППР у изучаемого контингента в зависимости от социально-психологических условий. В ходе исследования получены приоритетные данные о клинической структуре, выявлены основные факторы развития аффективных нарушений. Полученные данные являются методологической базой для разработки лечебно-профилактических программ для подростков. Разработана структура организационной модели межведомственного взаимодействия по оказанию психосоциальной помощи в подростково – юношеском возрасте.

**Практическая значимость.** Результаты сравнительного изучения распространенности непсихотических психических расстройств в подростково-юношеском возрасте отдельных административных территорий позволили выявить уровень нарушений. Разработанные и внедренные дифференцированные комплексные реабилитационные программы по оказанию помощи и подросткам на разных этапах наблюдения способствуют повышению эффективности реабилитации подростков с психическими нарушениями. Создана функциональная модель организации межведомственного взаимодействия по оказанию специализированной психосоциальной помощи подросткам на базе НПО (начального профессионального образования). Полученные сведения о распространенности и клинике непсихотических психических расстройств у подростков в системе образования могут быть использованы для дальнейшей разработки специализированной психопрофилактической помощи данному контингенту. Разработаны методы ранней диагностики непсихотических психических расстройств. Апробированы комплексные программы реабилитации и превенции для учащихся системы начального профессионально-технического образования. Разработаны методические рекомендации для психиатров, психотерапевтов, педагогов и социальных работников по реабилитации подростков без отрыва от обучения, включающие медицинское, психологическое, социальное и педагогическое воздействие.

**Внедрение результатов в практику.** Результаты исследования используются в клинической практике клиники ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН и системе начального профессионального образования (НПО) г. Томска и г. Колпашево, в муниципальном общеобразовательном учреждении средней общеобразовательной школе № 53. Результаты исследования представлены в методических рекомендациях «Психонейроиммунотуляция с помощью дисперсионного распыления растительных и ароматических веществ» (2005) и «Оценка суицидального риска у пациентов с депрессивными расстройствами в общемедицинской практике» (2010).

**Апробация работы.** Материалы диссертации и основные положения были доложены и обсуждены на отчетных сессиях ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН (2000 - 2009 гг.), конференциях «Социальное здоровье детей и подростков: региональный опыт и перспективы» Первая региональная научно – практическая конференция, Томск, июнь, 2000; конференция «Современные технологии психиатрического и наркологического сервиса», Томск, март, 2001; конференция, посвященная 20-летию НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН, Томск, сентябрь, 2001; межвузовская конференция «Психическое здоровье населения», май, 2002, VII межрегиональная научно-практическая конференция, Томск, декабрь, 2002; Всероссийская конференция «Современные проблемы биологической психиатрии и наркологии» - Томск, март 2003; Международная научно - практическая конференция «Депрессивные расстройства: функциональные, клинические,

образовательные и экзистенциальные проблемы», Томск, апрель 2003; конференция «Актуальные проблемы детско-подростковой аффектологии», Томск, апрель 2004; конференциях регионального уровня; Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психические нарушения в детско-подростковом возрасте (клинико-терапевтические и социально-реабилитационные аспекты)» (Томск, 22-23 сентября 2004 г.); Научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные аспекты психосоматических исследований» (Томск, 14 октября 2005 г.); межрегиональное общественное движение «Сибирский народный собор» Томское региональное отделение VII съезд «Человек в Сибири: мир семьи», Томск декабрь 2005; межрегиональная межведомственная научно – практическая конференция «Актуальные проблемы современной психиатрии и наркологии», (Омск декабрь, 2005 г.); Российская научно-практическая конференция «Здоровье девочки, девушки, женщины», (Томск, декабрь 2006 г.); региональная конференция «Современная психотерапия в практической медицине» Новокузнецк, (май 2007 г.); Всероссийский гуманитарный форум (с международным участием) «Сибирские Афины» г. Томск, май 2007; Научно-практическая конференция с международным участием, посвященная 100-летию юбилею со дня основания Томской клинической психиатрической больницы «Охрана психического здоровья в демографической политике страны» Томск, октябрь 2008 г.; Межрегиональная научно-практическая конференция «Психическое здоровье семьи в современном мире» Томск, октябрь 2009 г.; 2-я региональная научно-практическая конференция «Клинико-биологические проблемы охраны психического здоровья материнства и детства» Томск, октябрь 2009 г.; региональная научно-практическая конференция «Онтогенетические аспекты психического здоровья» Омск, апрель 2010 г.; Региональная научно-практическая конференция с международным участием «Психическое здоровье детей и подростков: клинико-эпидемиологические и биологические аспекты» Томск, апрель 2010 г.; XV научная отчетная конференция НИИПЗ СО РАМН, Томск, 5-6 сентября 2011 г.; Российская научно – практическая конференция «Актуальные проблемы детской психиатрии», Чита, 13-14 октября 2011 г.

**Публикации.** Всего по теме диссертации опубликовано 67 работ, в том числе 1 глава в монографии, 2 работы в зарубежных журналах и 13 работ в реферируемых изданиях, включенных в перечень ВАК РФ.

**Структура и объем работы.** Диссертация изложена на \_\_\_\_ листах, состоит из введения и 6 глав, включающих обзор литературы, характеристику материала и методов исследования, практических рекомендаций, заключения, выводов. Библиографический список включает \_\_\_\_ наименований (\_\_\_\_ отечественных, \_\_\_\_ зарубежных авторов). В работе приводятся \_\_\_\_ таблиц, \_\_\_\_ рисунков, 3 схемы, 7 клинических иллюстраций.

## **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

В соответствии с поставленной целью и задачами исследования основная работа проводилась в несколько этапов.

Первый этап включал сравнительный анализ показателей распространенности непсихотических психических расстройств в подростко – юношеской популяции (на базе клиники ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН. Основная клиническая группа составила 803 человека (433 юноши, 370 девушек, средний возраст  $17,33 \pm 2,3$  года). Подростковый возраст рассматривался нами в пределах 14 – 17 лет, в соответствии с рекомендациями ВОЗ от 2001 г., и с существующими учетными формами, юношеский возраст с 18 до 23 лет.

Группа пациентов подросткового возраста составила 300 человек (средний возраст  $16,13 \pm 2,3$  года), из них юноши 55%, девушки 45%. Группа пациентов юношеского возраста составила 503 человека, средний возраст ( $21,6 \pm 2,3$  года), из них юноши составили 53,3%, а девушки 46,7%.



Группы сравнения:

*Группа сравнения 1 состояла:*

- из школьников 196 человек, средний возраст ( $14,92 \pm 1,6$  лет), юноши составили 54,1%, девушки 45,9 %;

- учащихся ПТУ 78 человек, средний возраст ( $16,64 \pm 1,94$  лет), 9% девушек и 91 % юношей, данное соотношение свидетельствует о том, что обследование проводилось в ПТУ технического профиля, где обучаются в основном юноши;

- студенты вузов 122 человека, средний возраст ( $17,63 \pm 0,98$  лет).

Возрастное распределение пациентов основной клинической группы в возрастном диапазоне составило: 14 лет (2,5%), 15 лет (9%), 16 лет (19,8%), 17 лет (10%), 19 лет (15%), 21 год (12%), 22 года (14 %), 23 года (17,7%).

*Группа сравнения 2 (региональный аспект):*

- школьники г. Колпашево - 83 человека, средний возраст  $14,53 \pm 1,46$ , юноши составили 45,8%, девушки 54,2%.

- школьники г. Москвы – 84 человека, средний возраст  $15,99 \pm 0,7$ , юноши составили 69%, девушки 31%.

- школьники г. Томска – 196 человек, средний возраст  $14,19 \pm 1,47$ , юноши составили 51,5%, девушки 48,5%.

На втором этапе были проанализированы данные (первой группы сравнения) школьники г. Томска 49,9% ( $n = 196$ ), средний возраст  $14,92 \pm 1,6$ , учащиеся ПТУ 19,8% ( $n = 78$ ), возраст  $16,64 \pm 1,94$  и студенты вузов 31% ( $n = 122$ ), возраст  $17,63 \pm 0,98$ . Исследование проводилось согласно документам регламентированным локальным этическим комитетом. На каждого обследованного заполнена разработанная для настоящего исследования «Базисная карта психического здоровья», которая заполнялась на основании клинического, экспериментально – психологического, нейрофизиологического обследования, беседы с преподавателями, социальными работниками, родителями, характеристик, амбулаторных карт болезни. При исследовании соблюдались принципы информированного согласия и партнерства. Это позволило определить клинико-динамические особенности непсихотических психических расстройств.

*Критерии включения:*

1.Согласие на участие в обследовании и соблюдение всех предписаний.

2.Возрастной диапазон 14 лет – 23 года.

3. Наличие психического расстройства удовлетворяющего следующим рубрикам МКБ – 10: другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга, либо вследствие физической болезни (F 06), неуточненные органические или симптоматические психические расстройства (F 09), психические расстройства и расстройства поведения, связанные (вызванные) с употреблением психоактивных веществ (F1), расстройства настроения (F 3), невротические расстройства, связанные со стрессом (F 4), поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F 5), расстройство привычек и влечений (F 63). Расстройства половой идентификации (F 64). Нарушение психологического (психического) развития (F 8), эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте (F9).

*Критерии исключения:*

- 1.Отсутствие согласия со стороны обследуемого или его родителей.
- 2.Острое соматическое заболевание.
- 3.Острое психотическое расстройство.
4. Умственная отсталость.

Методологической основой исследования стал онтогенетический подход, который при рассмотрении проблем психического здоровья позволяет дифференцировать изучаемый контингент по возрастным периодам.

На третьем этапе исследования проведен сравнительный региональный анализ социально – демографических, конституционально – биологических характеристик(группа сравнения вторая) учащихся школ г. Колпашево 22,3% (n = 83) средний возраст  $14,53 \pm 1,46$ , г. Томска 54% ( n = 196), средний возраст  $14,19 \pm 1,47$  54% и г. Москвы 23,1 % (n = 84), средний возраст  $15,99 \pm 0,70$ .

На четвертом этапе разработаны и внедрены дифференциальные комплексные программы. Предложена и внедрена в работу функциональная модель организации помощи подросткам на базе НПО (начального профессионального образования).

## **МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Основным инструментом исследования являлся модифицированный вариант «Базисной карты стандартизированного описания пробанда и родственников», позволяющий оценить клинические, биологические и социально – динамические показатели, диагностику по критериям МКБ – 10. Руководством к формализации психопатологических расстройств служили методические указания и глоссарий к заполнению базисной карты. Для объективизации использовались амбулаторные медицинские карты, сведения со слов родителей и социальных педагогов.

В качестве основных методов исследования использовались: 1) клинический метод, включающий в себя беседу, клиническое обследование. (все респонденты клинической и клиничко – статистической группы дали добровольное согласие на участие в обследовании, было получено информированное согласие. Полученные данные в результате всего набора методов исследования (клиничко – психологического, клиничко – биологического, клиничко – динамического) были занесены в специально разработанную «Карту формализации данных для подростково – юношеского возраста с непсихотическими психическими расстройствами». Карта представлена несколькими разделами: социально – демографический, включающего сведения о наследственности, вредных привычках родителей, взаимоотношениях в семье, типах воспитания, образовании, социальном статусе, жилищно – бытовых условиях, социальном окружении. Оценке подвергались онтогенетические факторы (пол, возраст, особенности раннего онтогенеза, антенатального и перинатального периода развития, оценка раннего развития, онтогенетические стрессовые воздействия, наличие невротических эпизодов, основные черты характера в детстве). 2) прямое наблюдение; 3) собеседование с близкими и родственниками пациентов; 4) клиничко-психопатологический; 5) клиничко-динамический (оценка динамики клинических характеристик НППР). В качестве дополнительных методов применялись: соматоневрологический, офтальмологический; нейрофизиологический (ЭЭГ, ЭКГ); лабораторный (общий анализ крови, биохимия крови); Степень выраженности психических нарушений, уровень социальной адаптации, пикацизм, сезонность в течении аффективных расстройств оценивались с помощью ряда специальных оценочных шкал: 1) объективная оценка степени выраженности депрессии, производилась с помощью шкалы депрессии Бека (Beck Depression Inventory; BDI) (Beck A. T. et al., 1961); 2) шкала Шихана предназначена для определения уровня тревоги; 3) шкала Спилбергера – Ханина, разработанная Ч.Д. Спилбергером (США) и адаптирована

Ю.Л. Ханиным (Карелин А.А., 2001) для оценки личностной и ситуативной тревожности; 4) опросник Басса – Дарки, позволяющий провести качественный анализ агрессивности; 5) опросник для диагностики дефицита железа, особенностей сенсорики, пищевого поведения, иммунодефицита; 6) тест нервно – психической адаптации (Гурвич И.Н., 1992), позволяющий определить место индивидуума на континууме нервно – психической адаптации; 7) определение субъективного уровня социальной адаптации пациентов и его сравнительная оценка в основной и контрольной группах. С этой целью использовалась шкала социальной адаптации (Social Adaptation Self-evaluation Scale, Bosc M. et al., 1997), которая позволяла оценить степень адаптированности пациентов в разных сферах жизнедеятельности; 8) опросник для определения сезонных аффективных нарушений (SPAQ-CA) (модифицированный), в котором были отражены социально – демографические показатели, оценка сезонного паттерна в течение аффективных расстройств; 9) индивидуальный режим активности определялся с помощью вопросника А. А. Путилова (1997) для определения режима активности; 10) измерение индекса массы тела. для сравнения массы тела пациентов мы использовали индекс массы тела (ИМТ, индекс Кетле) — показатель, рекомендованный всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ); 11) патохарактерологический опросник (ПДО) Н.Я. Иванова, А.Е. Личко (1983) разработан в отделении подростковой психиатрии Психоневрологического института им. В.М.Бехтерева, является оригинальным и высокоэффективной психологической методикой для диагностики и квалификации акцентуаций характера и психопатий в подростково – юношеском возрасте 14 – 23 года, В качестве психодезадаптационных состояний доклинического уровня нами рассматривались отдельные проявления, которые трудно было отнести к какой-либо определенной патологии вследствие их полиморфности, синдромальной незавершенности и крайней вариабельности. Критерии диагностики донозологических форм ПНПР определялись согласно Семечову С.Б., 1987; Семке В.Я., 1997: 1) отклонения от нормы, не выраженные в данный момент и не подходящие ни под одно из существующих клинических описаний болезни (вероятность перехода в нозологию различна; 2) предболезнь предполагает неглубокий уровень психических изменений, когда имеется субклиническая представленность симптомов в атипичном, фрагментарном, абортивном и непостоянном виде; 3) дононологию можно применять к тем индивидам, которые «постоянно живут на границе между болезнью и здоровьем» (Ганнушкин П.Б., 1964).

Оценка эффективности терапии и реабилитационных мер в целом проводилась с использованием клинико-катамнестического метода, (продолжительность катамнестического наблюдения составила от 1,5 до 3 лет) и «Шкалы оценки эффективности терапии больных пограничными состояниями» В.Я.Семке 1981, 1999), учитывающая три комплексных параметра: клинический, нейрофизиологический, социально-трудовой. Данная шкала предусматривает всё многообразие форм выздоровления – от полной реституции до труднокурабельных, затяжных состояний (наблюдаемых в рамках невротических, патохарактерологических, патологических развитии личности): полное выздоровление, практическое выздоровление, неполное выздоровление, незначительное выздоровление, отсутствие выздоровления.

Согласно этой шкале состояние «А» приравнивалось к полному выздоровлению (полное восстановление социального и трудового статусов); «В» - практическому выздоровлению (с необходимостью проведения эпизодических социотерапевтических мероприятий); «С» - неполному выздоровлению (с наличием отдельных невротических и патохарактерологических симптомов, нерезких нейрофизиологических сдвигов) и восстановлению трудоспособности, способности к обучению; «Д» - незначительному улучшению (с элементами послабления эмоционально-волевых нарушений, редукцией других психопатологических расстройств, частичным восстановлением социально-учебно-трудовой адаптации, незначительным выравниванием нейрофизиологических параметров).

Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с использованием электронных таблиц «Excel» и пакета программ «Statistica for Windows (V.

6.0)». Обработка данных проводилась с использованием непараметрических статистических методов. Для сравнения зависимых переменных использовался дисперсионный анализ Фридмена (ANOVA), вычислялись коэффициент  $\chi^2$  (хи – квадрат).

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

### Клиническая типология непсихотических психических расстройств в подростковом – юношеском возрасте.

Типология и группирование пациентов осуществлялось в соответствии с диагностическими критериями МКБ – 10 (табл. 1).

Основная группа численностью 803 человека, состояла из пациентов подросткового и юношеского возраста.

Таблица 1

Нозологическая структура в основной клинической группе		
Группы	Разделы МКБ - 10	Абс.
Группа 1	F 0. Органические, включая симптоматические психические расстройства	126
Группа 2	F 1. Психические и поведенческие расстройства, вследствие приема психоактивных веществ	88
Группа 3	F 3. Аффективные расстройства настроения	89
Группа 4	F 4. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства	348
Группа 5	F 5 .Поведенческие синдромы. Связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами	85
Группа 6	F 6. Расстройства личности и поведения .	47
Группа 7	F8. Нарушение психологического (психического развития)	1
Группа 8.	F 9.Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся в детском и подростковом возрасте	19
Итого		803

В обследуемой выборке чаще были отмечены расстройства невротической природы (F 4) 43,4% (n = 348) ( $p < 0,05$ ,  $\chi^2$  - статистика), преобладающие в юношеском возрасте 48,3% (n= 243), а в подростковом возрасте составили 35% (n = 105) ( $p < 0,05$ ,  $\chi^2$  - статистика).

Таблица 2

Типология нозологических расстройств в основной клинической группе

Группы	Подростковый возраст		Юношеский возраст		Всего	
	(n=300)		(n = 503)			(n= 803)
	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.		
Группа 1 (F0)	53	17,7%	73	14,5%	126	
Группа 2 (F 1)	13	4,3%	75	14,9%	88	
Группа 3 (F 3)	44	14,7%	45	8,9%	89	
Группа 4 (F 4)	105	35%	243	48,3%	348	
Группа 5 (F 5)	75	25%	10	1,9	85	
Группа 6 (F 6)	0	0	47	9,3%	47	
Группа 7 (F 8)	0	0	1	0,2%	1	
Группа 8 (F 9)	10	3,3%	9	1,8%	19	

Преобладание нозологической группы «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F4) в 43,3% случаев, в юношеском подгруппе 48,3%, в подростковой 35%;. «аффективные расстройства» (F3) составили 11,08%, в подростковой подгруппе 14,7%, в юношеской 8,9%.; «другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга, либо вследствие физической болезни» (F 06) 15,7%, преобладание в подростковой группе соответственно 17,7% и 14,5%.

Преобладание нозологической группы «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F4) в 43,3% случаев, в юношеском подгруппе 48,3%, в подростковой 35%;. «аффективные расстройства» (F3) составили 11,08%, в подростковой подгруппе 14,7%, в юношеской 8,9%.; «другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга, либо вследствие физической болезни» (F 06) 15,7%, преобладание в подростковой группе соответственно 17,7% и 14,5%.

Клинико-эпидемиологическое изучение НППР обнаружило их рост среди подросткового населения и лиц молодого возраста в последние годы (Дмитриева Т.Б., 1999; Миронов Н.Е., 1999; Гурович И.Я. с соавт.,2000; Кузенкова Н.Н.,2003, Семке В.Я.,

2009; Чуркин А.А., 2011; Ступина О.П., 2012). Следует отметить наиболее высокий уровень распространенности в населении пограничной патологии, и ее крайне низкую выявляемость традиционными психиатрическими методами (по самостоятельной обращаемости больных) (Жариков Н.М., 1983). Для того чтобы установить близкую к истине распространенность НППР, выявить больных на максимально ранних этапах развития заболевания и тем самым повысить эффективность превентивных и реабилитационных мер необходимо проведение массовых профилактических осмотров отдельных групп населения (Семке В.Я., Положий Б.С., 1990; Потапкин И.А., 2001, Пальянова И.А., 2004; Агарков А.А., 2010). Одной из задач данного исследования было определение распространенности НППР среди школьников, учащихся системы начального профессионально-технического образования и студентов вузов.

Критерии диагностики донозологических форм НППР определялись согласно Семечову С.Б., 1987; Семке В.Я., 1997. В таблице 3 представлена структура психического здоровья.

Наименее представлена была нозологическая группа (F 8) «нарушения психологического (психического) развития» 0,1% (n=1).

Таблица 3

Доклинические проявления непсихотических психических расстройств

	Школьники		Учащиеся ПТУ		Студенты вузов
	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.	Абс.
Неврозоподобный	23	51,1	9	23,1	5
Аффективный	17	37,8	25	64,1	21
Психопатоподобный	5	11,1	5	12,8	7
Итого	45	100	39	100	33

Как показывает указанное распределение, среди пациентов подросткового возраста преобладали нарушения неврозоподобного психопатологического регистра 47,7% (n=143), а в юношеском возрасте психопатология аффективного регистра 52,5% (n=264). Были выделены психопатологические профили, определяемые ведущими синдромами: 1) НППР невротического профиля (астенический тип НППР) – 31,6% (n=37); 2) НППР аффективного профиля (депрессивный тип НППР) – 53,8% (n=63); 3) (психопатоподобный тип) НППР – 14,5 (n=17).

Таблица 4

Структура психического здоровья в группах учащихся ступеней образовательного развития

Здоровые	С доклиническими	С клиническими	Всего
----------	------------------	----------------	-------

	состояниями				формами НППР		
	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.	Абс.
Школьники	93	47,3	45	23	58	29,7	196
Учащиеся ПТУ	2	1,9	39	50,1%	37	48	78
Студенты вузов	62	50,8	33	26,9	27	22,3	122
Итого	157	100	117	100	122	100	396

Сплошное клинико-эпидемиологическое обследование позволило выделить 3 группы учащихся по состоянию их психического здоровья: - группу здоровых в психическом отношении составили школьники 47,3%, наименее здоровы учащиеся ПТУ 1,9%. Группа с клиническими формами НППР преобладала среди учащихся ПТУ 48%, доклинические состояния также преобладали в группе учащихся ПТУ 50,1%. При анализе психического состояния здоровья обследуемых в гендерном аспекте, следует отметить, что наиболее часто доклинические состояния встречались у юношей 56,5% ( $p < 0,05$ ), а клинические формы у девушек 49,2%.

Распределение вариантов доклинических форм НППР представлены в таб. 5. Далее мы рассмотрим проявления доклинических форм.

Таблица 5

Распределение вариантов доклинических форм группы сравнения

	Школьники		Учащиеся ПТУ		Студенты вузов
	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.	Абс.
Невротический	23	51,1	9	23,1	5
Аффективный	17	37,8	25	64,1	21
Психопатоподобный	5	11,1	5	12,8	7
Итого	45	100	39	100	33

Из таблицы 5 следует, что самым распространенным вариантом доклинических проявлений был аффективный 53,8%, который имел выраженность от состояния легкого психического дискомфорта до подавленности, пассивных суицидальных мыслей. Аффективный вариант преобладал в группе учащихся ПТУ 64,1%. Аффективный вариант психодезадаптационных нарушений характеризовался проявлениями тревожного и депрессивного в виде внутреннего напряжения, пессимистической оценкой настоящего и будущего, раздражительность с повышенной истощаемостью, недовольство окружающими, раздражительность, озлобленность вплоть агрессивного поведения. Аффективный вариант психодезадаптационных нарушений отмечался у подростков, акцентуированных по неустойчивому, гипертимному и лабильному типам.

Невротический вариант донозологических форм достоверно преобладал в группе школьников 51,1% ( $p < 0,05$ ). На первый план при данном варианте донозологического расстройства выступало снижение памяти, быстрая истощаемость, утомляемость, низкая работоспособность, утрата интереса к учебе, появление раздражительности, обидчивости, плаксивости, часто беспокоили головные боли. Наиболее часто формирование данного варианта отмечалось у акцентуированных личностей (неустойчивых, психастенических) личностей, часто на фоне соматически ослабленной почвы (склонность к частым простудным заболеваниям, инфекциям и т.д.). Данный вариант наблюдался у подростков с резидуально – органическими заболеваниями.

Психопатоподобный вариант достоверно чаще встречался в группе студентов вузов 21,2%. Психодезадаптационные нарушения с психопатоподобными проявлениями были представлены раздражительностью, склонностью к отклоняющемуся поведению. Часто жаловались на нарушение сна, головные боли, раздражительность, не умение контролировать свои действия. Подобная психическая дезадаптация часто наблюдалась у подростков с резидуально – органическими явлениями. Психопатоподобный доклинических форм НППР чаще отмечался у лиц акцентуированных по эпилептоидному, неустойчивому и гипертимному типам.

На третьем этапе исследования был проведен сравнительный региональный анализ социально – демографических, конституционально – биологических характеристик (группа сравнения вторая) учащихся школ г. Колпашево 22,3% ( $n = 83$ ) средний возраст  $14,53 \pm 1,46$ , г. Томска 54% ( $n = 196$ ), средний возраст  $14,19 \pm 1,47$  54% и г. Москвы 23,1 % ( $n = 84$ ), средний возраст  $15,99 \pm 0,70$ .

Среди обследованных школьников более высокий уровень психического здоровья показали школьники из г. Москвы 44,9%, школьники г. Колпашево 29,9%, г. Томска 25,2% ( $p < 0,05$ ). В группе с донозологическими состояниями преобладали школьники г. Москвы 38,6% и г. Томска 34%. Группа с клиническими формами НППР преобладала у школьников г. Колпашево 42,7% и г. Томска 40,8%, достоверные отличия с группой школьников из г. Москвы 16,5% ( $p < 0,05$ ).

Рисунок 1. Общая характеристика психического здоровья школьников в региональном аспекте.

Распределение вариантов доклинических форм НППР представлены в таб. 5 (региональный аспект). Далее мы рассмотрим проявления доклинических форм.

Таблица 6

Доклинические формы психического здоровья среди школьников

	г. Колпашево		г.Москва		г.Томск
	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.	Абс.
Аффективный	16	69,6	12	37,5	26
Невротический	4	17,4	13	40,6	28
Психопатоподобный	3	13	7	21,9	13



Итого	23	100	32	100	67
-------	----	-----	----	-----	----

Из таблицы 6 следует, что самым распространенным вариантом доклинических проявлений был аффективный вариант, составивший 44,3%, достоверно преобладал в 1 группе 69,6% и 3 группе 38,8%, достоверных различий между 2 и 3 группами не было. ( $p > 0,05$ ): Невротический и психопатоподобный вариант доминировал во 2 группе школьников (г. Москва), соответственно 40,65 и 21,9%..

В двух группах сравнения школьники г. Москвы и г. Томска преобладали юноши ( $p < 0,001$ ,  $\chi^2$  - статистика). Корреляционный анализ по Спирмену позволяет констатировать гендерные отличия между группами школьников г. Томска и г. Москвы ( $R_s = 0,281$ ,  $p < 0,005$ ) и группой школьников г. Колпашево и г. Москвы ( $R_s = 0,273$ ,  $p < 0,005$ ), в которых доминировали юноши.

### **Формирование непсихотических психических расстройств в подростково – юношеском возрасте**

В ходе исследования у всех пациентов основной группы и групп сравнения (1562 человека) проанализированы биологические, социально– средовые и психологические факторы, влияющие на формирование непсихотических психических расстройств.

Так, наследственная отягощенность достоверно чаще встречается в подростковой популяции в основной клинической группе, где преобладали аффективные расстройства у родственников, которые составили 38% ( $n=114$ ), однако достоверные различия выявлены только у родственников, учащихся ПТУ составившие 19% ( $n=12$ ) ( $p < 0,05$ ). Психические заболевания не аффективного характера составили 65,1% ( $n=41$ ). достоверно чаще встречается среди учащихся ПТУ ( $p < 0,001$ ;  $t = 3,8234$ ). Достоверно чаще, в сравнении с когортой юношеского возраста аддиктивные нарушения (преимущественно алкогольной, наркотической зависимостью) и расстройством личности встречались в основной клинической группе 23,7% ( $n= 119$ ) и в группе учащихся ПТУ 20% ( $n=3$ ), у студентов вузов показатель составил 9,1% ( $n=4$ ), ( $p < 0,05$ ). По мнению В.В. Ковалёва (1995), этиологическая роль генетического фактора с возрастом меняется. В раннем детстве наследственные факторы зачастую являются непосредственной причиной НППР. Тогда как в подростковом возрасте генетический фактор приобретает значение предрасполагающего.

Анализируя соматическую отягощенность молодых людей необходимо отметить, что соматическая патология у родителей в исследуемых группах отсутствовала лишь в 2,2% случаев ( $n=15$ ). Наименее благополучной была представлена группа сравнения студентов вузов и составила 3,3% ( $n=4$ ). В основной группе преобладала сердечно – сосудистая патология 38,2% ( $n=191$ ), в группах сравнения распределение представлено следующими показателями группа школьников смешанные заболевания 26,5% ( $n=52$ ), группа учащихся ПТУ онкологическая патология 19,2% ( $n =15$ ) и группа 2 студентов вузов сердечно – сосудистые заболевания 18% ( $n=22$ ). Статистический анализ по критерию Манну – Уитни подтверждает достоверность соматической отягощенности как по линии матери, так и отца в основной клинической группе и группе школьников и учащихся средних учебных заведений ( $p < 0,005$ ).

#### Патология перинатального, антенатального и неонатального периода.

Патология перинатального периода чаще всего проявлялась рождением недоношенных детей, роды с помощью кесарева сечения, стремительные, затяжные роды и асфиксия плода в родах. Повреждение мозга у ребенка увеличивает риск возникновения психических проблем. У подростков без различных повреждений мозга, но с

определенными физическими недостатками (например, болезни мышечной ткани) психические проблемы встречаются гораздо реже. В случае травматического повреждения мозга риск того, что у подростка будут психические проблемы, повышается независимо от психосоциальных факторов. Анализируя представленные результаты следует отметить, что в подростковой группе статистически достоверной разницы не было выявлено, так как патология была выявлена как в основной группе и составила в 64,4% случаев ( $n=193$ ) ( $p<0,05$ ,  $\chi^2$  - статистика), так и в группах сравнения у школьников данный показатель составил 61,2% ( $n=120$ ), а у учащихся ПТУ 62% ( $n=39$ ). В группе юношеского возраста показатель патологии составил 59,2% ( $n=298$ ), и учащихся средних учебных заведений 46,5% ( $n=7$ ). В основной клинической группе и учащихся средних учебных заведений была отмечена алкоголизация матери и отца. Что подчеркивает высокий уровень формирования непсихотических психических расстройств в данной популяционной группе. Патология перинатального периода достоверно чаще отмечалась как в основной клинической группе, так в группах сравнения в подростковом возрасте 62,3% ( $n=187$ ), и юношеском 57% ( $n=287$ ) ( $p<0,05$ ).

Патология раннего неонатального периода (первый год жизни) оценивалась по наличию соматических и неврологических расстройств (со слов родителей, и медицинской документации). В группе подросткового возраста патология наблюдалась чаще в основной группе 84,7% ( $n=254$ ), и группе сравнения у учащихся ПТУ 82,5% ( $n=52$ ), по сравнению с группой школьников и студентов вузов ( $p<0,05$ ). Необходимо отметить, что если в первом случае чаще наблюдались инфекционные и соматические заболевания, во втором же случае преобладали ЧМТ. Ранние постнатальные вредности (соматические расстройства, физические травмы) до трех летнего возраста доминировали в группе сравнения школьники (71,1%), чаще выявлялись при патохарактерологическом и психопатологическом развитии (27,8%).

Травма мозга, энцефалит, менингит чреват серьезными последствиями для формирующейся нервной системы. Черепно-мозговые травмы после трехлетнего возраста (легкие, без потери сознания, с кратковременной потерей сознания) преобладали в группе сравнения - студентов 50,0% ( $n=61$ ) и группе учащихся ПТУ - 41,0% ( $n=32$ ). А в основной группе ЧМТ составили 37,5% ( $n=113$ ). Данные результаты подтверждены нейрофизиологическими исследованиями (ЭЭГ) свидетельствующие о преобладании общемозговых нарушений 22,9% ( $n=69$ ) и гиперреактивности на внешние сенсорные стимулы 15,4% ( $n=46$ ). Заключение невролога были представлены диагнозами ВСД 16,8% ( $n=50$ ); рассеянной неврологической симптоматикой 14,4% ( $n=43$ ), последствиями ЧМТ, инфекций и интоксикаций 14,3% ( $n=43$ ). Психофизиологическое развитие позволяет не только оценить физиологические и психические особенности подростка, но и проанализировать и прогнозировать НППР. Раннее психофизиологическое развитие способствует хорошей социальной адаптации. Позднее развитие, часто связанное с плохой моторикой, запоздалым развитием речи и дислексией, способствует плохой приспособляемости к внешним условиям, часто такие подростки склонны к аффективным и аутодеструктивным нарушениям (Frisk, 1999).

К факторам риска, частично обусловленным генетическим влиянием можно отнести некоторые индивидуальные характеристики, такие как повышенная импульсивность, стремление к поиску новизны, синдром детской гиперактивности, нарушение поведения в детстве (экстернализованное поведение).

Анализ невротических эпизодов (страхи, заикание, энурез, сногворение, судороги) в детстве в исследуемых группах в порядке убывания представлен группой студентов вузов – 59,8%; учащихся ПТУ – 58,9% и группой школьников – 53,7%, в основной группе показатель невротических расстройств в детстве составил 51,1% ( $p<0,05$ ,  $\chi^2$  - статистика).

Возрастные периоды развития ребенка имеют неодинаковое значение для возникновения тех или иных психических расстройств, но период психобиологического развития, каковым является детство, оказывается в этом отношении более уязвимым. Психическое развитие у детей происходит неравномерно, однако в определенные

периоды оно становится еще и дисгармоничным, когда формирование одних функций отстает от других или их опережает (Гурьева В.А. с соавт., 2007).

В нашей работе мы рассматриваем «психический дизонтогенез», который может проявляться общей или парциальной акселерацией (ускорением развития), ретардацией (отставанием) и асинхронией (сочетанием ускорения развития одних функций, систем или компонентов личности и задержкой развития других, регрессом (оживлением форм реагирования и функционирования, нормальных для более раннего возраста, но архаичных для настоящего возраста). Дизонтогенез не является ни синдромом, ни нозологической формой, а означает в широком смысле нарушение, искажение онтогенетического развития. Оценка раннего развития в нашем исследовании позволила определить, что своевременное развитие преобладало у лиц подросткового возраста, группы студентов вузов - 56,6%(n = 69) и учащихся ПТУ - 43,6%(n = 34). Задержка развития преобладала в группе учащихся ПТУ 26,9% (n = 21) по сравнению с другими группами ( $p < 0,005$ ,  $\chi^2$  - статистика). Искаженное развитие и признаки инфантилизма преобладали в основной группе и соответственно составили 20,0%(n = 60) и 22,4% (n = 67), по сравнению с группами сравнения ( $p < 0,005$ ,  $\chi^2$  - статистика)

Соматически здоровые молодые люди выявлены лишь в 6,3% случаев (n=44). Наиболее часто встречающимися расстройствами в исследуемых группах были выделены ОРЗ, простуда - составившая 34,2% (n=238) и инфекционные заболевания 24,4% (n=170). Редко болеющими была представлена группа школьников 8,5% (n=17) и студентов вузов. Часто болеющие была представлена группа учащихся ПТУ 96,1% (n=75) ( $p < 0,05$ ,  $\chi^2$  - статистика). Таким образом собственные исследования и литературные данные (Дмитриева Т.Б., 2003, Ветлугина Т.П., Иванова С.Н., 2008, 2009, Невидимова Т.И., 2003, 2009) позволяют предположить, что эмоциональные расстройства, частота зависимого поведения, соматическая уязвимость связаны в одну физиологическую цепь и нуждаются в дополнительном изучении. Корреляционный анализ по Спирмену позволяет констатировать влияние экзогенных факторов в группе учащихся ПТУ ( $r = 0,23$ ,  $p < 0,05$ ), на формирование непсихотических психических заболеваний.

Психосоциальный фактор – условия воспитания, является одним из важнейших условий комфортности в жизни молодых людей. Ровное, заботливое воспитание составило 0,12% в основной клинической группе, в группе школьников 36,08%, учащихся ПТУ 23,08% и студентов вузов 29,55%. Невысокий уровень теплых взаимоотношений «ребенок – родитель» был максимально представлен группой учащихся ПТУ ( $p < 0,05$ ,  $\chi^2$  - статистика).

Семейный фактор традиционно рассматривается как патогенетический в формировании личностных расстройств (Семке В.Я., 2004; Иванова Т.И., Куприянова И.Е., 2009). Предпринятый в настоящем исследовании анализ депривационных факторов (структура семьи) показал, что подростки и лица юношеского возраста в основной клинической группе реже воспитывались в полной семье соответственно 17,2% и 25,2% ( $p < 0,05$ ,  $\chi^2$  - статистика).

Взаимоотношения между родителями - чаще всего отсутствовали в 29,1% случаев (n=234), так как родители после развода не поддерживали отношения, отцы уклонялись от общения с детьми и выплаты алиментов. Или отношения были нейтральными 29,1% (n=234), конфликтными 19,3% (n=155), в основной группе. При анализе взаимоотношений между родителями группы сравнения, можно отметить, что показатель гармоничных отношений был достаточно высок в семьях школьников и составил 29,5% по сравнению с основной группой и группами сравнения (учащихся ПТУ и студентов вузов), ( $p < 0,05$ ,  $\chi^2$  - статистика).

В группе подростков наиболее гармоничными были взаимоотношения в группе школьников 29,5%, среди подростков клинической группы отношения между родителями отсутствовали, либо были нейтральными, что составило 29,1% по сравнению с другими группами. Конфликтность взаимоотношений между родителями была представлена в

группе учащихся ПТУ 34,7% ( $p < 0,05$ ). Гармоничные отношения между родителями преобладали в группе студентов 27,3% ( $p < 0,05$ ), конфликтные отношения преобладали в группе учащихся ПТУ 60%, выражена достоверность ( $p < 0,05$ ,  $t=1,012$ ). В клинической группе отношения между родителями отсутствовали 33,2%.

Анализ условий воспитания позволил констатировать, что ровное, заботливое воспитание преобладало в группе сравнения студенты вузов - 36,06 % ( $n=44$ ), в основной группе – данный показатель составил лишь 0,12% ( $n=1$ ). Алкоголизация родителей и семейные скандалы преобладали в основной группе и учащихся ПТУ, которые составили в первом случае 15,06% ( $n=45$ ) и 5,12% ( $n=4$ ), а во втором 2,98% ( $n=9$ ) и 14,10% ( $n=11$ ). Условия воспитания являются достоверными (корреляционный анализ по Спирмену) для основной группы составил ( $r=-0,07$ ,  $p < 0,05$ ), группы школьников ( $r=0,12$ ,  $p < 0,05$ ), и для учащихся ПТУ ( $r=0,25$ ,  $p < 0,05$ ). Для студентов вузов данный показатель является недостоверным ( $p > 0,05$ ). Межгрупповое сравнение с использованием критерия Манна Уитни, выше представленные результаты так же подтверждаются и являются достоверными ( $p < 0,005$ ).

Доминирующая стратегия воспитания в клинической группе воспитание по типу «кумира семьи» 24,7% и воспитание по типу «золушки» 24,9%, в группе школьников доминировало воспитание ровное, заботливое 26,72% и противоположный тип воспитания безнадзорность 11,8%. Учащиеся ПТУ воспитывались по типу гипоопеки 28,20%, безнадзорности 14,10% и семейных скандалов 14,10%. Подростки расценивали отношение своих родителей к себе, как недостаточное, а отсутствие внимания, заботы способствовало тому, что подростки оказывались предоставленные самому себе. Необходимо отметить, что у подростков в 13,9% случаев, в семье преобладала неблагоприятная обстановка в виде алкоголизации родителей 9,73% и семейных скандалов 4,17%. Наиболее дисгармоничной обстановка была представлена в основной клинической группе 17,98% и группе сравнения учащихся ПТУ 19,22% по сравнению с другими группами сравнения ( $p < 0,05$ ,  $X^2$  - статистика). Отмечались и факты лишения свободы отца 3,9% ( $n=32$ ), матери 0,9% ( $n=7$ ).

Никотиновая зависимость также была свойственна родителям основной группы 45,7% ( $n=137$ ), в группа сравнения представлена учащими ПТУ отец 34,6% ( $n=27$ ) - никотинизм, мать 61,5% ( $n=48$ ) достаточно часто употребляла никотин в данной группе (21,5%,  $p < 0,05$ ). Курение отца в группах сравнения (группа школьников) и гр. 1А согласно критерию Манна – Уитни данный показатель является достоверным. Употребление наркотических веществ было выявлено у отцов подростков основной группы в 2,2% ( $n=18$ ), из них в 0,9% ( $n=7$ ), находились на лечении у нарколога. В группе сравнения преобладали отцы школьников 4,1% ( $n=15$ ). Анализ нахождения в местах лишения свободы отца или матери проводилось во всех группах. Так лишение свободы отцом доминировало в группе учащихся ПТУ 7,7% ( $n=6$ ), менее представлена была студентов высших учебных заведений 0,8% ( $n=1$ ). Лишение свободы матери также преобладало в группе учащихся ПТУ 2,6% ( $n=2$ ), в группе студентов вузов матери не были лишены свободы ( $p < 0,05$ ,  $X^2$  - статистика).

Анализируя фактор воспитания и формирования непсихотических психических нарушений можно отметить, что в основной группе преобладали характерологические и патохарактерологические реакции в 26,27% случаев. В данном случае доминировали типы воспитания - семейные скандалы - 8,24%, гиперопека - 37,5% и сочетанные неблагоприятные гипопротективные типы воспитания составили - 33,33%. В группе сравнения группа школьников в 17,07% случаев АДП отсутствовало, а на формированию ПХР оказывало влияние по типу гипоопеки 23,81%, кумира семьи 23,33% и безнадзорности 16,28%. Группы ПТУ и студентов вузов также была представлена доминированием ПХР в 25,64% и 2,95% случаях. Сопоставляя АДП и тип воспитания можно отметить, что для суицидальной формы аутодеструкции характерно было воспитание по типу «золушка» 25,0% в основной группе, в группе школьников «ежовые рукавицы» 10,71%, студенты вузов- повышенной моральной ответственности 50,0%. Виктимное поведение (поведение жертвы) в основной группе - «кумир семьи» 14,57%,

школьники - безнадзорность 11,11%, Учащиеся ПТУ алкоголизация родителей 25,00% и студенты вузов «тип золушки» 50,00%. Корреляционный анализ по Спирмену позволил подтвердить гипотезу исследования. Типы и условия воспитания влияют на формирование не психотических психических расстройств - характерологических отклонений ( $p < 0,0001$ ,  $t = 7,57$ ), алкогольной зависимости ( $p < 0,0001$ ,  $t = 6,60$ ) и суицидального поведения ( $p < 0,0001$ ,  $t = 4,64$ ), на формирование наркотической зависимости не оказывают влияние ( $p < 0,249$ ,  $t = 1,16$ ).

Сравнивая полученные результаты, представленные следует отметить, что наименьший образовательный ценз родителей преобладал в основной группе 0,74%, высокий образовательный ценз преобладал в группе школьников, высшее образование было у родителей в 54,54% случаев ( $p < 0,05$ ,  $\chi^2$  - статистика). Но также были выявлены случаи и незаконченного среднего образования у родителей в 0,43% ( $n = 4$ ). Основываясь на результатах корреляционного анализа (по Спирмену) необходимо отметить, что образование отца в группе основная группа составило ( $r = 0,07$ ,  $p < 0,05$ ), и в группе школьников ( $r = 0,11$ ,  $p < 0,05$ ), что несомненно влияло на формирование личности, в группе учащихся ПТУ и студентов вузов показатель был недостоверным ( $p > 0,05$ ,  $\chi^2$  - статистика). Рассматривая профессиональный статус родителей, следует отметить, что в основной группе преобладала однородность профессией (квалифицированный рабочий отец 34,6%; и мать 17,4%, а в группе безработных доминировали женщины 4,6%, мужчины составляли 0,8%). Незначительно группа родителей, являлась инвалидами по психическим (0,24%) и соматическим заболеваниям (0,49%). Изучая данные профессионального статуса родителей пациентов группы сравнения можно говорить о том, что учитывая взаимосвязь профессионального статуса и образовательного ценза, социальный статус родителей подростков группы школьников был значительно выше других групп сравнения ( $p < 0,05$ ,  $\chi^2$  - статистика). В данной группе преобладали сотрудники УВД, МЧС, военнослужащие 27,9% (доминировала группа отцов 16,3%), группа служащих составила 16,5%, и коммерсантов 14,6%. Группа учащихся ПТУ представлена профессией родителей - квалифицированный рабочий 54,8% (соотношения равные для матери и отца), и сотрудник торговли 20,7%, в данной группе преобладали женщины. В 2,6% родители представляли группу безработных. Группа студентов вузов представлена профессиональным статусом - квалифицированный рабочий 32,7% (преобладали мужчины 22,9%), сотрудник административно – управленческого аппарата 19,7% (преобладали женщины 15,6%) и наиболее доминирующей группой были безработные 33,7% (преобладали мужчины 18,9%). Корреляционный анализ по Спирмену показывал, что микросоциальные стрессовые воздействия играли большую роль в формировании личности подростков группы школьников ( $r = 0,17$ , ( $p < 0,05$ ), а в других группах данный показатель был мало достоверным ( $p > 0,05$ ,  $\chi^2$  - статистика).

Таблица 7

Значимые факторы нагрузки семейно-средового окружения  
в формировании НППР в подростково-юношеском возрасте

Переменные	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3
Состав семьи	-0,523688		
Условия воспитания	-0,495933		
Образование отца		-0,464741	
Образование матери		-0,453366	
Профессия отца		0,247407	
Профессия матери		-0,4138756	
Взаимоотношения между родителями в доме	0,4141457		
Употребление алкоголя отцом			0,487575
Употребление алкоголя матерью			-0,4394128
Курение - отец			
Курение - мать			-0,598613

Употребление наркотических веществ отцом			- 0,4182072
Употребление наркотических веществ матерью			- 0,113762
Пребывание в местах лишения (отец)			-0,4652842
Пребывание в местах лишения (мать)			-0,410417
Соматические заболевания отца			-0,415663
Соматические заболевания матери			-0,420785
Тип воспитания «кумир семьи»	0,342322		
Тип воспитания «безнадзорность»	0,4343383		
Семейные скандалы	0,475671		
Тип воспитания «золушка»	-0,445358		
Общая дисперсия	4,56727	3,9254447	2,5488534
Доля общей дисперсии	0,083122	0,0572367	0,0454121

Первый фактор представлен переменными: состав семьи ( $r = 0,52$ ), тип воспитания «кумир семьи» ( $r = 0,34$ ), тип воспитания «безнадзорность» ( $r = 0,43$ ), семейные скандалы ( $r = 0,47$ ), тип воспитания «золушка» ( $r = -0,44$ ), взаимоотношения между родителями ( $r = 0,41$ ), условия воспитания ( $r = -0,49$ ). Объединяя эти переменные, представленный фактор можно обозначить как социально-психологическое неблагополучие семьи, отсутствие эмоционального контакта с ребенком, неадекватный сценарий воспитания (табл. 6). Психосоциальный фактор – условия воспитания, является одним из важнейших условий комфортности в жизни молодых людей. Ровное, заботливое воспитание составило 0,12% в основной клинической группе, в группе школьников 26,72%, средних учебных заведений 1,6% и студентов вузов 6,4% (подростковый возраст) и соответственно в юношеском возрасте 0,4% основная группа, 0% - учащиеся ПТУ 4,5% студенты вузов ( $p < 0,05$ ,  $\chi^2$  - статистика).

Отсутствие межличностных отношений, либо формальность преобладала в группе сравнения студентов - 37,7% (по всей видимости это было связано с тем, что студенты были представлены 1 курсом обучения, а обследование проводилось в сентябре) и основной группе - 26%. Стремление к лидерству преобладало в группе сравнения школьники, составило 20,9%. Комфортность доминировала в основной группе – 30,4%, а конфликтность преобладала в группе сравнения учащихся ПТУ – 28,2%. Большую роль в возникновении эмоциональных нарушений играли межличностные отношения со сверстниками и преподавателями. Корреляционный анализ по Спирмену позволяет подтвердить полученные данные в группе основной ( $p < 0,05\%$ ,  $t = 2,45$ ) и группе учащихся ПТУ ( $p < 0,05\%$ ,  $t = 3,84$ ). Другие результаты являются недостоверными ( $p > 0,05$ ). Отношения с преподавателями достоверны в группе студентов вузов ( $p < 0,05$ ,  $t = 2,57$ ). Таким образом, при изучении микросоциального фактора необходимо констатировать его патогенетический вклад в формирование личностных и непсихотических психических расстройств.

Анализируя онтогенетические стрессовые воздействия (критические периоды онтогенеза) необходимо отметить влияние парапубертатного кризиса (2 – 4 лет) в группах сравнения школьники 35,8% ( $n = 70$ ), и группы учащихся ПТУ - 34,6% ( $n = 27$ ); пубертатный кризис доминировал в основной основной клинической группе и составил 34,9%. ( $n = 105$ ). Оценка раннего развития – изучение невротических эпизодов в раннем детстве (страхи, заикание, энурез, сногворение, судороги) были выявлены во всех исследуемых группах, но преобладали данные расстройства в группах сравнения: группа студентов 59,8% ( $n = 73$ ) и группе учащихся ПТУ 53,7% ( $n = 42$ ), группа школьников 53,7% ( $n = 105$ ), наименее выраженными были в основной клинической группе 51,1% ( $n = 153$ ). В детстве у детей были разные реакции на стресс.

Рисунок 2

Реакции на стресс у подростков исследуемых групп

Анализируя представленные результаты на рис. 2 можно говорить о преобладании эмоциональных нарушений во всех группах, но есть и различия в реакциях так в группе учащихся ПТУ преобладали нарушения сознания 23,1% и др. непсихотические расстройства 7,7%. В группе школьников доминировали психомоторные реакции 17,1% , а в основной группе – эмоциональные нарушения 56,3%.

Как следует из результатов исследования у подростков групп сравнения преобладал астенический тип телосложения с убыванием частоты распространенности и был представлен по группам следующими показателями группа учащихся ПТУ 34,6% (n = 27), группа школьников и студентов по 31,7%. Основная клиническая группа была представлена преобладающей группой подростков нормостенического телосложения 48,6% (n = 146). Данные результаты сопоставимы с ИМТ. Соответственно ИМТ во всех исследуемых группах составил ( $20,67 \pm 3,8$ ), в основной группе ( $21,25 \pm 3,26$ ), группа школьников ( $19,47 \pm 4,22$ ), группа учащихся ПТУ ( $21,12 \pm 4,02$ ) и группа студентов ( $20,14 \pm 4,99$ ). Сравнивая основную группу подростков с контрольной группой (студентов и школьников) можно говорить о достоверности полученных результатов ( $p < 0,0001$ ,  $\chi^2$  - статистика). А результаты группы 1А и группы 2В были недостоверны ( $p > 0,0001$ ,  $\chi^2$  - статистика).

Анализ по клиничко – динамическим вариантам формирующихся расстройств личности показал, что астенический тип с наибольшей частотой был представлен у подростков с акцентуацией характера - 35,7%, в меньшей степени при ПХР - 31,21%, и крайне редко при психопатологическом развитии - 10,6%. Инфантильно – грацильный тип телосложения был представлен в основной группе невротическим развитием - 12,3% и патологическим соматическим развитием в 24,5% случаев.

Полученные данные мы считаем, обусловлены клиничко – патогенетическими механизмами развития аффективной патологии и аутодеструктивного поведения. Преобладающей психофизиологической характеристикой было отмечено преобладание возбудимости во всех группах, наиболее уравновешенными была представлена группа студентов 16,4% (n = 20), преобладание возбудимости было выявлено в группе учащихся ПТУ 58,9% (n = 46), ( $p < 0,05$ ,  $\chi^2$  - статистика). Полученные результаты (преобладание возбудимости) можно отнести к формированию поведения в детстве в форме синдрома детской гиперактивности.

Личностные особенности исследуемых молодых людей определялись (при проведении беседы и экспериментально – психологического исследования, с использованием опросника ПДО).

Анализ полученных результатов показал, что у подростков исследуемых групп в преморбиде преобладали истероидные черты 15,9% (n=111), эпилептоидные 13,6% (n=95) и циклоидные 12,4% (n=86). Наименьшим количеством были представлены относительная гармоничность 0,3% (n=2) и психастеничность 3,2% (n=22). Необходимо отметить тот факт, что в основной клинической группе у молодых людей преобладали циклоидные черты 20,9% (n = 63), в группах сравнения распределение преморбидных особенностей представлено в следующей последовательности: школьников неустойчивые черты 12,6% (n=25), группа учащихся ПТУ эпилептоидные черты 21,7% (n=17) и в группе студентов шизоидные черты 13,1% (n=16). Данные наших исследований подтверждаются работами следующих авторов – Гурьевой В.А. (1973), Кузнецова В.Г. (1981), Личко А.Е. (1983,1985); Антонян Ю.М., Гульдман В.В. (1991), Рыбалко М.И. (2000), Дмитриевой Т.Б. (2001); Гарганеева С.В. (2003,2005), Семке В.Я. (2004, 2005, 2006,2008), Елисеева А.В. (2006); Трефиловой Л. Л. (2007), Ивановой Т.И. (2007,2008), Кондратенко А.В. (2008), Иванова М.В. (2009).

Сопоставляя индивидуально – типологические особенности личности и формы аутодеструктивного поведения, полученные результаты соответствуют и подтверждают

концепцию отечественных ученых (Козлова А.А., Рохлиной М.Л., Пятницкой И.Н. и Найденовой Н.Г., 2000, 2002). Нами был проанализирован данные индивидуально – типологических особенностей личности и соотношение вида АДП. В основной клинической группе 1А - при циклоидном типе в основной группе преобладала патология ПХР 21,43% (n = 64) и сверхценные психопатологические увлечения 17,86%, (n = 54) в группе школьников аутодеструктивное поведение проявлялось как ПХР 9,52% (n=19), у учащихся ПТУ 25% (n = 20) составляли ПХР. У студенты вузов АДП проявлялось в 25% (n=31) в виде коммуникативных девиаций.

Гипертимный тип в основной группе был представлен формированием ПХР 37,5% (n = 113) и химической зависимостью 25% (n=75). Группа школьников 22,73% (n = 45) формирование ПХР. В группе учащихся ПТУ 66,67% (n = 52) ПХР и неэстетичность поведения 33,33% (n=26). У студенты вузов в 22,73% (n = 28) были представлены ПХР. Эмотивно – лабильный тип – основная клиническая группа ПХР 24% (n = 72) и химическая зависимость 14% (n = 42). Группа школьников в 14,29% случаев (n = 28) ПХР. Учащиеся ПТУ были представлены группой ПХР и безнравственного поведения, что соответствовало 16,67% (n = 13), группа студентов вузов 30% (n = 37) виктимное поведение и 30% (n = 37) коммуникативные девиации. Астено – невротический тип – в основной группе представлен виктимностью поведения 33,33% (n = 99) и ПХР 16,67% (n = 50), группа школьников – в 11,11% (n = 22) ПХР, группа учащихся ПТУ в 33,33% (n = 25) поведение жертвы и ПХР 16,67% (n = 13), третья группа сравнения студенты вузов составила 4,29% (n = 17) ПХР. Психастенический тип – в основной группе была доминанта виктимного поведения 31,31% (n=94) и ПХР 27,27% (n=82). Группа 2А школьников была представлена коммуникативными девиациями 30% (n=59) и 25% (n=49) ПХР. В группе 2В, учащихся ПТУ преобладало ПХР соответствовал 22,22% (n=18). гр. 2С – в 16,67% (n=20) ПХР. Сензитивный тип – в основной группе был представлен ПХР 22,22% (n = 67) и поведение жертвы «виктимное поведение» 14,81% (n = 44), группа школьников представлена доминированием ПХР 27,27% (n = 53) и виктимностью поведения 18,18% (n = 36), у учащиеся ПТУ выявлено ПХР 50% случаев (n = 39), коммуникативные девиации 50%. (n = 39) Студенты вузов – в форме суицидального поведения 37,50% (n = 46) и экстремальных видов спорта 12,50% (n = 15). Шизоидный тип – основная группа ПХР 16,93% (n = 514) и коммуникативные девиации 10,58% (n = 32). Группа школьников суицидальное поведение 14,29% (n = 28) и сверхценные психопатологические увлечения 14,29% (n = 28). Группа учащихся ПТУ нарушение пищевого поведения в 14,29% случаев (n = 11) и ПХР 14,29%. И группа студентов представлена формой аутодеструкции - сверхценных психопатологических увлечений 25% (n = 31) и химической зависимостью 25% (n = 31). Эпилептоидный тип – основная группа химическая зависимость 35,42% (n = 106) и ПХР 26,56% (n = 80). Группа школьников представлена экстремальными видами спорта 16,50% (n = 32) и ПХР 12,62% (n = 25). В группе учащихся ПТУ ПХР и коммуникативные девиации по 15% (n = 12) и группа студентов - ПХР 24,14% (n = 29). Истероидный тип – основная группа ПХР 48,24% (n = 145), школьники ПХР 26,09% (n = 51), группа учащихся ПТУ ПХР 60% (n = 47) и группа студентов вузов преобладала форма ПХР 38,46% (n = 47). Неустойчивый тип – основная клиническая группа химическая зависимость составила 41,82% (n = 125) и ПХР 20% (n = 60), группа школьников ПХР 35,71% (n = 107), группа учащихся ПТУ представлена сексуальными отклонениями 40% (n = 31), группа студентов вузов ПХР 35,71% (n = 44). Конформный тип- основная группа составила 33,33% (n = 99) ПХР и 33,33% и 25% (n = 75) - нарушение пищевого поведения, группа школьников виктимное поведение 11,11% (n = 22), группа учащихся ПТУ ПХР 20% (n = 16) и студенты вузов группа 11,11% (n = 14).

Основной задачей данного этапа работы явилось детальное изучение клинко-динамических особенностей аффективных расстройств в подростково – юношеском возрасте. Была проведена сравнительная (между соответствующими характеристиками основной и группами сравнения) оценка таких клинических характеристик как выраженность депрессии).

Показатели уровня депрессии (опросник Бека) представлены в табл. 8.



Таблица 8

Показатель уровня агрессивности,  
депрессии, тревоги личностной и ситуативной,  
социальной адаптации

Группы исследования	Основная группа	Школьники	Учащиеся ПТУ	Студенты вузов
Показатель уровня депрессии (шкала Бека)	23,65±5,20	20,87±5,00	20,30±4,24	20,89±4,17
Показатель уровня агрессивности (шкала Ассингера)	39,46±5,95	39,96±5,35	40,34±5,71	39,97±5,56
Качественное проявление агрессивности (тест Басса – Дарки)	15,44% (вербальная агрессивность)	14,72% (негативизм)	23,07% (физическая)	20,49% (обида)
Социальная адаптация	25,99±9,16	31,08±11,08	25,05±8,38	27,59±9,97
Личностная тревожность	41,82±6,52	34,14±7,63	32,11±8,91	38,74±7,94
Ситуативная тревожность	41,61±6,72	34,66±7,94	34,26±8,54	37,31±8,01
Возраст	19,55±2,97	14,88±1,46	16,67±1,94	17,63±2,97

Показатель уровня депрессии преобладал в основной группе (23,65±5,20) по сравнению с контрольными группами ( $p<0,005$ ). Уровень агрессивности доминировал в группе учащихся ПТУ 23,07% (физическая агрессивность) ( $p<0,005$ ). У студентов вузов 20,49% (обида), основная клиническая группа 15,44% (вербальная агрессивность) и у школьников показатель составил 14,72% (негативизм). Оценивая количественные показатели агрессивности по методике Ассингера необходимо отметить, что наиболее высокие показатели были выявлены в группе учащихся ПТУ 40,34±5,71, у студентов вузов данный показатель составил 39,97±5,56, у школьников 39,96±5,35 в основной клинической группе 39,46±5,95 ( $p<0,05$ ).

Корреляционный анализ по Спирмену (табл.9) показал, что из 8 параметров наиболее тесная взаимосвязь между уровнем депрессии и агрессии ( $r=0,30$ ), пункты коррелирующие с суммарными показателями аффективных расстройств личностная – ситуативная тревожность ( $r=0,18, p<0,05$ ), количественная выраженность тревожных расстройств с личностной и ситуативной тревожностью ( $r=0,18, p<0,05$ ), уровень депрессии и тревоги личностной ( $r=0,12, p<0,05$ ), ситуативной ( $r=0,15, p<0,05$ ), и количественно – выраженной ( $r=0,13, p<0,05$ ), ИМТ и показатель депрессии ( $r=0,07, p<0,05$ ), личностной тревожности ( $r=0,07, p<0,05$ ), ситуативной ( $r=0,10, p<0,05$ ), и клинически выраженной ( $r=0,09, p<0,05$ ),

Таблица 9

Корреляционная матрица для основных

## параметров НППР расстройств

	Личностная тревожност ь	Ситуативная тревожност	Шихан	ИМТ	Ассингер	Басса - Дарки	БЕК	Режим- акт
Личностная тревожност	1,00	0,18	0,28	0,07	-0,02	0,05	0,12	-0,02
Ситуативная тревожност	0,18	1,00	0,25	0,10	-0,03	0,07	0,15	-0,05
Шихан	0,28	0,25	1,00	0,09	-0,02	0,04	0,13	-0,06
ИМТ	0,07	0,10	0,09	1,00	-0,02	0,03	0,07	-0,02
Ассингер	-0,02	-0,03	-0,02	-0,02	1,00	-0,21	-	-0,03
Басса -Дарки	0,05	0,07	0,04	0,03	-0,21	1,00	0,30	0,01
БЕК	0,12	0,15	0,13	0,07	-0,07	0,30	1,00	0,03
режим_акт	-0,02	-0,05	-0,06	-0,02	-0,03	0,01	0,03	1,00

Проводя межгрупповой анализ между группами с использованием критерия Манна Уитни достоверны были данные социальной адаптации, показатели тревожности личностной и ситуативной Спилбергера – Ханина и клинические данные тревожности Шихана между группами школьников и основной клинической группы ( $p < 0,0005$ ). Показатели социальной адаптации между основной группой и группой сравнения ПТУ, и основной группой и группой студентов вузов были недостоверны ( $p > 0,005$ ). Социальная адаптация была наиболее высокой в группе школьников и студентов вузов ( $p < 0,05$ ,  $\chi^2$  - статистика). Корреляционный анализ по Спирмену позволяет говорить о качестве социальной адаптации и эмоционального состояния ( $p < 0,05$ , при  $t = 2,53$ ). Личностная и ситуативная тревожность, клинически выраженная преобладали в основной группе и составила соответственно ( $41,82 \pm 6,52$ ) и ( $41,61 \pm 6,72$ ).

Личностная тревожность достоверна между группами клиники и школьниками, клиники учащимися ПТУ и студентами вузов ( $P < 0,05$ ), а между группами учащихся ПТУ и студентов вузов ( $p > 0,05$ ). Ситуативная тревожность достоверна между группами клиника и школьники, основная группа и учащиеся ПТУ ( $p < 0,05$ ), а сопоставление показателей в группах клиника и студенты вузов и студенты вузов – учащиеся ПТУ ( $p > 0,05$ ). Клинически выраженная тревога достоверна при сравнения основной клинической группы и школьников, клиники и учащихся ПТУ ( $p < 0,05$ ), остальные показатели не достоверны.

Суицидальное поведение. Среди лиц основной группы и группы сравнения суицидальное поведение отсутствовало в 70,1%, наиболее благополучной группой были представлены студенты 87,7% (при  $p < 0,05$ ). Суицидальные попытки преобладали в основной клинической группе 12,6% ( $n=101$ ), и группе учащихся ПТУ 6,41% ( $n=5$ ), ( $p < 0,05$ ,  $\chi^2$  - статистика). Возраст в данных группах был 15 – 17 лет, (средний возраст в основной группе ( $20,2 \pm 2,3$  года), группе ПТУ составил ( $16,6 \pm 1,9$  лет)). Суицидальные мысли, фантазии и намерения коррелировали с общим баллом по шкале Бека в основной группе ( $r=0,47$ ,  $p < 0,05$ ), в группе сравнения ( $r=0,17$ ,  $p < 0,05$ ) корреляционный анализ по Спирмену. Эти же показатели были наиболее выражены и в группе сравнения, однако корреляция не была статистически значимой ( $p > 0,05$ ). Результаты, полученные в исследовании отражают общероссийскую тенденцию к росту антивитаальных переживаний обучающейся молодежи (Амбрумова А.Г., Старшенбаум Г.В., 1995; Корнетов А.Н., 2000; Ульянов А.В., 2009).

### **Хронобиологические особенности основной клинической группы и первой группы сравнения.**

Хронотипологические особенности человека («сова», «жаворонок», «голубь») имеют врожденный характер и в связи с этим их трудно отделить от тех или иных основных

конституциональных и других конституционально-биологических характеристик (Симуткин Г.Г., 2005). Связям между хронотипом или суточным ритмом активности и аффективными расстройствами уделялось внимание многими исследователями (Путилов А. А., 1997; Асанов А. О., 2004; Симуткин Г.Г., 2005; Смулевич А.Б., Иванов С.В., 2009; Аведисова А.С., 2009). Согласно данным, полученным в ходе исследования ЦИРКАДИАН-I (Смулевич А.Б., Иванов С.В., 2009), встречаемость отдельных хронотипов при депрессии следующая: "жаворонок" — 25,91%, "голуби" — 37,58%, "совы" — 36,51% (n=3848).

Наиболее уязвимым в отношении десинхронизации и аффективных расстройств считаются так называемые «совы» или вечерний хронотип (Mansour H.A. et al., 2005; Lament E.W. et al., 2007; Wirz-Justice A. et al., 2009).

В текущем исследовании, одним из этапов работы явилась оценка режима активности у пациентов исследуемых групп. Режим активности, или так называемый хронотип, определялся с помощью опросника А. А. Путилова (1997) для определения режима активности. Согласно данному опроснику, исследуемый может быть отнесён к одному из пяти режимов активности: "жаворонок" (утренний тип), умеренный "жаворонок" (утренне-дневной тип), "голубь" (промежуточный, дневной тип), умеренная "сова" (вечерне-дневной тип), "сова" (вечерний тип). С целью получения более надёжных статистических результатов было произведено укрупнение имеющихся данных путём объединения хронотипов. Так хронотипы "жаворонок" и умеренный "жаворонок" были объединены в хронотип "жаворонок", а хронотипы умеренная "сова" и "сова" были объединены в хронотип "сова". Хронотип "голубь" остался без изменений и представлен в оригинальных значениях.

В нашем исследовании, одним из этапов работы явилась оценка режима активности у молодых людей исследуемых групп. Режим активности, или так называемый хронотип, определялся с помощью опросника А. А. Путилова (1997) для определения режима активности. Согласно данному опроснику, исследуемый может быть отнесён к одному из пяти режимов активности: "жаворонок" (утренний тип), умеренный "жаворонок" (утренне-дневной тип), "голубь" (промежуточный, дневной тип), умеренная "сова" (вечерне-дневной тип), "сова" (вечерний тип). Распределение хронотипов у представлен на рисунке 3.

### Рисунок 3

#### Распределение хронотипа в исследуемых группах

Среди пациентов основной группы вечерний режим активности ("сова"+умеренная "сова") встречался достоверно чаще ( $p<0,05$ ,  $\chi^2$ -статистика), чем утренний и дневной. Статистически значимые различия в распределении хронотипов "жаворонок" и "голубь" обнаружены не были. Возможно, наличие большего числа пациентов в основной группе с утренним и дневным типом активности соотносится с инверсией суточного ритма настроения (Natale V. et al. 2002). При распределении оригинальных хронотипов (до укрупнения) наблюдалось распределение, напоминавшее Гауссово. В целом, полученные результаты схожи с данными, полученными T. Roenenberg et al. (2007).

Данные, описанные в англоязычной литературе, с условной долей относительности можно сопоставлять с полученными в текущем исследовании результатами, ввиду применения разных опросников в проводимых исследованиях.

Полученные в текущем исследовании результаты схожи с данными, полученными А.О. Асановым (2004) на выборке пациентов с расстройствами сна, однако у указанного

исследователя в выборке не было обнаружено ни одного крайнего хронотипа, т.е. "жаворонок" или "сова". Общая тенденция к преобладанию хронотипа "голубь" при CAP отражена и в работе Г.Г. Симуткина (2005). Среди обследуемых групп сравнения хронотип "жаворонок" (утренне – дневной тип) преобладал над хронотипом "сова" (вечерне – дневной тип) ( $p < 0,05$ ,  $\chi^2$ -статистика), что нуждается в дальнейшем изучении для однозначной трактовки. Распределение хронотипа "голубь" (дневной, промежуточный тип) в группе сравнения не имело статистически значимых различий с хронотипом "сова" ( $p > 0,05$ ,  $\chi^2$ -статистика). В группе учащихся ПТУ доминировал хронотип «сова» 37,17% по сравнению с другими группами ( $p < 0,05$ ,  $\chi^2$ -статистика). Корреляционный анализ по Спирмену подтвердил взаимосвязь между хронотипом и эмоциональным состоянием. Выявлена созависимость уровня энергии ( $p < 0,005$ ,  $t=3,95$ ), настроения ( $p < 0,0005$ ,  $t=3,56$ ), сна ( $p < 0,0005$ ,  $t=3,40$ ), общительности ( $p < 0,005$ ,  $t=3,19$ ), раздражительности ( $p < 0,05$ ,  $t=2,56$ ) с уровнем депрессии (по Беку). Наиболее склонный к суицидальному поведению были «совы» (вечерне – дневной тип) 62,38%, по сравнению с другими хронотипами ( $p < 0,050$ ).

Суицидальные мысли положительно коррелировали с общим балом по шкале Бека в основной группе ( $r=0,45$ ) в группе сравнения ( $r=0,25$ ,  $p < 0,05$ ), корреляционный анализ по Спирмену). В основной группе была так же обнаружена положительная корреляция суицидальных мыслей с такими симптомами как социальный отход ( $r=0,36$ ,  $p < 0,01$ ) и утомляемость ( $r=0,41$ ,  $p < 0,01$ ), корреляционный анализ по Спирмену). Эти же показатели были наиболее выражены и в группе сравнения, однако корреляция не была статистически значимой ( $p > 0,05$ ). Полученные результаты могут свидетельствовать об отсутствии отчетливого влияния хронотипа на наличие депрессивной симптоматики.

Для улучшения эмоционального состояния молодые люди употребляли спиртные напитки редко – 191 человек ( $n=23,8\%$ ); часто 152 ( $n=18,9\%$ ) – показатели основной группы, а группах сравнения соответственно школьники – 22,6% и 2,2%; учащиеся средних учебных заведений – 65,4% и 2,5%, студенты высших учебных заведений – 71,3% и 0,8%. Корреляционный анализ по Спирмену подтвердил наличие взаимосвязи между депрессивным состоянием и употреблением спиртных напитков ( $p < 0,0005$ ,  $t=3,39$ ).

Необходимо сделать акцент, что во всех исследованных групп показатель высокой алкоголизации составляет 12,2% ( $n=163$ ), а ритуальное употребление 30,76% ( $n=411$ ). Данные показатели также подтверждаются исследованиями социологическими и результатами официальной медицинской статистики. Употребление алкоголя достаточно широко распространено в молодежной среде (Егоров М.Ю., 2006; 2008), данный вид отклоняющегося поведения можно рассматривать как «суицидальный эквивалент» (Амрумова А.Г., Трайнина Е.Г., Уманский Л.Я., 1989; Корнетов А.Н., 2000; Смулевич А.Б., 2003, 2006). Частота потребления алкогольных напитков, согласно личному признанию обследованных, около 82% людей в возрасте 12-22 лет (Шереги и др., 2001; Егоров М.Ю., 2006, 2009). Средний возраст, в котором молодежь начинает потреблять алкоголь, составляет 14 лет. В нашем исследовании возраст начала употребления алкоголя в основной группе составил 15 – лет 29,5%, в группах сравнения показатели были такими же. Лишь в группе школьников (3,6%) и учащихся ПТУ (15,5%) отмечено начало употребления спиртных напитков младше 10 лет. Употребление наркотических веществ (менее года, более года, наблюдение и лечение у нарколога) представлен следующими результатами – основная группа 10,9%, группа школьников 1,4%, учащихся средних учебных заведений 3,3% и студентами высших учебных заведений 6,6%. Данные показатели можно рассматривать как эквиваленты депрессии, так как по шкале Бека уровень депрессии в основной группе соответствовал  $23,4 \pm 2,4$ , а в группе сравнения  $25,1 \pm 2,2$  и на момент обследования данные лица подростково – юношеского возраста не обращались за медицинской помощью, не наблюдались психологами, психиатрами.

Отношение к компьютерным играм (как игра умеренно, часто, зависимость) была представлена следующими результатами основная клиническая группа 45,2% ( $n=363$ ), а в группах сравнения школьники 46% ( $n=167$ ); учащиеся ПТУ заведений 48,6% ( $n=38$ );

студенты вузов 57,4% (n=70), при ( $p < 0,05$ ); возраст начала приобщения к данному виду игр составил  $11,3 \pm 3,2$ . Таким образом можно констатировать, что при сплошном клинико-эпидемиологическом обследовании доминирует группа сравнения ( $p < 0,05$ ,  $\chi^2$  - статистика).

В группе школьников корреляционный анализ по Спирмену показывает отрицательную корреляцию аффективных нарушений и компьютерной зависимости ( $p < 0,01$ ,  $t = -2,35$ ).

Отношение к Интернету (как умеренно, часто, зависимость) в основной клинической группе представлено 47% (377), а группе сравнения соответственно 52,3% (n=190); 38,9% (n=30); и 46,5% (n=57), при ( $p < 0,05$ ). Наиболее выраженной интернет – зависимость была представлена группой школьников 52,3%.

Из всех исследуемых групп 107 человек (7,8%) не имели психопатологических проявлений, данные показатели представлены группой сравнения, доминирующее место занимают школьники 80 (22%), в основной группе показатели нормы отсутствуют. Преобладали акцентуация характера 291 (21,1%), наибольшее количество составили школьники 172 (47,4%), группа патохарактерологического развития доминировала в группе учащихся средних учебных заведений 17 (21,8%), а психопатологическое развитие представлено группой студентов вузов 9 (7,4%). Поведенческие реакции подростков могут быть следствием заострений, акцентуаций характера (Личко А.Е., 1978). Если раньше акцентуации считались аномалией личности, то теперь они входят в критерий нормы, поскольку характерны для 90 % подростков (Личко А.Е., Иванова Т.В., 1992).

Социальная адаптация оценивалась с использованием шкалы (Social Adaptation Self-evaluation Scale, Bosc M. et al., 1997), которая позволяла оценить степень адаптированности пациентов в разных сферах жизнедеятельности. Исследования качества жизни обследуемых лиц было проведено с учетом физического, психологического и социального компонентов. Физический компонент включал следующие параметры: здоровье, питание, жилье, материальный достаток, секс. К психологическому профилю были отнесены следующие компоненты: душевный покой, общение с друзьями, духовные потребности, развлечения, отдых. Социальный компонент включал положение в обществе, учебу, семью, условия в районе проживания.

Социальная адаптация отсутствовала в 156 случаях (11,67%), менее адаптированными были пациенты специализированного психиатрического стационара, затрудненность в социальной адаптации было представлено (n=486), 36,37% наибольшее затруднение испытывали учащиеся ПТУ (n=41), 52,56%; хорошая социальная адаптация составляла 45,8% (n= 612), в данной группе преобладали студенты (n = 67), 54,91% и очень хорошо адаптированными были школьники (n=43), 11,84%. Полученные результаты исследования  $31,088 \pm 11,08$  позволяют констатировать хороший уровень социальной адаптации, в группе сравнения школьников, ( $p < 0,05$ ,  $\chi^2$  - статистика), студентов вузов  $27,59 \pm 9,97$  и основной группы  $25,99 \pm 9,16$ . Корреляционный анализ по Спирмену подтвердил гипотезу о взаимосвязи уровня депрессии и тяги к сладкому ( $p < 0,05$ ,  $t = -2,18$ ).

Анализируя результаты исследования (табл. 10) следует отметить, что тяга к сладкому критерий «очень люблю» преобладал в основной группе 28,39%, в группе школьников соответствовала 19,56% ( $p < 0,05$ ,  $\chi^2$  - статистика).

Таблица 10

Атипичные депрессивные симптомы в основной группе и группах сравнения

Атипичные симптомы исследования	Основная клиническая группа	Школьники	Учащиеся ПТУ	Студенты вузов	P
Энергия	0,45	-0,92	0,11	<b>2,03</b>	<b>P&lt;0,05</b>
Раздражительность	-1,60	<b>-2,38</b>	0,01	1,72	<b>P&lt;0,05</b>

Сон	-1,64	<b>-3,22</b>	0,79	1,66	<b>P&lt;0,05</b>
Злость	-1,07	-1,47	0,48	0,01	<b>P&gt;0,05</b>
Общительность	-1,65	-1,46	-1,46	1,49	<b>P&gt;0,05</b>
Алкоголь, никотин наркотики	-1,31	-1,24	1,05	0,79	<b>P&gt;0,05</b>
Настроение	<b>-2,02</b>	-0,94	-0,16	1,35	<b>P&lt;0,05</b>
Учебные проблемы	<b>-2,13</b>	<b>-2,21</b>	1,57	1,42	<b>P&lt;0,05</b>
Оценки	<b>-2,34</b>	-1,89	0,92	1,62	<b>P&lt;0,05</b>
Вес	-1,60	-1,49	<b>2,08</b>	<b>2,08</b>	<b>P&lt;0,05</b>
Аппетит	<b>-2,01</b>	<b>-3,35</b>	0,55	<b>3,77</b>	<b>P&lt;0,05</b>
Сладкое	0,35	<b>-2,18</b>	-0,87	0,51	<b>P&lt;0,05</b>
Свет	0,04	-0,61	0,24	1,39	<b>P&gt;0,05</b>
Время года	0,77	-0,63	-0,73	<b>2,22</b>	<b>P&lt;0,05</b>
болезни					
Регулярность питания	-0,38	-1,11	0,32	0,87	<b>P&gt;0,05</b>
Жилищно – бытовые условия	-1,72	-0,26	1,36	1,35	<b>P&gt;0,05</b>

Корреляционный показатель по Спирмену доказал достоверность показателей – энергии, раздражительности, сна, настроения, учебных проблем, оценок, веса, аппетита, предпочтение сладкого и зависимость заболеваемости от времени года.

Подростковые депрессии остаются одной из актуальных проблем современной психиатрии в силу широкой распространенности, атипичности клинической картины и связанных с этим трудностей своевременной диагностики. Особое место в структуре аффективной патологии данного возрастного периода занимают случаи маскирования гипотимных проявлений поведенческих нарушений, являющихся факторами высокого риска повторения депрессивного эпизода, суицидального поведения и низкого уровня социализации ( Aalto – Setälä T.et.al., 2002; Fombonne E. et al., 2001; Marcelli G., 1973). Неблагоприятный социальный прогноз, структурная сложность и полиморфизм депрессий с поведенческими «масками» обуславливают необходимость тщательного изучения особенностей их синдрообразования для разработки подходов к дифференцированному и эффективному терапевтическому вмешательству. Суицидальное поведение преобладало в основной клинической группе 4,85% ( $p<0,05$ ), пищевое поведение 3,86% и химическая зависимость 16,06% также доминировали в основной клинической группе. Фанатическое 2,56% и виктимное поведение 11,53% преобладало в группе учащихся средних учебных заведений. Увлечение экстремальными видами спорта преобладали в группе школьников 6,66% и студентов вузов 4,09% ( $p<0,05$ ). Коммуникативные девиации 14,10% и незстетическое поведение 6,41% были представлены группой учащихся ПТУ ( $p<0,05$ ). Компьютерная зависимость преобладала в группе школьников 6,06%, а сексуальные отклонения в группе учащихся средних учебных заведений 2,56% ( $P<0,05\%$ ). Сопоставление основной и контрольных групп по тяжести депрессивных нарушений (табл. 11).

Таблица 11

Выраженность депрессивных нарушений в основной группе и группе сравнения

Тяжесть депрессивных нарушений (шкала Бека)	Основная группа	Контрольная группа	P
Легкая	15%	76%	<0,001
Средняя	0%	24%	<0,001
Тяжелая	25%	0%	<0,001

Как видно из таблицы было обнаружено достоверное ( $p < 0,001, X^2$  - статистика) преобладание лиц с легкой степенью депрессии в основной группе 15%, в то время как в группе сравнения было выражено преобладание 76%, но отсутствовала тяжелая депрессия по сравнению с основной группой 25%. По результатам исследования, необходимо отметить, что аутодеструктивные расстройства отсутствовали лишь в 168 случаях (12,29%), самые высокие показатели АД нарушения были выявлены при уровне депрессии свыше 19 баллов, что соответствует отечественным и зарубежным исследованиям. Наибольшее количество АД нарушений было выявлено при уровне депрессии 24 балла 15,66%. Но и при невысоком уровне депрессии наблюдались АД нарушения, например при 11 баллах наблюдалось безнравственное поведение 1,23%, при 12 баллах ПХР, 13 баллов коммуникативные нарушения, 15 баллов виктимное поведение, экстремальные виды спорта при 16 баллах, и т.д. Исходя из полученных результатов исследования можно говорить о влиянии на аутодеструктивные проявления не только с биологической точки зрения, но и социально – средовой и индивидуально – типологических особенностей подростков.

Суицидальное поведение преобладало при уровне депрессии 24 балла, нарушение пищевого поведения при 19 баллах, химическая зависимость 21 балл, фанатическое поведение 21 балл, виктимное поведение 24 балла, экстремальные виды спорта – 22 балла, сверхценные увлечения 24 балла, патохарактерологическое развитие – 19 баллов, коммуникативные девиации – 21 балл, неэстетическое поведение – 19 баллов, компьютерная зависимость – 19 баллов, азартные игры – 17 баллов, сексуальные отклонения -19 баллов, сочетанные АД расстройства – 20 баллов.

Необходимо отметить, что при суицидальном поведении была нарушена саморегуляция личности в виде утраты смысла жизни (80%), нарушение пищевого поведения было взаимосвязано с негативными эмоциями (7,21%), химическая зависимость с отклонениями индивидуальных ценностей от социальных норм и правил (49,29%), фанатическое поведение с алекситимией (непонимание своих переживаний и неумение формулировать их в словах, слабое развитие рефлексии, склонность отыгрывать аффекты в действиях) – 4,55%, виктимное поведение с ассертивным поведением (несформированность выражать свои чувства, неумение отстаивать свои интересы) – 17,65%, экстремальные виды спорта с непродуктивными способами совладания со стрессом (5,99%), патохарактерологическое развитие с негативными эмоциями (30,41%), коммуникативные девиации с алекситимией (17,27%), безнравственное поведение с отклонениями индивидуальных ценностей от социальных норм и правил (18,29%), компьютерная зависимость с ассертивностью поведения (3,50%), азартные игры с дефицитом целеполагания (6,82%), сексуальные отклонения с ложной самоидентичностью и заниженной самооценкой (4,71%) и сочетанные аутодеструктивные нарушения с отсутствием или утратой смысла жизни (20,0%). Сочетание нескольких проблем определяет психологическую предрасположенность к аутодеструктивным расстройствам. В работе представлена взаимосвязь аутодеструктивных нарушений с мотивами поведения. Суицидальное поведение – отказ от жизни 50,0%, нарушение пищевого поведения - самонаказание 13,16%, химическая зависимость – протест 17,99%, фанатическое поведение – избегание 2,73%, виктимное поведение – избегание 12,50%, экстремальные виды спорта – протест 4,18%, сверхценные патологические увлечения – самонаказание 13,16%, ПХР – призыв 30,13%, коммуникативные девиации – 15,0%, безнравственное поведение – протест 12,76%, неэстетическое поведение – призыв 5,13%, компьютерная зависимость – отказ от жизни 5,56%, азартные игры – протест 2,72%, сексуальные отклонения – самонаказание – 2,63%, сочетанные АД нарушения – призыв 7,05%. Корреляционный анализ по Спирмену подтвердил взаимозависимость АДП и мотивов, в основной группе и контрольной группах ( $p < 0,005, t = 2,72$ ).

Анализируя результаты исследования можно констатировать о взаимосвязи АДП и индивидуально – личностных особенностей. В основной клинической группе преобладали следующие виды АДП – ПХР, доминировало у истероидных типов 48,24% и химическая зависимость у неустойчивого типа 41,82%. В группах сравнения школьники – ПХР,

преобладал психотип неустойчивый 35,71%, в группе учащихся средних учебных заведений также лидирующую позицию занимала патология патохарактерологического развития, представленная истероидным типом личности в 60,0% случаев, в группе студентов высших учебных заведений также доминировало ПХР у циклоидов в 50,0%.

Непатологические ситуационные реакции (Амбрумова А.Г., 1983) были представлены в виде эмоционального дисбаланса— тревога, страх, сниженное настроение, сужение мотивационных и коммуникативных возможностей преобладали в группе студентов вузов 26,2%. Пессимистические реакции (оценка настоящего и будущего, нарушение целеполагания (планирования деятельности), склонность к импульсивным действиям преобладала в группе учащихся средних учебных заведений 26,2%. Реакция демобилизации (резкое изменение стереотипов поведения, сужение межличностных контактов) доминировала в основной клинической группе 8,1%. Реакция оппозиции проявление враждебной (экстрапунктивной) позиции по отношению к окружающим, при которой агрессивные тенденции могут внезапно преобразоваться в аутоагрессивные) составили 24,5% в основной группе. Реакция отрицательного баланса (снижение адаптационных возможностей, аутоагрессивные действия тщательно продумываются) преобладала в основной клинической группе и составила 16,4%. Реакция дезорганизации (проявляется в виде тревоги, соматовегетативных нарушениях), нарушение осознания реальности, дезорганизация конструктивной деятельности преобладала в группе сравнения учащихся средних учебных заведений 10,3% ( $p < 0,05$ ,  $\chi^2$  - статистика). Непатологические ситуационные реакции отсутствовали в 18,22%, наиболее благополучной была представлена группа школьников 43,5% ( $p < 0,05$ ,  $\chi^2$  - статистика). Подводя анализ полученным результатам необходимо отметить, что в группах сравнения на донологическом и субклиническом уровне молодые люди за помощью не обращались, а родители и преподаватели не понимали степень выраженности и тяжести аффективных нарушений.

#### **Региональный анализ непсихотических психических расстройств в подростково – юношеском возрасте.**

В рамках настоящего исследования проведено углубленное изучение состояния психического здоровья лиц подросткового возраста (учащихся школ), проживающих в г. Томске, г. Колпашево (северный район области) и г. Москвы.

Исследуемая группа сравнения составила 363 человека, в возрасте от 14 до 17 лет, средний возраст для школьников г. Томска  $14,19 \pm 1,47$  лет, г. Колпашево  $14,53 \pm 1,46$  и г. Москвы  $15,99 \pm 0,70$ , выраженные отклонения в возрастном распределении были в группах школьников г. Колпашево и г. Москвы ( $p < 0,005$ ,  $\chi^2$  - статистика).

В двух группах сравнения среди школьников г. Москвы и г. Томска преобладали юноши (54,3%,  $p < 0,001$ ,  $\chi^2$  - статистика). Корреляционный анализ по Спирмену позволяет констатировать гендерные отличия между группами школьников г. Томска и г. Москвы (58,0% и 51,9% соответственно,  $R_s = 0,281$ ,  $p < 0,005$ ) и группой школьников г. Колпашево (38,0%) и г. Москвы, в которых доминировали юноши ( $R_s = 0,273$ ,  $p < 0,005$ ).

Анализируя состав семьи можно говорить, что во всех группах доминировал «женский сценарий» воспитания, когда воспитанием занималась одна мать, соотношения 23,4%:18,6%:17,65%. Наиболее гармоничными были семьи, в которых воспитывались подростки представлены группой второй и третьей, наиболее неблагоприятной складывалась ситуация в первой группе школьников, учащихся г. Колпашево, 23,7% воспитывались родственниками или других условиях (нр. мать, затем бабушка) 12 %.

Условия воспитания в первой группе школьников представлены – дисгармоничными условиями (семейные скандалы, алкоголизация родителей, безнадзорность) 32,76%, во второй группе повышенная моральная ответственность и гипоопека 42,32%, и в группе школьников г. Томска преобладало воспитание по типу гиперопеки 21,13% и «ежовые рукавицы» 37,2%. Корреляционный анализ подтверждает полученные результаты,



сравнение 1 и 2 групп соответствует ( $R_s=2,06$ ,  $p<0,037$ ), и группа 1 и 3 соответствует ( $R_s=-2,49$ ,  $p<0,012$ ).

Образовательный уровень и профессиональный статус родителей также оказывает влияние на формирование личности. Во 2 группе школьников (учащиеся г. Москвы) родители имели высшее и незаконченное высшее образование 47,9%, а в 1 группе у родителей преобладало среднее и среднее специальное образование 39,32%, в 1,98% случаев отцы не имели законченного среднего образования. Корреляционный анализ по Спирмену подтвердил достоверность полученных результатов при сравнении 1 и 2 групп ( $R_s=-2,20$ ,  $p<0,013$ ), а 1 и 3 групп ( $R_s=2,35$ ,  $p<0,019$ ). Профессиональный статус родителей преобладал во 2 группе и составил ( $R_s=-2,29$ ,  $p<0,022$ ), доминирующие профессии служащий 18,7%, сотрудник административно – управленческого аппарата 21,87% и коммерсант 19,7%).

Склонность к химической зависимости (алкогольной и наркотической) была представлена следующими показателями – (алкогольная зависимость, лечение у нарколога) доминировала у отцов подростков 1 группы 35,4% ( $R_s=-2,17$ ,  $p<0,004$ ). Частое, ритуальное употребление алкоголя матерью был представлен 2 группой (25,74%) ( $R_s=-2,91$ ,  $p<0,037$ ), наркотическая зависимость доминировала в группе отцов 3 группы (школьники г. Томска) ( $R_s=-3,12$ ,  $p<0,002$ ).

Нахождение в местах лишения свободы родителей подростков было представлено в 1 группе (школьники г. Колпашево) 12,3%, корреляционный анализ по Спирмену показал ( $R_s=-2,36$ ,  $p<0,018$ ).

Таким образом, при изучении микросоциального фактора необходимо констатировать его патогенетический вклад в формирование личностных расстройств.

Влияние конституционально – биологических факторов и преморбидных личностных на формирование АР и АДП позволяет говорить о том, что наследственность психическими и соматическими заболеваниями достоверно не доминировала в представленных группах. Рассматривая представленные результаты можно говорить лишь о преобладании алкогольной зависимости (32%) и суицидального поведения (28,34%) в 1 группе школьников г. Колпашево ( $p<0,05$ ,  $\chi^2$  - статистика). Соматическая отягощенность отмечалась преобладанием сердечно – сосудистой патологии у отцов 2 и 3 группы, соотношение 32,6%:42,35%. У отцов школьников г. Колпашево преобладала патология ЖКТ 32,1%, заболевания почек и мочевыводящей системы 30,1% и опорно – двигательного аппарата 18,98%. У матерей во всех группах преобладала онкологическая патология (новообразования молочной железы, новообразования женских половых органов и онкологическая патология легких) соотношение 23,45% : 42,35% : 37,65%.

Структура личности подростков. Относительно гармоничный тип личности («норма») преобладал во второй группе (школьники г. Москвы) 20,24%, менее гармоничной была представлена первая группа (школьники г. Колпашево) 1,20% ( $p<0,005$ ,  $\chi^2$  - статистика). Межгрупповой анализ с использованием критерия Манна Уитни позволил выявить различия в группе школьников г. Колпашево и г. Москвы ( $p<0,001$ ), различий между другими группами не было выявлено. Изучая индивидуально – типологические особенности подростков можно констатировать, что во всех трех группах доминировал эпилептоидный тип, но наиболее преобладал в группе школьников г. Колпашево и составил 29,76%. Истероидный доминировал во второй группе 13,10%, циклоидный в третьей 12,7% и конформный в первой группе 23,41%.

Наибольший удельный вес в исследуемой выборке составили лица с эпилептоидными 22,86%, истероидными 11,01% и циклоидными 10,46% чертами.

Сопоставляя индивидуально – типологические особенности личности и формы аутодеструктивного поведения, полученные результаты соответствуют и подтверждают концепцию отечественных ученых (Козлова А.А., Рохлиной М.Л., Пятницкой И.Н. и Найденовой Н.Г., 2000, 2002).

Преобладающими чертами характера в группах сравнения были представлены угрюмость, пессимизм, субдепрессивные реакции 12,67%, склонность к колебаниям настроения составила 11,57%, преобладал во 2 группе (школьники г. Москвы) 15,48%. Проявления уравновешенности, эмоциональной устойчивости, уверенности в себе составило 5,50%, наиболее выражен был данный критерий во второй группе 21,43%, по сравнению с другими группами сравнения ( $p < 0,005$ ,  $\chi^2$  - статистика). Представленный анализ сопоставим с индивидуально – типологическими особенностями лиц подросткового возраста эпилептоидными 22,86%, истероидными 11,01% и циклоидными 10,46% чертами. Межгрупповой анализ (группы сравнения) с использованием критерия Манна Уитни позволил выявить различия особенностях ведущих черт характера на момент обследования в группе школьников г. Колпашево и г. Москвы ( $p < 0,001$ ), и г. Колпашево и г. Томска ( $p < 0,047$ ).

Анализ состава семьи позволяет говорить о семьях, «мать – ребенок», во всех 3 группах школьников преобладали семьи, с одной матерью 50,68%, наиболее доминирующей группой была представлена школьниками г. Томска 60,20%. Гармоничными семьями были представлены группа г. Москвы 35,71% и г. Колпашево группа 33,73% по сравнению с группой подростков г. Томска 16,32% ( $p < 0,005$ ,  $\chi^2$  - статистика).

Условия воспитания как ровное, заботливое воспитание было в группе школьников г. Москвы 44,04% по сравнению с другими группами, семейные скандалы и алкоголизация родителей преобладали в группе школьников г. Колпашево и соответственно составили 12,04% и 4,81% по сравнению с группой школьников г. Москвы и г. Томска ( $p < 0,005$ ,  $\chi^2$  - статистика). Индекс Манна Уитни показал наиболее достоверные отличия в условиях воспитания между группами 1 и 2 ( $p < 0,035$ ,  $z = 2,06$ ).

Образование родителей. Представленные данные позволяют говорить о достоверных отличиях в образовательном цензе отца между группами 2 и 3 ( $p < 0,0001$ ,  $z = 4,46$ ) и школьниками г. Колпашево и г. Томска ( $p < 0,0001$ ,  $z = 6,09$ ). Отличиях в образовательном цензе матери между группами г. Москвы и г. Томска ( $p < 0,0001$ ,  $z = 4,44$ ) и школьниками г. Колпашево и г. Томска ( $p < 0,0001$ ,  $z = 4,64$ ). Сфера занятости родителей В первой группе отцы были представлены группой квалифицированный рабочий 34,9%, во второй группе служащий 26,19% и 3 группа – военнослужащий, сотрудник УВД, МЧС 19,38%.

В первой группе работник торговли 19,27%, во второй и третьей группах – работник здравоохранения 22,61% и 15,30%. Достаточно большой была группа матерей безработных достоверные данные получены в группах 1 и 2 по 14,45% и 14,28%. Наиболее выраженные достоверно данные были соотнесены в группах 1 и 2 ( $p < 0,004$ ,  $Z = -2,89$ ).

Отношения между родителями были представлены преобладающей группой как нейтральные 31,1%, из 3 групп наиболее выраженными были в 1 группе школьников 36,14%. Гармоничными отношения были представлены во 2 группе 38,09%. По критерию Манна Уитни следует отметить достоверность показателей между группой 1 и 3 ( $p < 0,006$ ) и 2 и 3 ( $p < 0,028$ ).

Предшествующие экзогенные факторы. Достоверных различий не было выявлено в критерии отсутствия экзогенных факторов во всех группах, средний показатель составил 71,07%. В первой и во второй группах преобладал показатель физической травмы 22,90% и 11,90%, а в 3 группе школьников доминировали соматические расстройства 14,79%.

Микросоциальные стрессовые факторы. Наиболее значимыми были конфликтами со сверстниками 12,67%, но наиболее выражен был данный показатель в 1 группе и составил 20,48% случаев, во 2 группе школьников 10,71% в 3 группе 10,20%. Достоверными были представлены различия между группами школьников г. Томска и г. Колпашево, г. Томска и г. Москвы ( $p < 0,001$ ). По данным анализа отношения отцов к спиртным напиткам необходимо отметить, что редко употребляют спиртные

напитки 23,96% и наиболее благополучной представлена 3 группа 7,14% случаев. Алкогольная зависимость в 1 группе 42,16%. Достоверность результатов по критерию Манна – Уитни достоверна между 3 и 2 ( $p < 0,030$ ), 3 и 1 группами ( $p < 0,001$ ), между 1 и 2 группами показатели недостоверны ( $p > 0,134$ ). Анализируя полученные данные следует отметить, что склонность к употреблению спиртных напитков была выявлена у матерей, в 18,07% случаев у школьников г. Колпашево матери не только употребляют спиртные напитки, но и находятся на лечении у нарколога. Корреляционный анализ по Манна Уитни достоверно доказал выраженные различия между группами 1и 2 ( $p < 0,0001$ ), анализ между другими группами был не достоверен и составил ( $p > 0,916$ ). Достоверных различий наследственной отягощенности психическими заболеваниями по линии отца не было выявлено, но необходимо отметить доминирование алкогольной зависимости в 1 и 3 группах, что соответствует 31,32% и 23,46% случаев. В первой группе преобладали пограничные расстройства, которые составили 10,71% случаев. Психические отклонения по линии матери. В первой группе преобладали пограничные расстройства 15,66% в первой группе школьников и 20,23% во второй группе, в 3 группе преобладали расстройства личности и составили 8,67%. Соматические заболевания по линии отца была представлена сердечно – сосудистая патология, которая составила 21,76%, наибольшее количество данной патологии преобладало во 2 группе 30,95%. Наименее представлены аллергические реакции 1,10% во всех трех группах (в первой нейроревматизм 0%, во второй онкологическая патология и псориаз 1,19%и в третьей опорно – двигательной системы 0%).По линии матери преобладали заболевания ЖКТ 13,77% преобладала данная патология во 2 группе и составила 17,85%. Наименее представлена нозология псориаз 0,82%. В первой группе гепатит 1,20%, во второй аллергические заболевания, нейроревматизм по 1,20% и 3 группа гепатит и псориаз 0,51%).

Экзогенно – органические факторы следует отметить, что в первой группе школьников преобладали аутоиммунные заболевания, а во 2 и 3 группах наличие инфекционных заболеваний в семье у школьников г. Москвы 14,28%, у школьников г. Томска 31,23%. Достоверных различий с помощью корреляционного анализа по Манна Уитни не было выявлено.

Ранний онтогенез результаты раннего онтогенеза необходимо отметить преобладание патологии во второй группе, что составило 72,61% по сравнению с другими группами ( $p < 0,005$ ,  $\chi^2$  - статистика). В первой группе патология антенатального периода составила 55,42%, во 2 группе 67,85% и в 3 группе 50,51%. Достоверных различий при проведении корреляционного анализа не было выявлено ( $p > 0,005$ ). Патология антенатального периода была выявлена в 59,50% случаев, преобладающей группой были представлены школьники г. Москвы, 69,04%. Рассматривая особенности раннего развития у школьников Колпашево преобладала группа с ЗПР 31,32%, во второй группе своевременное развитие 60,71% и в 3 группе признаки инфантилизма 11,22%. Корреляционный анализ по Манна Уитни показал достоверные незначительные различия между группой 1 и 3 ( $p < 0,049$ ). Онтогенетические стрессовые воздействия преобладали в 1 группе и составили 87,96%, наименее выражены были в группе школьников г. Томска и составили 47,45%. Корреляционный анализ выявил достоверные отличия между 3 и 2 группами ( $p < 0,031$ ), между 1 и 2 группами 1 ( $p < 0,0001$ ), 3 и 1 группы ( $p < 0,022$ ). Невротические детские расстройства были представлены в группе 1 61,44% ( $p < 0,05$ ,  $\chi^2$  - статистика). Реакции на стресс в подавляющем количестве проявлялись в виде эмоциональных нарушений 40,49% в общей группе школьников, в первой группе эмоциональные нарушения составили 46,98%, во 2 группе 28,57%, а в 3 группе 42,85%.

Преобладающими чертами характера были возбудимые черты, которые составили в общей группе школьников 55,64%, наиболее выражены были в группе подростков г. Колпашево. Корреляционный анализ выявил различия между 2 и 3 группами ( $p < 0,027$ ).

Отношение к спиртным напиткам. Отмечено раннее употребление алкоголя (младше 10 лет) в 1 группе 4,6% ( $n = 4$ ). Употребление наркотических веществ, также было выявлено в 1 группе -мнее года 7,22% ( $n = 6$ ), более года 2,4% ( $n = 2$ ), и в 1,2% случаев

(n = 1), наблюдение и лечение у нарколога. Зависимость от компьютерных игр была представлена школьниками 3 группы и составила 8,16% (n = 16). Зависимость от интернета во второй группе 14,28% (n = 12).

Анализируя выраженность и особенности суицидального поведения следует отметить, что наиболее неблагоприятно складывалась ситуация в 1 группе школьников, так уровень суицидальных попыток составил 7,22% (n = 6). Социально адаптированными (в соответствии с желаемым) были школьники 2 группы, уровень социальной адаптации составил 30,95% (n = 26), по сравнению с другими группами ( $p < 0,05$ ). Социальная адаптация школьников 2 и 3 группы ( $t = 2,55$ ,  $p < 0,001$ ), 1 и 2 группы достоверность ( $t = -2,56$ ,  $p < 0,01$ ).

Хронобиологический анализ позволил определить режим активности среди школьников в региональном аспекте. Вечерне-дневной тип был представлен группами 1 и 2, соответственно 36,14% (n = 30) и 33,33% (n = 28). Режим активности среди школьников г. Томска и г. Москвы ( $t = 2,91$ ,  $p < 0,031$ ). Основываясь на клинко-географических особенностях регионов, следует отметить, что школьники 1 и 3 группы чаще болели простудными и инфекционными заболеваниями в зимнее время года, соответственно 34,94% (n = 29) и 38,68% (n = 76).

В соответствии с данными, полученными в ходе скринингового обследования школьников с помощью опросника SPAQ-CA, частота встречаемости CAP по критериям предложенным S. E. Swedo et al. (1995), преобладал в группе школьников г. Колпашево и г. Томска (50,6% и 47,8% соответственно).

## **ТЕРАПИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПОДРОСТКОВО-ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА**

Важнейшей социальной задачей, значение которой возрастает в связи с продолжающейся тенденцией роста явлений социальной дезадаптации и нервно-психических расстройств в структуре общей заболеваемости и болезненности подросткового населения, является укрепление здоровья подрастающего поколения, оптимизация процесса формирования гармоничной личности, мобилизация усилий общества на преодоление негативных явлений в сфере человеческих взаимоотношений на всех этапах их развития, особенно на ранних.

Один из основателей профилактики G. Caplan (1964) различал первичную, вторичную и третичную профилактику соответственно моменту времени проведения профилактического мероприятия: до наступления расстройства (первичная), во время расстройства (вторичная) или после него (третичная). Приоритет должен быть отдан первичной профилактике, т.е. совокупности мер по устранению или ослаблению повреждающего действия факторов риска; их реализация предусматривает снижение вероятности заболевания. Она обладает наиболее мощным предупредительным потенциалом, поскольку снижает удельный вес больных людей в обществе. В рамках вторичной профилактики осуществляется совокупность превентивных мероприятий, направленных на минимизацию прогрессирования и предотвращения осложнений процесса существующего болезненного процесса. При третичной профилактике речь идет о реализации совокупных мер по предупреждению, предотвращению инвалидизирующих осложнений и смерти от уже наступивших осложнений болезни.

Психическое здоровье подросткового населения – это важный социально-психологический показатель общественной жизни, а сохранение психического здоровья подростков особенно актуально. С одной стороны, различные дефекты здоровья и аномалии процесса формирования личности в этом период могут стать основой нарушения нервно-психического здоровья взрослых, с другой – незавершенность развития и присущие процессу роста пластичность функций и компенсаторные возможности ставят вопрос об обязательности превенции психических расстройств, прежде всего на ранних этапах онтогенеза.

Основными принципами лечебно-реабилитационной работы являлись: междисциплинарность, межведомственность, преемственность, профилактическая направленность, интегративность, реабилитационный принцип коррекции, динамическое наблюдение и помощь, комплексная работа с семьей, как приоритетное направление деятельности, корректные научные исследования для изучения групп повышенного риска и выработки междисциплинарных подходов к профилактике различных форм социальной дезадаптации. Важным фактором в ранней реабилитации и профилактике НППР являлась межведомственная лечебно-педагогическая, психологическая и социальная работа, которая заключалась во взаимодействии с педагогами и психологами, социальными работниками системы образования.

Терапия непсихотических психических расстройств у подростков, представляет один из наиболее сложных разделов современной терапии, наряду с общими принципами лечения НППР имеет свои особенности, (Дроздовский Ю.В., 1996; Рыбалко М.И., 1998; Семке В.Я., 2003; Пальянова И.А.; Агарков А.А., 2010).

Реабилитация осуществлялась поэтапно и включала три периода: начальный, основной и заключительный (реадаптационный).

На первом этапе: выбор адекватной терапевтической тактики, индивидуальный подбор методов коррекции, формирование терапевтических установок, составление плана реабилитации. Важным моментом первого этапа являлось определение места проведения начальных реабилитационных мер. Это могло быть амбулаторное лечение, стационарное лечение в психиатрическом стационаре (клиниках ГУ НИИ ПЗ). Во многом, данному выбору способствовало определение основного режима ведения подростка. При необходимости на первом этапе реабилитации осуществлялось оздоровление микросоциальной среды, окружавшей подростка. Режимы:

-«кризисный» режим - проводилось лечение острого состояния (реакции, декомпенсации и др.);

-«базисный» режим - лечилось подострое состояние или при невыраженных клинических проявлениях;

-«регрессионный» - терапия помогала формировать обратное развитие симптоматики.

Второй этап - базисной терапии - включал активное использование всех комплексов реабилитации с учетом нозологической дифференциации. На данном этапе воздействие было направлено: на микросоциальное окружение, конституционально-биологическую основу и сопутствующие соматические расстройства, последствия органического и травматического поражения центральной нервной системы.

Третий этап - заключительный - это период снижения и полной отмены психотропных средств. Основной акцент делался на методы психотерапевтической коррекции, которые способствовали бы поддержанию достигнутых результатов и могли использоваться самим подростком (аутогенная тренировка, работа с «ключом состояния» и работа с «временной линией», «построение новой личностной истории» и др.). Важной целью данного этапа являлось формирование «мотивации на полное выздоровление».

Учитывая полиморфизм НППР, различную степень выраженности и разнообразие факторов predisпозиции при их возникновении, методы ранней реабилитации включали в себя широкий круг мер и мероприятий, включающих в себя психопрофилактический, психотерапевтический, психокоррекционный, психофармакологический комплексы, меры социальной терапии.

**Психофармакология при невротическом типе НППР.** Строилась с учетом клинического типа НППР, терапия основанная на применении адаптогенов и седативных препаратов растительного происхождения. При неэффективности растительных препаратов присоединялись транквилизаторы преимущественно без выраженного

миорелаксирующего действия – транксен, грандаксин, атаракс, в качестве вегетостабилизатора применялся пирроксан. Широко применялись препараты, улучшающие микроциркуляцию (вазоактивные препараты) – трентал, циннаризин, кавинтон, винпоцетин, которые являлись составляющей комплексного лечения для нивелирования последствий органического поражения ЦНС и для терапии текущего органического процесса. С этой же целью применялись дегидратирующие препараты – диакарб, верошпирон, сернокислая магнезия, а также витамины группы В, поливитамины. Ноотропы, метаболиты, аминокислоты, антиоксиданты и гидролизаты (ноотропил, церебролизин, солкосерил, пантогам, фенибут, семакс, глицин, милдронат) как средства нейрометаболической терапии, использовались в случаях астенических состояний и в составе комплексной терапии для лечения последствий органического поражения ЦНС, и текущего органического процесса. Активно использовались физиотерапия, комплекс лечебной физкультуры, иглорефлексотерапия, массаж с целью общеукрепляющего воздействия на организм, светотерапия.

**Психотерапия при аффективном типе НППР.** Основной акцент делался на коморбидных нарушениях. В случаях депрессивных состояний назначались amitriptilin, феварин, леривон, коаксил и флуоксетин. Как нормотимик применялся финлепсин, карбамазепин в соответствующих дозах, а также с целью купирования пароксизмальных расстройств при органическом поражении ЦНС. При наличии тревожного компонента в психотерапевтических схемах использовались анксиолитики. Наибольшую эффективность показали СИОЗС – флуоксетин, коаксил, феварин. При лечении депрессивных расстройств у лиц с психическими и поведенческими нарушениями, в результате приема психоактивных веществ – помимо депрессивной симптоматики, было влечение к психоактивным веществам. Наиболее высокую эффективность показали антиконвульсанты – финлепсин до 400- 600 мг/сут., депакин – хроно до 500 мг/сут. Неулептил применялся с целью регуляции эмоционально-волевых расстройств. При невыраженных эмоционально-волевых нарушениях, неглубоких аффективных проявлениях применялся сонапакс. Подросткам с расстройствами личности, особенно с преобладанием неустойчивых, возбудимых, эпилептоидных радикалов в структуре личности, назначались корректоры поведения, нейрорепаранты, антидепрессанты, нормотимики, назначение и прием транквилизаторов проводился под контролем родителей либо медицинского персонала.

**Психотерапия при психопатоподобном типе НППР.** При возбудимых расстройствах личности назначалась монотерапия (карбамазепин, финлепсин) в дозе 200-600 мг/сут. При наличии поведенческих расстройств в структуре НППР препаратами выбора были сонапакс, неулептил.

Рациональная психотерапия, используя приемы переубеждения, отвлечения и др. Гештальт – терапия, позволяла подростку осознать, что он свободная личность и в таких доказательствах не нуждается.

В процессе групповых сеансов психотерапии, которая базировалась на присущем подросткам чувству коллективизма и стремлении к группированию, использовались вербальные методы сознательной переработки проблемы, т.е. спонтанные, тематические, разъяснительные беседы и дискуссии; анонимное обсуждение подростками своих переживаний и проблем, обсуждение достоинств и недостатков членов группы: невербальные методы, такие как реализация переживаний, выполнение действия, требующего общих усилий и участия всех членов группы, психодрама, методы тренировки отдельных психических функций (внимания, мыслительных процессов, эмоций и воли), а также тренировка механизмов психофизиологической саморегуляции (аутотренинг, релаксационные, суггестивные техники). Групповая психотерапия позволяла подросткам лучше оценивать свои реакции на жизненные трудности; учила способности предусматривать последствия своего поведения и корректировать его в конкретных условиях; разрушала неадекватные стереотипы межличностных отношений. Эффективность мероприятий зависела от типа ведущих патологических проявлений и была более высокой при дозозологических формах расстройств, чем при

формирующихся и сформировавшихся формах, что еще раз подчеркивает актуальность парадигмы превентивной психиатрии.

Семейная терапия относится в настоящее время, к наиболее часто практикуемым методам лечения психических расстройств у подростков, акцент в которой делается на изменение семейных отношений (Mattejat F., 1997, Remschmidt H., 2001).

При сотрудничестве с семьей подростка выделялось три уровня вмешательства:

1)консультирование родителей,

2)структурированная семейная терапия (наблюдение и осознание межличностных взаимосвязей,

3)совместная разработка концепций решения проблем), терапия ориентированная на отношения (новые интерпретации и "рефрейминг"). В целом, в результате семейной терапии происходила нормализация семейных отношений, вскрытие конфликтов, стимулирование альтернативных форм семейных отношений, которые лучше удовлетворяют потребности членов семьи.

Рациональная психотерапия, используя приемы переубеждения, отвлечения и др. Построение терапии было таким образом, чтобы у подростка возникло понимание необходимости изменения поведения, направлялась на изменение иерархии ценностей и мотивов поведения, разрушение сверхценных комплексов, критическую оценку своих реакций на трудности и проблемы, формирование адекватного представления об окружающем мире и себе, на понимание проблем взрослых.

Методы нейролингвистического программирования (НЛП): использовались основные психотерапевтические техники данного направления: «расширение карты мира», работа с «линией времени», «якорные техники», работа с невербальным поведением, «субмодальности», «рефрейминг». Эффективная терапия с помощью НЛП предусматривала «присоединение» к подростку (установление взаимопонимания) в самом начале коммуникации, с первых встреч - и служила потом основой строительства отношений с ним.

Психолого-педагогическая работа способствовала восстановлению утраченного неформального контакта с взрослыми: с родителями, педагогами, формированию коллективистских отношений со сверстниками, имевшими социально положительные формы поведения; воспитанию ответственности и чувства долга. Лечебная педагогика оказывала помощь в решении общевоспитательных задач по передаче подросткам необходимых общеобразовательных знаний и трудовых навыков, которые в свою очередь способствовали социальной реабилитации, реадaptации. Вся работа строилась через объединение усилий врача, родителей, педагогов.

Осуществлялось просвещение и психологическое консультирование самих подростков, родителей и родственников, коллектива сверстников, референтной группы сверстников, педагогов и воспитателей. С этой целью нами читались лекции на различные темы, посвященные психологическим особенностям подросткового возраста, сексуального развития, человеческой коммуникации, способам разрешения человеческих конфликтов, проблемам употребления психоактивных веществ и др.

Реабилитационная тактика при психодезадаптационных состояниях. Данные программы были ориентированы на подростков с психодезадаптационными состояниями. В их основу было положено применение психопрофилактического (ППК), психотерапевтического (ПТК) и психофармакологического (ПФК) комплексов.

Психопрофилактический комплекс включал в себя превентивные мероприятия общеоздоровительного и психогигиенического характера. Общеоздоровительные были направлены на повышение физического состояния и психоадаптационных возможностей подростков. Мероприятия психогигиены были направлены на устранение и смягчение

действия неблагоприятных социально-бытовых и учебных факторов. Мероприятия включали в себя правильное питание, соблюдение режима дня, прием мультивитаминных препаратов. Важная роль психопрофилактики НППР принадлежала активному просвещению учащихся, их родителей, педагогов, администрации образовательных учреждений. С учетом выделенных у данных лиц вариантов ПДАС, и принимая во внимание клинико-динамическую структуру, были разработаны профилактические и реабилитационные программы. Индивидуализация предупредительных мероприятий достигалась применением 5 программ.

*Первая программа* применялась в отношении практически здоровых учащихся, у которых отмечались явления слабости при интенсивных занятиях. Она включала назначения адаптогенов растительного происхождения – экстракта элеутерококка, настойки заманихи, лимонника, которые не только умеренно стимулируют центральную нервную систему, но и усиливают активное торможение в случаях его недостаточности (Гурова А.Д., 1974). *Вторая программа* состояла из комплекса психотерапевтических методик, применявшихся для нормализации психоэмоциональных отклонений и предупреждения возможного возникновения невротических расстройств при дистимическом варианте ПДАС. Психотерапевтический комплекс включал в себя консультации психолога, психотерапевта, обучение отдельным методам коррекции и самокоррекции, выработку копинг-стратегий или стратегий совладания, семейную психотерапию. Подросткам с ПДАС по дистимическому варианту проводились индивидуальные и групповые методики личностно-ориентированной психотерапии. *Третья программа* представляла собой присоединение к предыдущим воздействия физическими факторами (рефлексотерапия, физиотерапия). Рекомендовалась данная программа подросткам с невротическим и психопатоподобным вариантом ПДАС. *Четвертая программа* объединяли все вышеописанные методики, и использовалась при неблагоприятной (несмотря на проведение профилактических комплексов) динамике: присоединялись малые дозы «дневных» транквилизаторов (сибазон), антидепрессантов. *Пятая программа* предназначалась подросткам с ПДАС клинического уровня и реализовалась в условиях стационара, но включала в себя и мероприятия, проводимые в рамках первой-третьей программ с быстрым присоединением ПФК и «интенсивной» психотерапии.

С учетом проведенного клинико-динамического исследования все выявленные больные были разделены на три подгруппы: больные инициальными стадиями; больные невротическими состояниями, невротоподобными и психопатоподобными состояниями соматогенного и экзогенно-органического генеза; лица, страдающие невротическими, патологическими развитиями личности и расстройствами личности.

У большинства больных наблюдалось практическое выздоровление – в 44,1% случаев; у 20,6% наступило полное выздоровление; у 26,5% – состояние характеризовалось неполным выздоровлением, а в 8,8% случаев отмечалось незначительное улучшение.

## ВЫВОДЫ

1. Непсихотические психические расстройства в подростково-юношеском возрасте представлены преобладанием нозологической группы F 4 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» – 43,3%, в юношеской подгруппе 48,3%, в подростковой 34,7%, с возрастом удельный вес непсихотических психических расстройств возрастает, что связано с их общим течением.

2. Непсихотические психические расстройства в группе сравнения имеют высокую распространенность и представлены доклиническими и клиническими проявлениями. Доклинические клинические формы чаще встречались у учащихся ПТУ (50,1% и 48%



соответственно), по сравнению в группой школьников и студентов вузов (26,9% и 22,3 % соответственно,  $p < 0,05$ ).

3. В структуре доклинических проявлений преобладают нарушения астенического психопатологического регистра 47,7% - подростковый возраст, а в юношеском возрасте доминирует психопатология аффективного регистра 52,5%. Клинические проявления НППР были представлены непсихотическими нарушениями невротическими состояниями 43,3%, нарушениями экзогенно-органической природы 15,7% и расстройствами настроения 10,6%.

3.1. Уровень депрессии (свыше 23 баллов) преобладал в основной группе 52,8%, в 1 группе 25,7%, во 2 группе 12% и 3 группе ( $p < 0,05$ ,  $\chi^2$  - статистика). В основной группе уровень тяжелой депрессии составил 85%, по сравнению с группами сравнения ( $p < 0,05$ ,  $\chi^2$  - статистика). Показатель уровня агрессивности преобладал в группе сравнения 2 учащихся ПТУ  $40,34 \pm 5,71$ , качественные проявления агрессивности представлены в 23,07% физической агрессивностью.

3.2. Уровень социальной адаптации был наиболее высоким в группе школьников –  $31,1 \pm 11,1$ , наименее адаптированы были подростки группы 2 учащиеся ПТУ  $25,05 \pm 8,38$ , ( $p < 0,05$ ,  $\chi^2$  - статистика).

3.3. Уровень тревожности личностной и ситуативной был значительно выше в основной группе, соотношение личностной и ситуативной тревожности соответственно  $41,82 \pm 6,52$  и  $41,61 \pm 6,72$ . В группе сравнения личностная и ситуативная тревожность преобладала в 3 группе (студенты вузов)  $38,74 \pm 7,94$  и  $37,31 \pm 8,01$ . Корреляционный анализ по Спирмену, что из выражена тесная взаимосвязь между уровнем депрессии и агрессивностью ( $r = 0,30$ ), пункты коррелирующие с суммарными показателями аффективных расстройств личностная – ситуативная тревожность ( $r = 0,18$ ,  $p < 0,05$ ), количественная выраженность тревожных расстройств с личностной и ситуативной тревожностью ( $r = 0,18$ ,  $p < 0,05$ ), уровень депрессии и тревоги личностной ( $r = 0,12$ ,  $p < 0,05$ ), ситуативной ( $r = 0,15$ ,  $p < 0,05$ ), и количественно – выраженной ( $r = 0,13$ ,  $p < 0,05$ ), ИМТ и показатель депрессии ( $r = 0,07$ ,  $p < 0,05$ ), личностной тревожности ( $r = 0,07$ ,  $p < 0,05$ ), ситуативной ( $r = 0,10$ ,  $p < 0,05$ ), и клинически выраженной ( $r = 0,09$ ,  $p < 0,05$ ).

4. Анализ патогенетических условий формирования непсихотических психических расстройств в группе сравнения показал значительную взаимосвязь наследственных, биологических и социально-средовых компонентов. Психические заболевания среди родственников чаще встречаются у подростков группы учащихся ПТУ (58,1 %) и в основной группе (66,3 %) ( $p < 0,05$ ,  $\chi^2$  - статистика). В сравнении со школьниками, у учащихся ПТУ преобладала наследственная отягощенность по алкоголизму, эпилепсии, невротическим расстройствам, шизофрении и по нескольким психическим расстройствам (42,1 %) ( $p < 0,001$ ). Депрессия и суициды среди родственников чаще встречаются у подростков основной группы (10,4 %) ( $p < 0,05$ ,  $\chi^2$  - статистика). В группе учащихся ПТУ выявлены алкоголизация в 6,1 % случаев, психические стрессы (7,3 %).

5. Патология перинатального периода отмечена в группе сравнения школьники (76,5 %) и среди учащихся ПТУ (68,3 %) ( $p < 0,05$ ). У подростков основной группы чаще встречался критерий «недоношенность» (10,2 %), и рождение с помощью кесарева сечения (13,5 %). У матерей подростков группы учащиеся ПТУ отмечалась патология родов - поздние роды, свыше 42 недель в 14,7 % случаев, стимулированные (28,0 %) и затяжные (39,1 %), у матерей 1 группы преобладали «стимулированные роды» (63,6 %) и асфиксия плода (27,3 %) ( $p < 0,05$ ).

6. Факторы «риска» формирования непсихотических психических расстройств: подростки основной группы реже воспитывались в полной семье (38,4 %), по сравнению с подростками 1 группы сравнения 45,6 % и 2 группы (56,3 %,  $p < 0,05$ ). Подростки основной группы реже посещали детские дошкольные учреждения (73,6 % - основная группа, 93,8 % – 1 группа (школьники) и 94,1 % – 3 группа (студенты), имели трудности адаптации (47,4 %) в среде дошкольников (34,4 % – подростки 2 группы и 6,4 % – 2 группа) ( $p < 0,05$ ),

Школьная успеваемость (46,6 %) и адаптационные возможности (50,0 %) чаще были нарушены у подростков 2 группы. ( $p < 0,001$ ).

7.Эффективность проведенных лечебных, реабилитационных мероприятий оказалась наиболее высокой в подгруппе лиц с донозологическими формами: состояние полного выздоровления «А» достигнуто у 29,0% учащихся, практическое выздоровление «В» - 52,0 случаев. Неполное выздоровление с наличием отдельных невротических и патохарактерологических симптомов, нерезких нейрофизиологических сдвигов «С» у – 13,0%; состояние незначительного улучшения «D» - 6,0. В подгруппе с клиническими формами ПНПР эффективность составила соответственно «А» –20,6%, «В» - 44,1%, «С» - 26,5%, «D» - 8,8%. В целом полное и практически полное выздоровление (А+В) достигнуто в первой группе в 81,0%, во второй – 64,7%. Среди отдельных вариантов ПДАС наилучшие результаты отмечались среди клинических форм – при невротических расстройствах (85%).

8.Эпидемиологическое обследование второй группы сравнения (региональный аспект) выявило преобладание клинической группы у школьников г. Колпашево 42,7% и г. Томска 40,8%. Донозологические нарушения преобладали во 2 группе 38,6%. самым распространенным вариантом доклинических проявлений был аффективный вариант, составивший 44,3%, достоверно преобладал в 1 группе 69,6% и 3 группе 38,8%, достоверных различий между 2 и 3 группами не было. ( $p > 0,05$ ): Невротический и психопатоподобный вариант доминировал во 2 группе школьников (г. Москва), соответственно 40,65 и 21,9%. Уровень депрессивных проявлений преобладал в первой группе г. Колпашево и составил 31,2+2,6 баллов по сравнению со школьниками г. Москвы – 18,6+3,9 баллов.

9.Разработаны комплексные реабилитационные программы, включавшие психотерапевтические (рациональная, гештальттерапия, групповая, семейная психотерапия), психофармакологические (корректоры поведения, транквилизаторы, ноотропы, растительные адаптогены), социально-психологические, превентивные (анализ микросоциальных влияний, аддиктивных состояний у подростка с последующей выработкой психогигиенических рекомендаций) мероприятия, основанные на принципах поэтапности, дифференцированности, индивидуализации, учета сомато-органической отягощенности. На первом этапе предполагалось снятие острых дезадаптационных реакций декомпенсаций путем краткосрочного изолирования (кабинет эмоциональной разгрузки) из условий психотравмирующей обстановки; на втором – восстановление адаптационных механизмов путем биологической терапии и психотерапии; на третьем – увеличение резервных адаптационных способностей организма, выработка новых позитивных форм личностного реагирования на психотравмирующие ситуации с последующей выработкой психогигиенических рекомендаций.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1.В группу риска по развитию непсихотических психических расстройств входят преимущественно лица с биологическими, психологическими и микросоциальными неблагоприятными факторами, выраженность которых необходимо учитывать при ранней диагностике и лечении.

2.При проведении профилактических осмотров в учебных заведениях рекомендовано участие врача-психиатра, с выделением групп «риска», с целью выявления начальных проявлений непсихотических психических расстройств.

3.Рекомендуется комплексная лечебная программа у лиц с доклиническими проявлениями (препараты растительного происхождения, психотерапия), с клиническими

проявлениями непсихотических психических расстройств, терапия с учетом типологии и варианта клиники (аффективный, невротический или психопатоподобный тип).

4. Психофармакологическое лечение непсихотических психических расстройств целесообразно проводить комплексно, в сочетании с соматоневрологической патологией

5. В коррекции непсихотических психических расстройств у лиц подростково-юношеского возраста наиболее эффективна когнитивно-поведенческая терапия, направленная на психологическое просвещение.

#### **Список работ, опубликованных по теме диссертации**

1. Попова Н.М. «Суицидальное поведение у подростков». // Психическое здоровье детей и подростков. Кемерово, 1998, с. 89 – 92.

2. Попова Н.М., Иванова А.А.. «Клинико - психологическая характеристика нервно – психических расстройств у учащихся профтехобразования». // Социальное здоровье детей и подростков, региональный опыт и перспективы, Томск, 2000, с. 82 – 84.

3. Попова Н.М., Пальянова И.А., Иванова А.А.. «Особенности проведения психотерапевтической работы с учащимися профтехобразования». // Современные технологии психиатрического и наркологического сервиса. Томск, 2001. – Т.2 - с. 90 – 91.

- 4.Попова Н.М., Семке В.Я., Якутенок Л.П.. «Модель медико – психологической службы для учащихся НПО». // Современные технологии психиатрического и наркологического сервиса. Томск, 2001, с.88 – 90.
- 5.Иванова А.А., Стоянова И.Я., Попова Н.М.. «Изучение индивидуально – личностных особенностей и способов поведения в конфликтных ситуациях учащимися системы НПО, с помощью методик ПДО и копинг - поведения». // Современные технологии психиатрического и наркологического сервиса. Томск, 2001, с. 44 – 45.
- 6.Иванова А.А. «Использование графических приемов при диагностике актуального состояния и личностных особенностей у лиц юношеского возраста. // Актуальные вопросы психиатрии, школа молодых ученых. Томск, 2001.
- 7.Попова Н.М., Иванова А.А., Пальянова И.А.. Состояние психического здоровья подростков // Социальные и психологические аспекты семьи. - Владивосток, 2001. – С. 328-331.
- 8.Попова Н.М.. «Новые формы и методы психологической работы в системе образования». //Материалы научно – практической конференции «Качество образования – приоритет высшей школы», Томск, 2001, с. 80 – 85.
- 9.Попова Н.М., Федяева О.В.. «Психологические особенности у подростков с соматоформными расстройствами». // Материалы научно – практической конференции «Качество образования – приоритет высшей школы», Томск, 2001, с. 86 – 89.
- 10.Попова Н. М., Иванова А.А., Пальянова И.А. “Психодиагностика и коррекция познавательной сферы у учащихся НПО”. // Организация психиатрической помощи. Материалы межрегиональной научно-практической конференции. Омск, 2002 – с. 64 -66.
- 11.Пальянова И.А., Попова Н.М., Иванова А.А. “Распространенность резидуально - органической церебральной недостаточности среди учащихся системы НПО”. // Организация психиатрической помощи. Материалы межрегиональной научно - практической конференции. Омск, 2002 – с. 135 – 136.
- 12.Пальянова И.А., Семке В.Я., Попова Н.М., Иванова А.А.. «Особенности пограничных нервно – психических расстройств у учащихся системы начального профессионально – технического образования». // Современные проблемы биологической психиатрии и наркологии, всероссийская конференция с международным участием, Томск 2003, с. 175 – 176.
- 13.Корнетов Н.А., Эфтимович Л.Е., Дубовская Л.Н., Попова Н.М., Симуткин Г.Г., Корнетов А.Н., Счастный Е.Д., Якутенок Л.П., Авдеенок Л.Н.. «Методология и развитие суицидологической службы Томской области: 15 летний опыт». // Сборник материалов международной научно – практической конференции, Томск, 2003, с. 177 – 185.
- 14.Попова Н.М., Зинковская С.В. «Клинико – психологические особенности аффективных расстройств в подростковом возрасте у учащихся НПО». // Сборник материалов международной научно – практической конференции, Томск, 2003, с. 252 – 256.
- 15.Попова Н.М.. Интернет – аддикция как социально – психологический феномен в подростковом возрасте». // Профилактика аддиктивных состояний в детско – подростковом возрасте, Томск, 2003, с.173 – 180.
- 16.Пальянова И.А., Семке В.Я.. «Семья как источник психогении у учащихся системы начального профессионально – технического образования». // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. Материалы XI научной отчетной сессии ГУ НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН, посвященной 400- летию г. Томска, Томск, 2003, с. 76 – 78.
- 17.Семке В.Я., Пальянова И.А., Попова Н.М.. «Клинико – эпидемиологическое исследование пограничных нервно – психических расстройств среди учащихся системы

начального профессионально – технического образования». // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. Материалы XI научной отчетной сессии ГУ НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН, посвященной 400 – летию г. Томска. Томск, 2003, с.82 – 84.

18.Никулина Т.М., Попова Н.М.. «Клинико – психологические особенности алкогольной девиации в подростковом возрасте (психотерапевтический сервис)». // Актуальные вопросы наркологии и психиатрии. Материалы XI научной отчетной сессии ГУ НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН, посвященной 400 – летию г. Томска. Томск, 2003 - с.176 – 183.

**19.Невидимова Т.И., Семке В.Я., Попова Н.М., Павлова О.А., Робенкова Т.В. Роль сенсорных систем в формировании и терапии отклоняющегося поведения и иммунологии. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии.Томск, 2003, №1 – с. 24 – 26.**

20.Попова Н.М.. Аффективные расстройства в подростковом возрасте. // Модернизация высшей школы в условиях реформирования общества. Материалы межвузовской научно – практической конференции 20 -21 марта 2003 г. Томск, 2003 – с. 7 – 12.

**21.Попова Н.М. «Цветовые ассоциации в психотерапии». // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. Томск, 2004, № 1-с.38-41.**

22.Пальянова И.А., Семке В.Я., Попова Н.М.. «Преморбидные особенности подростков как фактор риска развития нервно-психических расстройств». // Современные аспекты охраны психического здоровья. Владивосток, 2004-с. 117-118.

23.Невидимова Т.И., .Попова Н.М., Найденова Н.Н., Баранов И.В., Коконова. Клинико-биологические особенности подростков с формирующимся влечением к психоактивным веществам. // Научные достижения и опыт клинических исследований в психиатрии. Материалы международной научно-практической конференции психиатров и наркологов Сибири и Дальнего Востока 26-27 мая 2004г.400-летию Томска посвящается. Томск, 2004, с. 134-139.

24.Пальянова И.А., Попова Н.М.. Роль наследственного фактора в формировании пограничной патологии у учащихся системы начального профессионально-технического образования. // Научные достижения и опыт клинических исследований в психиатрии. Материалы международной научно-практической конференции психиатров и наркологов Сибири и Дальнего Востока 26-27 мая 2004г.400-летию Томска посвящается. Томск, 2004, с.140-142.

25.Попова Н.М.. Клинико-биологические закономерности аффективных расстройств и аутодеструктивного поведения в подростковом возрасте. // Научные достижения и опыт клинических исследований в психиатрии. Материалы международной научно-практической конференции психиатров и наркологов Сибири и Дальнего Востока 26-27 мая 2004г.400-летию Томска посвящается. Томск, 2004, с.146-151.

26.Попова Н.М.. Отклонения в поведении как признак социальной дезадаптации подростков. // Психические нарушения в детском и подростковом возрасте (клинико-терапевтические и социально-реабилитационные аспекты). Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Томск, 2004, с.157-160.

27.Попова Н.М., Иванова А.А., Лебедева В.Ф.. Клинико-психологическая характеристика подростков с кожными и желудочно-кишечными заболеваниями. // Психические нарушения в детском и подростковом возрасте (клинико-терапевтические и социально-реабилитационные аспекты). Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Томск, 2004, с.160-162.

28.Попова Н.М., Пальянова И.А.. Эмоциональное развитие и основные факторы невратизации подростков. // Психические нарушения в детском и подростковом возрасте (клинико-терапевтические и социально-реабилитационные аспекты). Материалы

Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Томск, 2004, с.162-165.

29.Попова Н.М., Пальянова И.А.. Распространенность пограничных нервно-психических расстройств среди учащихся системы начального профессионального образования. // Охрана психического здоровья подрастающего поколения (региональный аспект),Томск, 2004, глава II, с.35-68.

**30.Попова н.М., Пальянова И.А., .Лебедева В.Ф.. Психосоматические расстройства в подростковом возрасте. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. Томск, 2004, № 3-с.53-57.**

31.Попова Н.М.. Тревожно - фобические расстройства в детском и подростковом возрасте. Томск-Уфа, 2004, с.113.

32. Невидимова Т.И., Попова Н.М., Найденова Н.Н., Баранов И.В., Коконова Д.Н.Клинико-биологические особенности подростков с формирующимся влечением к психоактивным веществам // Научные достижения и опыт клинических исследований в психиатрии. Мат. международной научно-практической конференции психиатров и наркологов Сибири и Дальнего Востока, Томск, 26-27 мая, 2004. – С. 134-139.

34.Попова Н.М., Семке В.Я., Иванова А.А. Социально-психологические факторы, способствующие формированию агрессивности. // Сборник материалов межрегиональной межведомственной научно – практической конференции «Актуальные проблемы современной психиатрии и наркологии. Омск 14-15 декабря, 2005.

35.Попова Н.М., Ткачева Г.Д. Клинико – психологический подход в обследовании детей и подростков. // Сборник материалов межрегиональной межведомственной научно – практической конференции «Актуальные проблемы современной психиатрии и наркологии. Омск 14-15 декабря, 2005.

36.Симуткин Г.Г., Попова Н.М., Федорова И.В. Сезонное аффективное расстройство в подростковом возрасте. // Сборник материалов межрегиональной межведомственной научно – практической конференции «Актуальные проблемы современной психиатрии и наркологии. Омск 14-15 декабря, 2005.

**37.Симуткин Г.Г., Попова Н.М.. Сезонные аффективные расстройства у школьников. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. Томск, 2005, №2, с. 65 – 68.**

38.Попова Н.М. Роль неблагоприятных социальных факторов (психические расстройства у родителей) в генезе аффективных расстройств в подростково-юношеском возрасте. // Европейский конгресс «От родителей к детям – воздействие психического здоровья родителей на детей». 23-25 сентября 2005 год.

39.Попова Н.М. Нарушения в когнитивной сфере у детей, обусловленные алкоголизмом родителей. // Европейский конгресс «От родителей к детям – воздействие психического здоровья родителей на детей». 23-25 сентября 2005 год.

**40.Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г., Попова Н.М., Кудякова Т.А., Потапкина Е.В., Ермаков А.В., Рогозина Т.А. «Распространенность и закономерности клинической гетерогенности аффективных расстройств с учетом конституциональных и хронобиологических факторов». // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. Томск, 2005, №4 с.25 – 30.**

42.Попова Н.М. Роль неблагоприятных социальных факторов (психические расстройства у родителей) в генезе аффективных расстройств в подростково-юношеском возрасте. // Европейский конгресс «От родителей к детям – воздействие психического здоровья родителей на детей». 23-25 сентября 2005 год.

43.Попова Н.М. Нарушения в когнитивной сфере у детей, обусловленные алкоголизмом родителей. // Европейский конгресс «От родителей к детям – воздействие психического здоровья родителей на детей». 23-25 сентября 2005 год.

44. Попова Н.М. «Проблемы акцентуаций характера и социально-психологической адаптации у подростков». // Материалы межвузовской научно-практической конференции. «Инновационные технологии как условие повышения качества образования». Томск, 2006, с.96-1001.
45. Невидимова Т.И., Попова Н.М. «Выявление сидеропении и пикацизма как фактора риска отклоняющегося поведения в подростково-юношеском возрасте». // Современные технологии психиатрического и наркологического сервиса. Томск, 2006, с. 116-117.
46. Попова Н.М. «Способ выявления сезонного расстройства в подростково-юношеском возрасте». // Современные технологии психиатрического и наркологического сервиса. Томск, 2006, с. 129-130.
47. Симуткин Г.Г., Попова Н.М., Федорова И.В. «Оценка распространенности сезонных эффективных расстройств в подростковом возрасте». // Современные технологии психиатрического и наркологического сервиса. Томск, 2006, с. 157-158.
48. Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г., Попова Н.М. «Распространенность, коморбидность и клиничко-конституциональные закономерности гетерогенности аффективных расстройств и суицидального поведения с учетом хронологических факторов». // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. Томск, 2006, № 3 (42), с.22-25.
49. Иванова А.А., Попова Н.М. «Особенности аффективной сферы подростков с пограничными нервно-психическими расстройствами донозологического уровня с помощью шкалы депрессии Бека». // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. Томск, 2006, приложение (41), с. 99-100.
50. Попова Н.М. «Клиничко-психологические особенности алкогольной девиации в подростково-юношеском возрасте». // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. Томск, 2006, приложение (41), с.224-227.
51. Симуткин Г.Г., Попова Н.М., Федорова И.В. «Встречаемость сезонного аффективного расстройства в подростковом возрасте». // Сибирский вестник психиатрии и наркологии (приложение) Тезисы докладов научно-практической конференции с международным участием, посвященной 25-летию ГУ НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН «Психическое здоровье населения Сибири и Дальнего Востока» - 2006. - (41). – С.261-263.
52. Popova N.M.. Art – therapy and practice of hymanistic education. // European psychiatry, Madrid, 2007, с.212.
53. Попова Н.М. «Психологические особенности подросткового возраста». // Материалы межвузовской научно – практической конференции «Исследовательская работа как фактор становления эффективного образовательного процессе в современном вузе» Томск 21-23 марта 2007, с. 113 – 122.
54. Попова Н.М., Скопа О. «Эмоции в жизни человека. Основные понятия и определения феноменов эмоциональной сферы». // Материалы межвузовской научно – практической конференции «Исследовательская работа как фактор становления эффективного образовательного процессе в современном вузе» Томск 21-23 марта 2007, с. 123 – 131.
55. Попова Н.М. «Психологические особенности школьной дезадаптации». ». // Материалы межвузовской научно – практической конференции «Исследовательская работа как фактор становления эффективного образовательного процессе в современном вузе» Томск 21-23 марта 2007, с. 132 – 137.
56. Симуткин Г.Г., Попова Н.М. «Встречаемость сезонного аффективного расстройства и его клинические особенности у школьников». // Вестник ВЭГУ: Научный журнал. № 1 (33). Педагогика. Психология. - Уфа, 2008, № 1 (33), с.61 – 68.
57. Simutkin G. G., Popova N. M. Seasonal affective disorder in schoolchildren. // J. czech and slovak psychiatr. – 2008. – Vol. 104 (suppl.2). – P. 1227.
58. Симуткин Г.Г., Попова Н.М., Федорова И.В., Яковлева А.Л. Оценка частоты встречаемости сезонных аффективных расстройств в подростковом возрасте // Охрана психического здоровья в демографической политике страны: Тезисы докладов научно-практической конференции с международным участием, посвященной 100-летию ОГУЗ Томской клинической психиатрической больницы. – под ред. академика РАМН Т.Б. Дмитриевой, академика РАМН В.Я. Семке, проф. А.П. Агаркова. – Томск, 2008. – 315–316.
59. Симуткин Г.Г., Попова Н.М. Сезонное аффективное расстройство в детском и подростковом возрасте // Российский психиатрический журнал – 2008. – № 4. – С.74–

78.

60.Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г., Горшкова Л.В., Гарганеева Н.П., Невидимова Т.И., Шахурова Н.И., Вялова Н.М., Попова Н.М., Васильева С.Н. Клинико – патогенетические, социально – эпидемиологические факторы онтогенеза аффективных расстройств (аспекты ранней диагностики и превенции). // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. Томск, 2009. - №6 (57). . С. 9-13

61.Попова Н.М. Клинико – биологические закономерности аффективных расстройств и аутоагрессивного поведения .в подростково – юношеском возрасте. // Материалы XIV научной отчетной сессии НИИ психического здоровья СО РАМН, (Томск, 7 октября 2009). Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. С 144 -149.

62. Клесюк Ю. Н., Попова Н.М. Отклоняющееся поведение в системе начального профессионального образования // Материалы XV психиатров России. (9 – 12 ноября 2010), С. 146.

63.Счастный Е.Д., Семке В.Я., Попова Н.М., Клесюк Ю.Н. Половые отличия суицидального поведения у подростков // Материалы XV психиатров России. (9 – 12 ноября 2010), С. 162.

64.Попова Н.М. «Аффективные расстройства при аддикции у молодежи» // Вестник ВЭГУ. Уфа, 2011, № 2 (37), С. 61—68.

65.Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г., Невидимова Т.И., Лебедева Е.В., Попова Н.М., Шахурова Н.И., Розин А.И. Клинико-патогенетические, социально-эпидемиологические факторы онтогенеза аффективных расстройств (аспекты ранней диагностики и превенции) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – 4 (67). – С. 23–33.

66.Попова Н.М., Счастный Е.Д., Горбачев Ю.Н. Клинические особенности суицидального поведения в подростково-юношеском возрасте. // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013.

67.Симуткин Г.Г., Лебедева Е.В., Попова Н.М., Рогозина Т.А. Современные инструменты скрининга расстройств биполярного спектра а психиатрической практике. // Современные проблемы биологической психиатрии и наркологии. Третья всероссийская конференция с международным участием. Томск, 2013. С.158 - 160.

#### **Глава в монографии**

Семке, В.Я Охрана психического здоровья подрастающего поколения (региональный аспект) / В.Я. Семке, А.П. Агарков, О.Н. Логунцова. – Томск: РАСКО, 2004. - 168 с. (Глава в монографии). Н.М.Попова, И.А.Пальянова. Распространенность пограничных нервно-психических расстройств среди учащихся системы начального профессионального образования. // Охрана психического здоровья подрастающего поколения (региональный аспект),Томск, 2004, глава II, с.35-68.

#### **Методические рекомендации**

1.Невидимова Т.И., Попова Н.М., Семке В.Я. Найденова Н.Н. Методические рекомендации «Психонейроиммунотерапия с помощью дисперсионного распыления растительных и ароматических веществ». Томск, 2005.

2.Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д.,Попова Н.М., Лебедева Е.В. Оценка суицидального риска у пациентов с депрессивными расстройствами в общеймедицинской практике: Методические рекомендации. – Томск, 2010. – 33 с.