



УДК: 616.89-008

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb340868>

Вероятность смены диагноза у взрослых пациентов, у которых в детстве были диагностированы психические расстройства

Т.Р. Газизуллин^{1,2}, В.Д. Менделевич¹¹Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия²Республиканская клиническая психиатрическая больница им. акад. В.М. Бехтерева, Казань, Россия*Автор, ответственный за переписку:* Владимир Давыдович Менделевич, mendelevich_vl@mail.ru

АННОТАЦИЯ

Обоснование. Проблема смены психиатрического диагноза относится к числу актуальных.**Цель.** Изучить частоту и вероятность смены выставленного пациентам в детском возрасте психиатрического диагноза при переходе под наблюдение к психиатру, обслуживающему взрослое население.**Материал и методы.** Проанализировано 246 случаев пациентов, впервые обратившихся к психиатру в детском (подростковом) возрасте, далее взятых на консультативный или диспансерный учёт. Исследование носило катamnестический характер, велось при помощи анализа электронных баз данных Республиканской клинической психиатрической больницы им. акад. В.М. Бехтерева МЗ РТ (г. Казань), а также путём изучения первичной медицинской документации (амбулаторных карт и историй болезни). Результаты исследования обрабатывали на базе программ Statistica 6.0 и MS Excel 2020.**Результаты.** Описаны основные варианты исходов психических расстройств, диагностированных в детском возрасте пациентов. Показано, что верификация психиатрического диагноза в раннем возрасте более чем в половине клинических случаев бывает неокончательной, а вопрос дальнейшего диагностического поиска остаётся неисчерпанным и требующим пересмотра. При помощи методов многофакторной статистики смоделированы основные транснозологические (димерсиональные) модели алгоритмов развития психических расстройств.**Ключевые слова:** *детские психические расстройства, катamnез, транснозологические исследования, димерсиональный подход, психиатрическая диагностика, кластерный анализ.*

Для цитирования:

Газизуллин Т.Р., Менделевич В.Д. Вероятность смены диагноза у взрослых пациентов, у которых в детстве были диагностированы психические расстройства // Неврологический вестник. 2023. Т. LV. Вып. 2. С. 20–30. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb340868>.

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb340868>

Probability of change in diagnosis among adult patients diagnosed with childhood mental disorders

Timur R. Gazizullin^{1,2}, Vladimir D. Mendelevich¹

¹Kazan State Medical University, Department of Psychiatry and Medical Psychology, Kazan, Russia

²Republican Clinical Psychiatric Hospital named after acad. V.M. Bekhterev of Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, Kazan, Russia

Corresponding author: Vladimir D. Mendelevich, mendelevich_vl@mail.ru

ABSTRACT

BACKGROUND. The problem of changing a psychiatric diagnosis is a reality.

AIM. To study the frequency and probability of changing the exposed patient at the age of psychiatric illness when moving under the supervision of a psychiatrist served by a large population.

MATERIAL AND METHODS. We analyzed 246 cases of patients who first applied to a psychiatrist in childhood (adolescence), then taken for consultative or dispensary registration. The study was follow-up in nature, was carried out with the help of the analysis of electronic databases of the RCPB. acad. V.M. Bekhterev of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan (Kazan), as well as by studying primary medical documentation (outpatient cards and case histories). The results of the study were processed on the basis of Statistica 6.0 and MS Excel 2020.

RESULTS. The main variants of the outcomes of mental disorders diagnosed in childhood of patients are described. It is shown that in more than half of clinical cases the confirmation of a psychiatric diagnosis at an early age is not final, and the issue of further diagnostic search remains unresolved and requires revision. Using the methods of multifactorial statistics, the main transnosological (dimensional) models of algorithms for the development of mental disorders are modeled.

Keywords: *childhood mental disorders, catamnesis, transnosological studies, dimensional approach, psychiatric diagnostics, cluster analysis.*

For citation:

Gazizullin TR, Mendelevich VD. Probability of change in diagnosis among adult patients diagnosed with childhood mental disorders. *Neurology Bulletin.* 2023;LV(2):20–30. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb340868>.

ВВЕДЕНИЕ

Диагностика психических и поведенческих расстройств представляет собой не только процесс, нацеленный на констатацию факта наличия у человека каких-либо психопатологических отклонений и разработку терапевтической стратегии, но и методологию, направленную на оценку прогноза, вероятного исхода заболевания у конкретного пациента. Сам по себе диагноз в некотором смысле «программирует» деятельность врача и формирует у пациента и его родственников «взгляд в будущее» с представлением о возможном достижении или недостижении жизненных целей и самореализации [1]. В этом отношении выставление ошибочного (преждевременного) диагноза психического расстройства в детском возрасте может нарушить адекватную и гармоничную «траекторию будущего развития» человека [2–4].

В последние годы акцент в научных проспективных, лонгитудинальных исследованиях делают на обнаружении связи психических и поведенческих расстройств с психопатологическими нарушениями, возникающими у этих людей во взрослом возрасте. Особой диагностической проблемой следует признать наличие психических расстройств, относимых исключительно к «детским». До настоящего времени не изучена и недостаточно разработана тема диагностики у взрослых синдрома дефицита внимания и гиперактивности, а также расстройств аутистического спектра, несмотря на очевидные факты их существования [5–7].

Известно, что в детском возрасте дифференциальная диагностика психических и поведенческих расстройств крайне затруднительна по причине размытости клинической картины заболеваний, неспособности ребёнка чётко и однозначно формулировать жалобы. Барьером на пути объективной диагностики может также становиться нечёткость представлений психиатров о границах нормативных для детского и подросткового возраста форм и способов поведения в периоды возрастных кризисов [3, 4].

Психиатрическая практика показывает, что постановка психиатрического диагноза часто не бывает статичной, не подвергающейся изменениям по мере взросления человека, а предстаёт динамическим процессом [8–21].

Помимо этого, в современной психиатрии есть тенденция к нарастанию диагностического релятивизма, заключающегося в отношении к выставлению точного диагноза с долей скепти-

цизма, связанного, во-первых, с переходом от нозологического принципа к феноменологическому, во-вторых, с представлением о том, что даже несхожие психические расстройства лечат единообразно с ориентацией на синдромальную терапию.

Ошибки диагностики психических и поведенческих расстройств в детском и подростковом возрасте и их пересмотр в дальнейшем показали, что они могут быть связаны со следующими факторами.

1. Аутохтонной динамикой психического заболевания, выходом его за рамки одной диагностической рубрики.

2. Нейродинамическими особенностями физиологии коры больших полушарий в различные периоды жизни.

3. Присоединением сопутствующих расстройств (неврологических, соматических, аддитивных) с трансформацией психопатологии.

4. Стрессово-психогенными факторами.

5. Влиянием социальных и рентных установок, связанных с попытками извлечь выгоду из психиатрического диагноза или, наоборот, с целью дестигматизации.

6. Разностью диагностических подходов в различных психиатрических школах, а также с вероятностью врачебных ошибок.

Наибольшего интереса заслуживают исследования динамики психического расстройства и его номинального отображения в виде формализованного диагноза при переходе из детско-подросткового во взрослый период жизни, что обусловлено как биологическими, так и социально-психологическими причинами [10–12]. Выявление прогностических критериев детских психических расстройств может способствовать устранению многих проблем диагностики, подбора терапии, разработки реабилитационных мероприятий.

Предшествующие работы по изучению исходов детских психических нарушений уделяли основное внимание динамике отдельных расстройств внутри одной традиционной нозологии. Так, отмечено, что дебютирующая в детстве шизофрения протекает злокачественнее, чем у взрослых [10]. О тяжести данного расстройства свидетельствует высокая доля детей, сохраняющих инвалидность по достижении взрослого возраста. После совершеннолетия эти больные, как правило, демонстрируют тяжёлую несформированность социальных навыков, интеллектуальную несостоятельность и личностное недоразвитие.

Таблица 1. Распределение пациентов по диагнозам, выставленным до 18-летнего возраста

Шифр МКБ-10	Диагноз	Количество пациентов
F20	Шизофрения	43
F70	Умственная отсталость лёгкой степени	36
F06	Органические психические расстройства	40
F9	Эмоциональные и поведенческие расстройства, начинающиеся в детском и подростковом возрасте	54
F84	Детский аутизм	73
Всего		246

Примечание: МКБ-10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра.

Таблица 2. Группа расстройств шизофренического спектра

Диагноз после 18 лет (абс.)		Доля совпадения/вариабельности (%)
F20	42	98
F06.28	1	2

Органические психические расстройства по своей сути являются разнородной группой заболеваний с несхожими этиологией, патогенезом, клинической феноменологией, типами течения и методами лечения. Несмотря на их длительное изучение, особенно состояний дефицитарности после перенесённых детских органических вредностей [12], мало исследований о закономерностях их исходов после манифестации в детском возрасте. Данные о вариантах динамики других психических расстройств (аффективно-поведенческих, аутистического спектра), характерных для детского возраста, представляются разрозненными и не отражающими единого методологического подхода.

Всё указанное делает актуальными разработку и дальнейшее развитие транснозологических исследований в области возрастной психиатрии. О единстве данных процессов при номинально различных заболеваниях сообщают по результатам многочисленных нейробиологических исследований, а транснозологический подход согласуется с представлениями о наличии общепатологических закономерностей течения психических заболеваний.

Цель настоящей работы — описание структурно-динамических особенностей диагностических моделей психических расстройств в катанестическом ракурсе, исходя из вариабельности постановки диагноза на разных этапах взросления пациента. В задачи исследования включена количественная оценка распределения диагнозов после 18 лет в зависимости от диагнозов, выставленных пациентам в детском и подростковом периодах, а также выделение транснозологических дименсий,

описывающих наиболее типичные стереотипы динамики психических расстройств.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 246 пациентов, впервые обратившихся к психиатру в детском/подростковом возрасте, взятых на консультативный или диспансерный учёт с установленным диагнозом психического расстройства. Другим условием включения пациентов в исследование был переход по достижении 18 лет этих же пациентов во взрослую психиатрическую сеть после дополнительных исследований и уточнения диагноза. Средний возраст постановки обследованных на психиатрический учёт составил $9,29 \pm 6,37$ года, возраст пациентов на текущий срез данных — $20,7 \pm 12,07$ года, период проспективного наблюдения у врачей-психиатров — $10,83 \pm 6,8$ года.

Исследование носило катанестический характер, велось при помощи анализа электронных баз данных Республиканской клинической психиатрической больницы им. акад. В.М. Бехтерева Минздрава Республики Татарстан (г. Казань), а также путём изучения первичной медицинской документации (амбулаторных карт и историй болезни).

Анализ полученных данных выполнен при помощи статистических методов (кластерный анализ). Результаты исследования обработаны на базе программ Statistica 6.0 и MS Excel 2020.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Распределение пациентов по диагнозам представлено в табл. 1.

Таблица 3. Группа умственной отсталости (F70)

Диагноз после 18 лет (абс.)		Доля совпадения/вариабельности (%)
F70	21	58,3
F71	7	41,7
F07	4	
Z03	2	
F23	1	
F06	1	

Результаты исследования анализировали по каждой группе психических и поведенческих расстройств отдельно. В табл. 2 представлены результаты диагностических совпадений и расхождений в группе больных с установленным в детстве диагнозом шизофрении.

Наиболее статичной в плане вариабельности диагноза оказалась группа шизофрении (F20): количество совпадений диагнозов после 18 лет составило 98%, только в одном случае после этого возраста диагноз был изменён на органическое шизофреноподобное расстройство (F06.28) — 2% вариабельности. Средний возраст дебюта болезни в данной группе составил $9,53 \pm 3,37$ года: во всех случаях описан детский тип шизофрении с кататонно-параноидной, гебефренической симптоматикой и нарастанием грубого эмоционально-волевого и интеллектуального дефектов. Все пациенты были инвалидами с детства, а при переходе во взрослую психиатрическую сеть в большинстве случаев вставал вопрос о переосвидетельствовании инвалидности на первую или вторую группу бессрочно, иногда о лишении дееспособности. Установленный ранее диагноз шизофрении не вызывал никаких сомнений и подтверждался вновь.

Следует отметить, что на протяжении дальнейшего наблюдения после решения всех медико-социальных вопросов пациенты из данной группы имели малую частоту повторных госпитализаций (по сравнению с пациентами с параноидной шизофренией, заболевших после 18 лет), что косвенно указывало на стёртость психических, аффективно-поведенческих нарушений, преобладание в психическом статусе негативных расстройств.

В группе пациентов с умственной отсталостью (табл. 3) доля совпадения диагноза составила 58,3%, что может указывать на неточности его квалификации в детском периоде.

Одно из ведущих свойств умственной отсталости — её непрогредиентность на протяжении

всей жизни пациента. С теоретической точки зрения данный диагноз должен быть окончательным и может меняться только в случаях нарастания сопутствующей органической патологии либо дебюта психотического расстройства (пфрпрофшизофрения).

Следует отметить, что постановка диагноза умственной отсталости, особенно лёгкой степени (F70), в раннем возрасте бывает более трудной клинической задачей, нежели у взрослых. У детей сложнее использовать методики по исследованию способностей к абстрактно-логическому мышлению, у них не сформирован кругозор, не получен базовый уровень школьных знаний, вносит отрицательный вклад фактор социально-педагогической запущенности, что в совокупности ведёт к ложноположительной диагностике.

При анализе исследованной группы у 7 пациентов диагноз был пересмотрен в сторону увеличения тяжести — умеренной умственной отсталости (F71), что подтверждалось текущим статусом, результатами психолого-экспериментального метода исследования, грубой социальной и педагогической дезадаптацией (необучаемость), а также необходимостью решения медико-социальных вопросов. 2 пациента при переосвидетельствовании показали результаты формальной нормы интеллектуальных способностей и были признаны здоровыми (Z03), сняты со всех видов наблюдений.

Следующий стереотип «патоморфоза» умственной отсталости был отмечен в случае 4 пациентов, где, несмотря на перинатальное поражение головного мозга с задержкой психоречевого развития, по мере взросления были достигнуты нижние нормы интеллекта. Однако одновременно с этим отмечено патохарактерологическое формирование с психопатизацией, поведенческими расстройствами по криминальному типу — диагноз изменился на «Органическое расстройство личности» (F07). У 1 пациента в старшем возрасте был зарегистрирован дебют шизофрении (F23), ещё у 1 — преобладание

Таблица 4. Группа органических психических расстройств (F06)

Диагноз после 18 лет (абс.)		Доля совпадения/вариабельности (%)
F06	15	37,5
Z03	13	62,5
F07	5	
F70	4	
F20	2	
F02	1	

Таблица 5. Группа эмоциональных и поведенческих расстройств, начинающихся в детском/подростковом возрасте (F9)

Диагноз после 18 лет (абс.)		Доля (%)
Z03	45	83,5
F06	4	7,4
F07	4	7,4
F20	1	1,85

парциальности умственного дефекта со сменой диагноза на «лёгкое когнитивное расстройство» (F06.7).

Средний возраст первоначальной постановки диагноза «Лёгкая умственная отсталость» (F70) в исследованной группе составил $9,47 \pm 5,0$ лет.

Результаты исследований совпадений/вариабельности органических психических расстройств представлены в табл. 4.

Под органическими психическими расстройствами (F06) в детской практике подразумевают расстройства, входящие в две рубрики МКБ-10 и обозначающие парциальный когнитивный дефицит, не соответствующий умственной отсталости, — это лёгкое когнитивное расстройство (F06.7) и органическое непсихотическое расстройство с лёгкой интеллектуальной недостаточностью (F06.8). Остальные виды органической патологии (органическое шизофреноподобное — F06.28, органическое аффективное — F06.3 и пр.) по статистической отчётности оказались единичными.

В отличие от диагнозов умственной отсталости, органическая психопатология, особенно в детском/подростковом возрасте, должна обладать свойством пластичности. В исследованной группе пациентов совпадение детского диагноза с взрослым (F06.7, F06.8) составило 37,5%. Примечательно, что при переходе во взрослую сеть, у 13 (36%) пациентов была достигнута полная компенсация органических когнитивных нарушений — они были признаны здоровыми (Z03), у 5 пациентов отмечено присоединение патологических личностных черт — диагностировано органическое расстройство личности (F07), у

4 пациентов по мере формирования когнитивного дефицита — лёгкая умственная отсталость (F70). В 2 случаях был зарегистрирован дебют шизофрении (F20), в 1 — деменция (F02) в связи с нарастающей тяжестью эпилепсии и атрофическими изменениями мозга. Средний возраст включения пациентов в данную группу составил $8,3 \pm 5,7$ года.

Рубрика эмоциональных и поведенческих расстройств (F9) типична для детского/подросткового периода, её не применяют в отношении пациентов старше 18 лет. Соответственно предполагать, что будет совпадение диагнозов, не представляется корректным, однако здесь также можно отследить вариации в сторону здоровья (Z03) или патологии (F) (табл. 5).

Согласно медицинской документации, все пациенты из данной группы находились в амбулаторной консультативной группе у участкового психиатра, лишь 2 были госпитализированы в закрытое отделение в связи с парасуицидальными попытками. Во всех случаях устанавливали диагноз смешанного расстройства поведения и эмоций (F92.8) с незначительными преобладаниями в тех или иных случаях девиантных форм поведения (социализированное, несоциализированное расстройство) либо психомоторной расторможенности (гиперкинетическое расстройство, синдром дефицита внимания и гиперактивности).

По достижении 18 лет большая часть исследованных пациентов (83,5%) были признаны здоровыми и далее не обращались в государственную психиатрическую сеть, не проходили стационарного лечения и не получали психофармакотерапию. В 4 случаях по достижении совер-

Таблица 6. Группа детского аутизма (F84)

Диагноз после 18 лет (абс.)		Доля вариабельности (%)
F21	36	
F70	18	
F20	16	
F06	3	

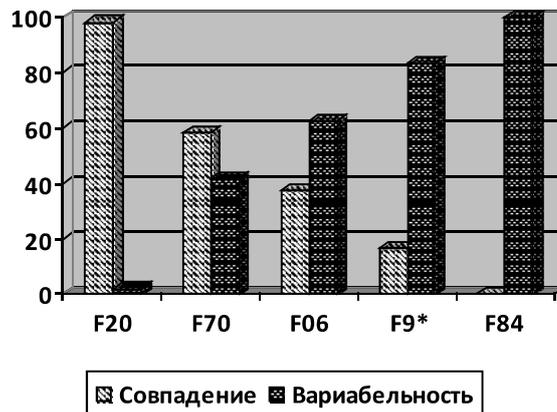


Рис. 1. Динамические характеристики изменения диагноза; *группа F9 — совпадение, это любая нозология после 18 лет, вариабельность — без психических расстройств после 18 лет

шеннолетия в ходе военно-врачебной экспертизы было установлено органическое астеническое (эмоционально лабильное) расстройство (F06.6), у 4 пациентов на фоне дальнейшей декомпенсации расстройств поведения — органическое расстройство личности (F07). В 1 случае отмечен дебют шизофрении (F20). Средний возраст включения пациентов в данную группу составил $9,29 \pm 3,37$ года.

Несмотря на указания в клинических рекомендациях Российского общества психиатров «Расстройства аутистического спектра в детском возрасте: диагностика, терапия, профилактика, реабилитация» [22], что подобный диагноз можно оставлять по достижении совершеннолетия либо первично верифицировать после 18 лет, в практике отечественных врачей-психиатров сохраняется тенденция к его пересмотру и, соответственно, отнесению этой патологии как специфичной для детства (табл. 6).

Таким образом, в исследованной группе пациентов доля совпадения составила 0%: во всех случаях диагноз детского аутизма после 18 лет был пересмотрен в пользу иных психических расстройств.

Чаще других выставляли диагноз шизотипического расстройства [психопатоподобный вариант (F21.4) либо «бедная симптомами шизофрения» (F21.5) — всего 36 случаев]. Все эти пациенты

не проходили лечения в условиях стационара, не получали психофармакотерапии, при этом демонстрировали низкий уровень социальной адаптации, им устанавливали третью группу инвалидности. Следующими по частоте диагностическими вариантами динамики были: лёгкая умственная отсталость (F70) с нерезко выраженными расстройствами поведения — 18 случаев, а также простая форма шизофрении (F20) с выраженным эмоционально-волевым дефектом — 18 случаев.

Установлено 3 случая органического шизофреноподобного расстройства (F06.28). Средний возраст постановки на психиатрический учёт в данной группе составил $6,98 \pm 3,9$ года.

Обобщённые данные по совпадению или вариабельности диагноза психических и поведенческих расстройств, выставленных обследованным в детском, а затем во взрослом возрасте, представлены на рис. 1.

Представленные данные о совпадении или вариабельности детского психиатрического диагноза относительно возрастного катамнеза условно разделяют выделенные группы психических расстройств на статичные (группа шизофрении), относительно статичные или лабильные (группа умственной отсталости, органических психических расстройств), а также лабильные, принципиально изменяющиеся и, как правило,

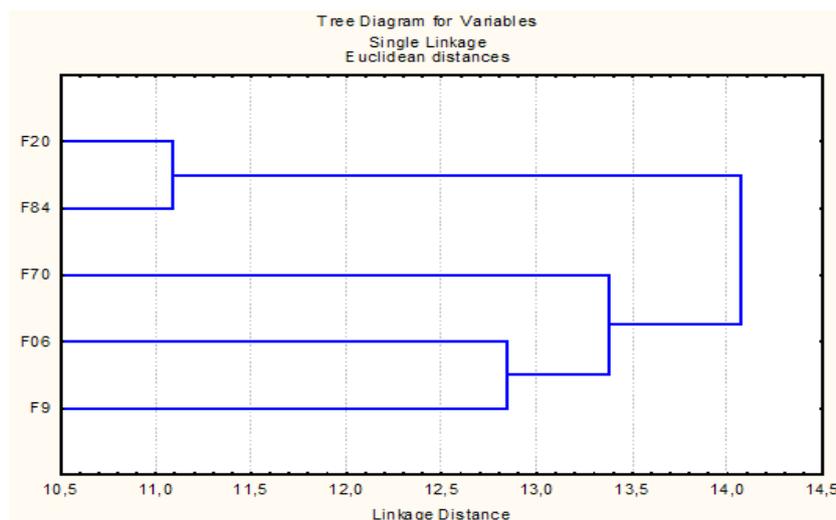


Рис. 2. Результаты кластерного анализа

дрейфующие в сторону оценки выздоровления после 18 лет (группа эмоциональных и поведенческих расстройств). Вопрос динамических вариаций и исходов при диагнозе расстройств аутистического спектра — отдельная тема, требующая более углублённого подхода.

В соответствии со второй задачей исследования — выявление транснозологических дименсий изученных психопатологических расстройств — был проведён кластерный анализ полученных данных по методу Уорда (tree clustering), в качестве метрики использовали евклидово пространство. Для формирования матрицы статистического анализа вариационные ряды отражали исходные диагнозы до 18 лет (диагноз №1), а все диагнозы, квалифицированные после этого (диагноз №2), были условно обозначены порядковыми числительными 1–7 (единичные нозологии F02 и F23 исключены из анализа).

Согласно результатам кластерного анализа (рис. 2), нами были выделены три основные транснозологические дименсии, образующие наиболее тесные корреляционные взаимосвязи внутри себя, а также более отдалённые между собой.

Оказалось, что при расстройствах, относимых к шизофреническому и аутистическому спектрам (F20–F84), присутствует наиболее высокий уровень взаимосвязей (linkage distance 11,1), в частности шизофренические (F20) и аутистические (F84) расстройства в соответствии с математическим анализом оказались объединены в единый психопатологический кластер, который был автономным и отдалённо коррелирующим с

остальными нарушениями (linkage distance 14,1)¹. Следует отметить, что группа расстройств аутистического спектра (F84), согласно полученным результатам, имеет тропность к «шизоэндогенной» этиологии в значительно большей степени, нежели к органической.

Расстройства аффективно-когнитивного круга (F09–F06) оказались вторыми по уровню внутрискруктурных взаимосвязей между нарушениями эмоций — поведения (F09) и когнитивными органическими расстройствами (F06). В природе поведенческих нарушений определена взаимосвязь (linkage distance 12,8) с органически обусловленной базой (так называемой минимальной мозговой дисфункцией), которая имеет тенденцию к обратимости в более старшем возрасте (группа эмоциональных и поведенческих расстройств — 80,5% после 18 лет без психических расстройств).

Расстройства органического регистра (F70, F06–F09) включают в структуру вышеуказанный аффективно-когнитивный компонент (F09, F06), который дополняется умственной отсталостью (F70) (linkage distance 13,4). В полной мере она не является самостоятельной единицей, а представляется продолжением динамического варианта аффективных, когнитивных нарушений (F09, F06), достигающих степени умственной отсталости.

¹Ограничения: на корректность полученных корреляций мог влиять тот факт, что диагноз «расстройства аутистического спектра», выставившийся детям до 18-летнего возраста, при переходе во взрослую сеть в 71,2% случаев изменялся на «расстройства шизофренического спектра».

ОБСУЖДЕНИЕ

Таким образом, проведённое исследование и кластерный анализ позволяют утверждать, что в катamnестической перспективе психиатрические диагнозы, оставленные пациентам в детском возрасте, обладают высокой степенью вариабельности (51,55% без учёта группы эмоциональных и поведенческих расстройств, начинающихся в детском и подростковом возрасте, F9). Можно предполагать, что восстановление нормативного психического функционирования связано с динамическими и пластическими свойствами мозговых структур, а возможно, и с ошибочной диагностикой так называемых детских психических расстройств, сходных по феноменологии с девиантными формами поведения.

Результаты исследования показали, что наиболее статичны расстройства шизофренического спектра, сохраняющиеся стабильными на протяжении всего периода исследования, при которых ошибки диагностики носят казуистический характер. Наиболее динамичными диагнозами оказались эмоционально-поведенческие нарушения, свойственные детскому периоду, которые в 83,5% случаев по достижении совершеннолетия полностью компенсировались (Z03). Расценивать данную патологию как предиктор развития расстройств пограничного регистра (психопатические, невротические, аддиктивные) не представляется обоснованным.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Руководство по социальной психиатрии. Под ред. Т.Б. Дмитриевой. М.: Медицина; 2001. 560 с.
2. Менделевич В.Д. Антиципационные механизмы неврозогенеза. М.: Городец; 2018. 448 с.
3. Дыгова Н.В. Клиническая динамика психических расстройств, диагностированных на этапе несовершеннолетия (по данным отдалённого катamnеза). Автореферат дис. ... канд. мед. наук. М.; 2009. 24 с.
4. Пивоварова П.А., Вандыш-Бубко В.В. Катamnез психических расстройств подросткового возраста (диагностический аспект) // Психическое здоровье. 2014. Т. 4. №95. С. 22–26.
5. Kooij J.J., Bijaenga D., Salerno L. et al. Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD // *European Psychiatry*. 2019. Vol. 56. P. 14–34. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2018.11.001.
6. Attoe D.E., Climie E.A. Miss diagnosis: A systematic review of ADHD in adult women // *J. Atten. Disord.* 2023;10870547231161533. DOI: 10.1177/10870547231161533.
7. Malik-Soni N., Shaker A., Luck H. et al. Tackling health-care access barriers for individuals with autism from diagnosis to adulthood // *Pediatr. Res.* 2022. Vol. 91. P. 1028–1035. DOI: 10.1038/s41390-021-01465-y.

ВЫВОДЫ

1. Полученный результат может свидетельствовать больше об ассоциированности данной патологии с пубертатным периодом, нежели с психогенно-социальными причинами, после преодоления которого наступает выздоровление, а не патологическое развитие.

2. Кластерный анализ позволил выявить три основные транснозологические дименсии, отражающие динамические стереотипы психопатологических образований. В своей совокупности дименсии составляют единый «длинник» расстройств от наиболее глубоких и аутохтонных — расстройств шизофренического круга, переходящих в органические, а затем в аффективно-когнитивные нарушения, граничащие с состоянием здоровья.

ДОПОЛНИТЕЛЬНО

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Вклад авторов. Газизуллин Т.Р. — сбор материала, математический анализ; Менделевич В.Д. — анализ литературы и результатов исследования.

Funding. This publication was not supported by any external sources of funding.

Conflict of interests. The authors declare no conflicts of interests.

Contribution of the authors. T.R. Gazizullin — collection of material, mathematical analysis; V.D. Mendeleevich — analysis of literature and research results.

8. Upmark M., Lundberg I., Sadigh J. et al. Psychosocial characteristics in young men as predictors of early disability pension with a psychiatric diagnosis // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1999. Vol. 34. N. 10. P. 533–540.
9. Ковалёв В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М.: Медицина; 1985. 288 с.
10. Мазаева Н.А., Шмакова О.П., Андреева О.О. Катamnез детской шизофрении (клинический и социальный аспекты) // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2012. Т. 112. №7. С. 20–27.
11. Шмакова О.П. Клиническая динамика умственной отсталости и социальная адаптация пациентов по мере их взросления // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2016. Т. 16. №10. С. 16–23. DOI: 10.17116/jnevro201611610116-23.
12. Шмакова О.П., Мазаева Н.А. Клинико-социальные исходы органических психических расстройств, диагностированных в детско-подростковом возрасте // *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. 2017. Т. 17. №1. С. 58–64.
13. Галанин И.В. Течение и современные методы лечения выраженных форм умственной отсталости // *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2007. Т. 3. С. 19–21.

14. Remschmidt H., Martin M., Fleischhaker C. et al. Forty-two-years later: The outcome of childhood-onset schizophrenia // *Journal of Neural Transmission*. 2007. Vol. 114. N. 4. P. 505–512.
15. Werry J.S., McClellan J.M. Predicting outcome in child and adolescent (early onset) schizophrenia and bipolar disorder // *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1992. Vol. 31. N. 1. P. 147–150.
16. Hall I., Strydom A., Richards M. et al. Social outcomes in adulthood of children with intellectual impairment: Evidence from a birth cohort // *Journal of Intellectual Disability Research*. 2005. Vol. 49. N. 3. P. 171–182. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2005.00636.x.
17. Castrén E., Elgersma Y., Maffei L., Hagerman R. Treatment of neurodevelopmental disorders in adulthood // *The Journal of Neuroscience*. 2012. Vol. 32. N. 41. P. 14074–14079. DOI: 10.1523/JNEUROSCI.3287-12.2012.
18. Emerson E., Hatton Ch. Mental health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain // *British Journal of Psychiatry*. 2007. Vol. 191. P. 493–499.
19. Газизуллин Т.Р., Яхин К.К. Предикторы регоспитализаций

- в психиатрический стационар // *Неврологический вестник*. 2018. №4. С. 35–39.
20. Costello E.J., Maughan B. Annual research review: Optimal outcomes of child and adolescent mental illness // *J. Child Psychol. Psychiatry*. 2015. Vol. 56. N. 3. P. 324–341. DOI: 10.1111/jcpp.12371.
21. Ormel J., Oerlemans A.M., Raven D. et al. Functional outcomes of child and adolescent mental disorders. Current disorder most important but psychiatric history matters as well // *Psychological Medicine*. 2017. Vol. 47. N. 7. P. 1271–1282. DOI: 10.1017/S0033291716003445.
22. Расстройства аутистического спектра в детском возрасте: диагностика, терапия, профилактика, реабилитация. Клинические рекомендации. 2020. https://psychiatr.ru/download/4663?view=1&name=%D0%9A%D0%A0_%D0%A0%D0%90%D0%A1_%D0%90%D0%9F%D1%81%D0%B8%D0%9F.pdf%22%3E%D0%9A%D0%A0_%D0%A0%D0%90%D0%A1_%D0%90%D0%9F%D1%81%D0%B8%D0%9F.pdf (дата обращения: 19.04.2023).

REFERENCES

1. *Rukovodstvo po social'noj psihiatrii*. Pod red TB Dmitrievoy. M.: Medicina; 2001. 560 p.
2. Mendelevich V.D. *Anticipacionnye mekhanizmy nevrozogeneza*. M.: Gorodec; 2018. 448 p.
3. Dygova N.V. *Klinicheskaya dinamika psichicheskikh rasstrojstv, diagnostirovannyh na etape nesovershennoletiya (po dannym otдалennogo katamneza)*. Avtoreferat dis. ... kand. med. nauk. M.; 2009. 24 p.
4. Pivovarova P.A., Vandyshev-Bubko V.V. Katamnez psichicheskikh rasstrojstv podrostkovogo vozrasta (diagnosticheskiy aspekt). *Psichicheskoe zdorov'e*. 2014;4(95):22–26.
5. Kooij JJ, Bijlenga D, Salerno L et al. Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European Psychiatry*. 2019;56:14–34. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2018.11.001.
6. Attoe DE, Climie EA. Miss diagnosis: A systematic review of ADHD in adult women. *J Atten Disord*. 2023;10870547231161533. DOI: 10.1177/10870547231161533.
7. Malik-Soni N, Shaker A, Luck H et al. Tackling healthcare access barriers for individuals with autism from diagnosis to adulthood. *Pediatr Res*. 2022;91:1028–1035. DOI: 10.1038/s41390-021-01465-y.
8. Upmark M, Lundberg I, Sadigh J et al. Psychosocial characteristics in young men as predictors of early disability pension with a psychiatric diagnosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1999;34(10):533–540.
9. Kovalyov V.V. *Semiotika i diagnostika psichicheskikh zabolavanij u detej i podrostkov*. M.: Medicina; 1985. 288 p.
10. Mazaeva N.A., Shmakova O.P., Andreeva O.O. Katamnez detskoj shizofrenii (klinicheskij i social'nyj aspekt). *Zhurnal nevrologii i psihiatrii im SS Korsakova*. 2012;112(7):20–27.
11. Shmakova O.P. Klinicheskaya dinamika umstvennoj otstalosti i social'naya adaptaciya pacientov po mere ih vzrosleniya. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii im SS Korsakova*. 2016;16(10):16–23. DOI: 10.17116/jnevro201611610116-23.
12. Shmakova O.P., Mazaeva N.A. Kliniko-social'nye iskhody organicheskikh psichicheskikh rasstrojstv, diagnostirovannyh v detsko-podrostkovom vozraste. *Voprosy psichicheskogo zdorov'ya detej i podrostkov*. 2017;17(1):58–64.
13. Galanin IV. Techenie i sovremennye metody lecheniya vyrazhennyh form umstvennoj otstalosti. *Obzrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii im VM Bekhtereva*. 2007;3:19–21.
14. Remschmidt H, Martin M, Fleischhaker C et al. Forty-two-years later: the outcome of childhood-onset schizophrenia. *Journal of Neural Transmission*. 2007;114(4):505–512.
15. Werry JS, McClellan JM. Predicting outcome in child and adolescent (early onset) schizophrenia and bipolar disorder. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1992;31(1):147–150.
16. Hall I, Strydom A, Richards M et al. Social outcomes in adulthood of children with intellectual impairment: Evidence from a birth cohort. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2005;49(3):171–182. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2005.00636.x.
17. Castrén E, Elgersma Y, Maffei L, Hagerman R. Treatment of neurodevelopmental disorders in adulthood. *The Journal of Neuroscience*. 2012;32(41):14074–14079. DOI: 10.1523/JNEUROSCI.3287-12.2012.
18. Emerson E, Hatton Ch. Mental health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain. *British Journal of Psychiatry*. 2007;191:493–499.
19. Gazizullin TR, Yahin KK. Prediktory regospitalizacij v psichicheskij stacionar. *Nevrologicheskij vestnik*. 2018;4:35–39.
20. Costello EJ, Maughan B. Annual research review: Optimal outcomes of child and adolescent mental illness. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56(3):324–341. DOI: 10.1111/jcpp.12371.
21. Ormel J, Oerlemans AM, Raven D et al. Functional outcomes of child and adolescent mental disorders. Current disorder most important but psychiatric history matters as well. *Psychological Medicine*. 2017;47(7):1271–1282. DOI: 10.1017/S0033291716003445.
22. *Rasstrojstva autisticheskogo spektra v detskom vozraste: diagnostika, terapiya, profilaktika, reabilitaciya*. Klinicheskie rekomendacii, 2020. https://psychiatr.ru/download/4663?view=1&name=%D0%9A%D0%A0_%D0%A0%D0%90%D0%A1_%D0%90%D0%9F%D1%81%D0%B8%D0%9F.pdf%22%3E%D0%9A%D0%A0_%D0%A0%D0%90%D0%A1_%D0%90%D0%9F%D1%81%D0%B8%D0%9F.pdf (access date: 19.04.2023).

ОБ АВТОРАХ

Газизуллин Тимур Рустемович, канд. мед. наук, врач-психиатр, зам. глав. врача;
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3100-6291>;
eLibrary SPIN: 8872-3118;
e-mail: kary85@mail.ru

Менделевич Владимир Давыдович, докт. мед. наук, проф., зав. каф., каф. психиатрии и медицинской психологии;
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8476-6083>;
eLibrary SPIN: 2302-2590;
e-mail: mendelevich_vl@mail.ru

AUTHOR'S INFO

Timur R. Gazizullin, M.D., Cand. Sci. (Med.), Psychiatrist, Deputy Head Physician;
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3100-6291>;
eLibrary SPIN: 8872-3118;
e-mail: kary85@mail.ru

Vladimir D. Mendelevich, M.D., D. Sci. (Med.), Prof., Head of the Depart., Depart. of Psychiatry and Medical Psychology;
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8476-6083>;
eLibrary SPIN: 2302-2590;
e-mail: mendelevich_vl@mail.ru