

© Филиппова Е.А., 2009

Е.А. Филиппова

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА НЕВРОТИЧЕСКИХ И ПАТОХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ШКОЛЬНИКОВ

ФГУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии Росздрава», Москва

Данные официальной медицинской статистики и результаты специальных эпидемиологических исследований, проведенные самостоятельными исследовательскими группами в различных регионах страны, фиксируют стойкую тенденцию к росту показателей распространенности психических заболеваний среди всех возрастных групп, в том числе и детей и подростков школьного возраста [1–3], при этом в большей степени увеличение болезненности происходит за счет пограничных форм психической патологии, в то время как заболеваемость шизофренией, маниакально-депрессивным психозом (МДП) и другими психозами остается достаточно стабильной [4].

По данным государственной отчетно-статистической документации [5], в 2004 г. за психиатрической помощью в амбулаторно-поликлинические учреждения страны обратились около 722 550 больных детей в возрасте до 14 лет (3,2% от общего числа детского населения) и 296 560 подростков (4% всей численности

подростков). При относительно устойчивой динамике рост уровня заболеваемости детей составил около 10%, а подростков – около 29%, причем основной рост внебольничного контингента осуществляется за счет детей и подростков с пограничными психоневрологическими расстройствами (ППР) (рост с 1999 по 2006 гг. на 14,5% и 15,4% соответственно) [1].

Клинико-эпидемиологические исследования также подтверждают рост показателей распространенности ППР среди детей и подростков. Так, данные, полученные Л.Ф. Бережковым и соавт. [6], свидетельствуют о том, что только у 18,1% мальчиков и 21% девочек к концу обучения в школе не отмечается нервно-психических расстройств. Близкие показатели психического здоровья были получены и по результатам многолетних исследований Т.Г. Хамагановой и соавт. [7] – только 30% учащихся младших классов и вдвое меньше старших являются полностью здоровыми. По данным В.В. Чубаровского и М.М. Смирнова [8], среди подростков в воз-

Контактная информация:

Филиппова Екатерина Александровна – аспирант ФГУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии Росздрава»

Адрес: 107076 г. Москва, ул. Потешная, 3

Тел.: (495) 963-76-36, **E-mail:** krasnov@mtu-net.ru

Статья поступила 11.11.09, принята к печати 30.09.10.

расте 13–16 лет ППР различной степени выраженности диагностировались у 34,04% всех обследованных, а к 2001 г. этот показатель возрос до 66,7% [9].

Сопоставление данных учетных уровней распространенности психических расстройств и показателей, полученных в результате эпидемиологических исследований, свидетельствует о том, что в психоневрологические диспансеры обращается лишь 20–25% всех психических больных [10], что определяет противоречивость сведений о реальных показателях распространенности пограничной психической патологии, в том числе и в детско-подростковой популяции.

Проводимые в настоящее время клинико-эпидемиологические исследования, осуществляемые путем активного выявления и изучения нервно-психических заболеваний в естественных условиях среди населения, включая детское, помимо повсеместной неполноты выявления психоневрологической патологии, 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 «нозологических» расстройств [2].

Необходимо подчеркнуть особую сложность выявления детей и подростков с симптомами пограничных состояний и, тем более, с «предболезненным» уровнем нарушений. И сами подростки, и их родители склонны недооценивать значимость имеющихся нарушений, считая их или «временными состояниями переутомления», или расценивая их с позиций психологически «понятных» изменений поведения, и потому, как правило, не обращаются за специализированной медицинской помощью. Дети и подростки с моносимптомными, нестойкими расстройствами и негрубой, пограничной патологией практически выпадают из поля зрения клиницистов и выявляются только при массовых эпидемиологических обследованиях [11–13].

Многие исследователи указывают на то, что сохранение и укрепление психического здоровья детей и подростков, обеспечение полноценного образования и гармоничного формирования личности подрастающего поколения являются важнейшей медико-социальной задачей любого цивилизованного общества [11], в связи с чем охрана психического здоровья школьников заслуживает особого внимания и говорит о необходимости признать сохранение и развитие психического здоровья учащихся приоритетным для школы наряду с обучением.

Важнейшим условием поддержания нервно-психического благополучия школьников является полноценная адаптация к обстановке школьного обучения, под которой подразумевается совокупность умственных, эмоциональных, физических нагрузок, как связанных, так и не связанных непосредственно с учебным процессом. Качественно иная в сравнении с предшествующими институтами социализации (семья, дошкольное учреждение) атмосфера школы предъявляет новые, усложненные требования к целостной личности ребенка и прежде всего к ее социально-психическому уровню [14, 15], что в свою очередь повышает риск развития

ППР различной степени выраженности и зачастую требует оказания специализированной помощи.

Вышеизложенное определило актуальность разработки диагностического алгоритма для активного выявления и ранней диагностики ППР различной степени выраженности, в том числе и расстройств донозологического уровня, в детско-подростковой популяции, приемлемого для применения в условиях общеобразовательных школ, что, с одной стороны, обеспечит максимально полный охват данного возрастного контингента, а с другой – в случае необходимости проведения медико-психологической помощи в контексте междисциплинарного подхода с целью оптимизации реабилитации и эффективной профилактики нарушений психического здоровья позволит обеспечить ее организацию без изъятия детей и подростков из привычной социальной среды.

С этой целью в течение нескольких лет нами проводилось изучение психического здоровья учащихся 6–11-х классов одной из общеобразовательных школ г. Москвы. Общее количество обследованных детей составило 507 человек, из которых 236 составили лица мужского пола, 271 – женского пола.

На первом этапе обследование учащихся проводили с использованием различных психологических методик с последующим клинико-психопатологическим обследованием врачом-психиатром каждого из учеников. Заключение врача-психиатра сопоставлялось с полученными при психологическом тестировании результатами, и таким образом эмпирически были отобраны психологические методики, наиболее чувствительные в отношении ППР как синдромально очерченных, так и донозологического уровня, к которым были отнесены расстройства невротического и патохарактерологического спектров, не отвечающие в полной мере диагностическому алгоритму принятой в настоящее время МКБ 10 в виду отсутствия всех необходимых компонентов или их недостаточной выраженности.

По результатам проведенного обследования для полной диагностики возможных нарушений психического здоровья учащихся средних и старших классов, как нозологически (синдромально) очерченного, так и донозологического уровней, в условиях скринингового психологического тестирования оптимальным, на наш взгляд, является набор следующих методик: для оценки уровня тревожности – методики Спилбергер–Ханина [16], для определения общего уровня невротизации и психопатизации – методики уровня невротизации и психопатизации (УНП) [17, 18], для оценки эмоционального состояния учащихся – детского депрессивного теста М. Kovacs [19], для оценки психологического климата коллектива – карты-схемы Л.Н. Лутошкина [16].

В табл. 1 представлены общие показатели по проведенным психологическим методикам, в табл. 2 – сравнительные показатели по проведенным психологическим методикам в группах учащихся, по данным психопатологического обследования, обнаруживших нозологически (синдромально) очерченные ППР, расстройства

Таблица 1

Общие показатели психологических характеристик учащихся средних и старших классов

Показатели	Оценка, баллы (M±m)
Оценка психологического климата класса	9,96±0,60
Реактивная тревожность	22,63±0,39
Личностная тревожность	40,98±0,44
Уровень невротизации	24,47±1,42
Уровень психопатизации	2,08±0,48
Общая депрессивность	52,13±0,39
Плохое настроение	50,46±0,45
Межличностные проблемы	54,39±0,46
Неспособность	55,23±0,37
Ангедония	49,97±0,39
Отрицательное отношение к себе	48,87±0,45

Таблица 2

Сравнительные показатели психологических характеристик учащихся средних и старших классов в группах практически здоровых учащихся, имеющих ППР донозологического и нозологического уровней

Показатели	Практически здоровые	ППР донозологического уровня	Синдромально очерченные ППР
Оценка психологического климата класса, баллы	13,89±1,09	9,68±1,02	7,99±0,96
Реактивная тревожность, баллы	19,56±0,59	22,61±0,62	25,72±0,70
Личностная тревожность, баллы	35,16±0,54	41,65±0,67	43,67±0,78
Уровень невротизации, баллы	42,97±2,01	25,67±1,76	13,01±2,61
Уровень психопатизации, баллы	6,11±0,71	0,19±0,68	1,48±0,89
Общая депрессивность, баллы	46,64±0,43	51,37±0,58	55,89±0,69
Плохое настроение, баллы	45,34±0,54	49,74±0,65	53,98±0,92
Межличностные проблемы, баллы	50,49±0,71	54,79±0,72	57,91±0,80
Неспособность, баллы	51,85±0,63	55,17±0,62	57,19±0,59
Ангедония, баллы	45,78±0,52	49,27±0,58	52,94±0,67
Отрицательное отношение к себе, баллы	45,12±0,61	48,61±0,71	52,89±0,79

невротического и патохарактерологического спектров донозологического уровня и практически здоровых.

Статистический анализ результатов клинико-психологического скрининга подтвердил чувствительность выбранных методик в отношении ППР как синдромально очерченных, так и донозологического уровня: различия показателей (критерий Манна–Уитни) достигали статистической достоверности при сравнении группы практически здоровых и группы учащихся с наличием расстройств донозологического уровня, а также при сравнении группы практически здоровых с группой учащихся с установленным диагнозом ППР по всем показателям, включая субшкалы детского депрессивного теста. При сравнении группы учащихся с наличием расстройств донозологического уровня с группой учащихся с установленным диагнозом ППР, достоверные различия определяли по шкалам реактивной тревожности (тест Спилберга–Ханина), невротизации (тест УНП) и по шкалам плохое настроение, неспособность, ангедония, отрицательное отношение к себе и общей шкале депрессивности (детский депрессивный тест М. Kovacs).

Данный пакет методик, являясь высокочувстви-

тельным в отношении ППР как синдромально очерченных, так и донозологического уровня, достаточно прост в применении, что предоставляет возможность как школьным психологам, так и врачам общей практики, в том числе и врачам-педиатрам, использовать его самостоятельно с целью определения группы риска учащихся по развитию ППР.

Основываясь на результатах проведенного исследования, нами был разработан алгоритм раннего активного выявления различного уровня ППР среди учащихся средних и старших классов, приемлемый для применения в общеобразовательных школах, включающий в себя два этапа.

Первый – клинико-психологический этап исследования – проводится с использованием пакета скрининговых психологических методик всех без исключения учащихся для выявления детей и подростков, относящихся к группе риска по формированию ППР, и может применяться как для индивидуальной диагностики, так и при проведении массового тестирования (всего класса).

Второй – клинико-психопатологический этап исследования – проводится врачом-психиатром среди

учащихся, составивших группу риска с целью выявления причин, повлекших за собой нарушения психического здоровья, и установления их уровня и нозологической принадлежности для рекомендаций по необходимым мерам медицинской, психологической, педагогической и социальной коррекции выявленных нарушений.

Применение разработанного нами алгоритма позволяет проводить активную раннюю диагностику ППР

в организованных детско-подростковых коллективах, включая расстройства донозологического уровня с установлением причин, способствующих напряжению адаптационных механизмов, проявляющихся в изменении эмоционального и психосоматического статуса детей и их аффективно-личностного реагирования с целью обеспечения высокого уровня профилактики и эффективной реабилитации детей и подростков без изъятия их из привычной социальной среды.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Гурович И.Я., Голланд В.Б., Сон И.М.* Психиатрические учреждения России: показатели деятельности (1999–2006 гг.). М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2007.
2. *Макушкин Е.В.* Современное состояние детской психиатрии в РФ: Доклад на 2-м Национальном конгрессе «Социальные преобразования и психическое здоровье». М., 2006. www.otrok.ru/doktor/info/makushin.pdf
3. *Сухотина Н.К.* Доклинические формы нервно-психических расстройств в детской популяции по данным эпидемиологического исследования: Пособие для врачей. М., 2001.
4. *Hafner H.* Are mental disorders increasing over time? *Psychiatr. Clin.* 1985; 18 (2/3): 66–81.
5. *Дмитриева О.В., Власовских Р.В.* Региональные особенности заболеваемости психическими расстройствами детей и подростков в Российской Федерации. *Псих. здоровье*, 2007; 7 (19): 26–30.
6. *Бережков Л.Ф., Бондаренко Н.М., Зутлер А.С. и др.* Динамика состояния здоровья детей школьного возраста. *Вестн. РАМН*, 1993; 5: 8–15.
7. *Хамаганова Т.Г., Кантонистова Н.С., Краснушкина Н.А. и др.* Состояние психического здоровья современных школьников. Окружающая среда и здоровье населения г. Москвы. М., 1994: 71–72.
8. *Чубаровский В.В., Смирнов М.М.* Распространенность и структура пограничных психических расстройств у школьников подросткового возраста. Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Школьная дезадаптация: эмоциональные и стрессовые расстройства у детей и подростков». М., 1995: 48–49.
9. *Чубаровский В.В., Карпова Г.Л.* Распространенность и структура пограничных психических расстройств в подростковых группах. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*, 2001; 101 (7): 54–57.
10. *Жариков Н.М., Гиндикин В.Я.* Распространенность пограничных психических расстройств среди лиц, не находящихся под наблюдением психиатрических учреждений. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*, 2002; 102 (7): 45–49.
11. *Шевченко Ю.С., Северный А.А., Иовчук Н.М.* Актуальные проблемы современной организации психиатрической помощи детям в России. *Вопр. психического здоровья детей и подростков*, 2006; 2: 23–32.
12. *Bebbington P, Hurry J, Mennant C.* Recent advances in the epidemiological study of minor psychiatric disorders. *J. Roy. Soc. Med.* 1980; 73: 315–317.
13. *Debray R.* Adolescence et maladie somatique. *Adolescence*, 1980; 3 (2): 309–319.
14. *Арзикулов А.Ш.* Некоторые особенности психоэмоциональных реакций школьников. *Соц. и клин. психиатрия*, 2004; 14 (1): 52–57.
15. *Phillips BN.* School stress and anxiety: Theory, Research and Intervention. New York: Human Sciences Press, 1978.
16. *Карелин А.А.* Большая энциклопедия психологических тестов. М.: Эксмо, 2007.
17. *Ласко Н.Б.* Основные принципы разработки и применения методики определения уровня невротизации и психопатизации. Психологические методы исследования личности в клинике. Л.: ВМА, 1978.
18. *Сухотина Н.К., Асанова Н.К.* Опыт использования личностной анкетной методики по определению уровня невротизации и психопатизации среди подростков. В кн.: Патологические формы девиантного поведения у подростков (психиатрические и неврологические аспекты). М., 1989: 39–43.
19. *Kovacs M.* Children's depression inventory (Manual). New York: Multi-Health Systems, 1992.

