

Прогностическая значимость клинических и психосоциальных факторов детского возраста в траектории развития психических расстройств у взрослых: клинико-катамнестическое исследование

Чинарев В.А.^{1,2}, Козлов М.А.¹, Чижова Т.Н.¹, Доманова Е.В.¹

¹Областная клиническая специализированная психоневрологическая больница №1, Челябинск, Россия

²Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск, Россия

Оригинальная статья

Резюме. Психические расстройства детского возраста представляют собой динамические образования, характеризующиеся периодами ремиссии, изменением клинической картины и коморбидным наложением. Цель исследования — установить прогностическую значимость клинических и психосоциальных факторов психических расстройств детского возраста для дифференциации динамики их течения во взрослом периоде. Материалы и методы: проведено проспективное когортное клинико-катамнестическое исследование 175 пациентов детской психиатрической службы с продолжительностью наблюдения не менее 10 лет. Применен комплексный подход, сочетавший ретроспективный анализ медицинской документации с проспективным катамнестическим обследованием.

Результаты и обсуждение: выявлена значительная гетерогенность диагностических траекторий: полная стабильность диагноза наблюдалась у 56,0% пациентов, смена нозологической группы — у 24,0%. Модель множественной логистической регрессии выявила ключевые предикторы благоприятного исхода: диагноз "расстройство адаптации" (OR=6,17), отсутствие госпитализаций (OR=4,26) и полная семья (OR=1,97). Кластерный анализ выявил три гомогенные группы с различными траекториями развития. Выводы. Выявлены три дискретных пути развития психической патологии, соответствующие неблагоприятному (ранний дебют с поведенческими нарушениями), промежуточному и благоприятному (поздний дебют с расстройствами адаптации) прогнозам. Полученные данные подтверждают необходимость дифференцированного подхода к прогнозированию и раннему вмешательству в условиях региональной психиатрической службы.

Ключевые слова: клинико-катамнестическое исследование, диагностические траектории, гетеротипическая преемственность, прогностические факторы, расстройство адаптации, исходы, социально-профессиональная адаптация, предикторы

Информация об авторах:

Чинарев Виталий Александрович*: e-mail — va.chinarev@bk.ru; <https://orcid.org/0000-0003-3471-5293>

Козлов Михаил Арьевич: e-mail — dr_minion@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0003-4337-5005>

Чижова Татьяна Николаевна: e-mail — chizhova_tn@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0007-4184-8998>

Доманова Евгения Викторовна: e-mail — takoivotadres@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0009-5594-1119>

Как цитировать: Чинарев В.А., Козлов М.А., Чижова Т.Н., Доманова Е.В. Прогностическая значимость клинических и психосоциальных факторов детского возраста в траектории развития психических расстройств у взрослых: клинико-катамнестическое исследование. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2026; 60:3:94-107. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2026-3-1260>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.



Prognostic significance of clinical and psychosocial factors of childhood in the dynamics of mental disorders in adults: a clinical and follow-up study

Vitaly A. Chinarev^{1,2}, Mikhail A. Kozlov¹, Tatiana N. Chizhova¹, Evgeniya V. Domanova¹

¹Regional Clinical Specialized Neuropsychiatric Hospital No. 1, Chelyabinsk, Russia

²South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russia

Research article

Summary. Mental disorders of childhood are dynamic formations characterized by complex patterns of development with periods of remission, changes in the clinical picture and comorbid stratification. The aim of the study is to establish the prognostic significance of clinical and psychosocial factors of childhood psychiatric disorders for differentiating the dynamics of their course in adulthood. Materials and methods: a prospective cohort clinical and follow-up study of 175 patients of the children's psychiatric service with a follow-up period of at least 10 years was conducted. An integrated approach was applied, combining a retrospective analysis of medical documentation with a prospective follow-up examination.

Results and discussion: significant heterogeneity of diagnostic pathways was revealed: complete stability of the diagnosis was observed in 56.0% of patients, and a change in the nosological group was observed in 24.0%. The multiple logistic regression model revealed key predictors of a favorable outcome: diagnosis of «adjustment disorder» (OR=6.17), absence of hospitalization (OR=4.26), and complete family (OR=1.97). Cluster analysis revealed three homogeneous groups with different development trajectories corresponding to modern typological models. Conclusions. The study confirms the complex nature of the interaction of clinical and psychosocial factors in shaping the trajectories of mental pathology. The data confirm the need for a differentiated approach to prognosis and early intervention in the conditions of a regional psychiatric service.

Keywords: clinical and follow-up study, diagnostic pathways, heterotypic continuity, prognostic factors, adjustment disorder, outcomes, socio-occupational adaptation, predictors

Information about the authors:

Vitaly A. Chinarev*: e-mail — va.chinarev@bk.ru; <https://orcid.org/0000-0003-3471-5293>

Mikhail A. Kozlov: e-mail — dr_minion@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0003-4337-5005>

Tatiana N. Chizhova: e-mail — chizhova_tn@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0007-4184-8998>

Evgeniya V. Domanova: e-mail — takoivotadres@mail.ru; <https://orcid.org/0009-0009-5594-1119>

To cite this article: Chinarev VA, Kozlov MA, Chizhova TN, Domanova EV. Prognostic significance of clinical and psychosocial factors of childhood in the dynamics of mental disorders in adults: a clinical and follow-up study. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2026; 60:3:94-107. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2026-3-1260>. (In Russ.)

Conflict of interest: the authors declare no conflicts of interest.

Современные исследования подтверждают, что психические расстройства детского возраста характеризуются динамичностью в течении, а не остаются статичными состояниями [14]. Их течение включает периоды ремиссии, изменчивость симптоматики и наложение коморбидной патологии. Для описания этого процесса применяется концепция диагностической траектории, обозначающая нелинейное, но детерминированное развитие психопатологического состояния во времени. Согласно данным лонгитюдных катamnестических исследований, можно выделить два основных типа преемственности патологии от детства к зрелому возрасту: гомотипическую, при которой сохраняется основное психопатологическое ядро, и гетеротипическую, для которой характерна смена нозологической принадлежности на фоне общей предрасположенности к психическим нарушениям [10, 22].

Эпидемиологические данные, полученные из реестров психиатрической помощи (например, лондонского регистра Central Registration &

Identification Scheme — CriS), указывают, что смена диагноза — то есть установление новой нозологической единицы, отличной от первоначальной, спустя не менее 30 дней — встречается примерно у 20% молодых пациентов, обращающихся в службы охраны психического здоровья [31]. Однако этот показатель не отражает изменения в пределах одной диагностической категории. Коэффициенты каппа (κ), измеряющие диагностическую стабильность, варьируются в зависимости от возрастного периода и нозологии, достигая наибольших значений для расстройств нейроразвития и при переходе от подросткового возраста к взрослому. Низкая временная надежность клинических диагнозов, особенно при длительных интервалах между оценками (κ=0,08 за 4 года в одном из канадских исследований [34]), указывает на методологическую сложность разграничения истинной динамики развития болезни и артефактов диагностического процесса.

Интернализирующий тип заболевания обладает как гомотипической, так и гетеротипической

преемственностью. Так, тревожные расстройства, в первую очередь сепарационная тревога, отличаются высокой диагностической стабильностью при переходе из подросткового во взрослый возраст. При этом детская тревожность служит предиктором не только последующих тревожных, но и аффективных расстройств, что, по-видимому, объясняется общими этиопатогенетическими механизмами [18]. Эта гипотеза подтверждается генетическими и близнецовыми исследованиями, которые выявляют общую наследственную predisposition, чьи фенотипические проявления определяются факторами развития и средовыми влияниями [11].

Депрессивные состояния, манифестирующие в детском возрасте, чаще всего имеют гомотипическую непрерывность при вступлении в подростковый период, однако, у взрослых эта связь ослабевает, а вероятность гетеротипических переходов в спектр тревожных расстройств личности возрастает [25]. Раннее начало депрессии, кроме того, связано с повышенным риском суицидального поведения, злоупотреблением психоактивных веществ и социальной дезадаптацией в зрелом возрасте, что указывает на принципиальную значимость своевременного выявления и вмешательства [9].

Ранние поведенческие нарушения предсказывают не только последующие экстернализирующие, но и интернализирующие расстройства, в частности, депрессию и тревогу. Объяснительной моделью данной связи выступает «модель неудач», в соответствии с которой девиантное поведение ведёт к накоплению негативного социального опыта, отвержению сверстниками и академическим трудностям, что, в свою очередь, вызывает развитие аффективной симптоматики [5].

Вопрос о преемственности черт и расстройств личности остается дискуссионным, однако накопленные данные свидетельствуют о существовании устойчивых траекторий развития. Лонгитюдные исследования устанавливают, что поведенческие паттерны, наблюдаемые в трехлетнем возрасте — «недостаточно контролируемые», «заторможенные» и «уверенные в себе», — предсказывают соответствующие стили поведения личности в 18 и 26 лет [3]. Импульсивность и экстернализирующее поведение в период развития являются предикторами асоциального и пограничного расстройств личности в дальнейшем, тогда как детская застенчивость и замкнутость связаны с формированием избегающих черт. Эти наблюдения подкрепляются исследованиями, иллюстрирующими стабильность измерений «Большой пятерки» на протяжении жизни [38]. При этом наличие психического расстройства в детстве существенно увеличивает риск возникновения психопатии в зрелости: большое депрессивное расстройство в детском возрасте повышает вероятность развития зависимого, асоциального и пассивно-агрессивного расстройства личности, а деструктивное поведение предсказывает формирование шизоидного, нарциссического и асоциального расстройств [29].

Особенности формирования привязанности в раннем возрасте определяют уровень уязвимости к психической патологии. В частности, дезорганизованная привязанность в детстве представляет собой установленный фактор риска развития последующих интернализирующих и экстернализирующих расстройств, диссоциативных феноменов и психопатии пограничного типа.

Исследования подчеркивают, что именно дезорганизация, а не общая ненадежность привязанности, имеет наиболее тесную связь с психопатологической симптоматикой [32]. Другие ненадежные паттерны привязанности — избегающий и тревожно-сопротивляющийся — также вносят вклад в формирование специфических профилей: избегающий тип ассоциирован с агрессией и антисоциальным поведением, а тревожно-сопротивляющийся — с тревожными расстройствами [7]. Таким образом, паттерны привязанности как базовая система аффективной регуляции закладывают основу индивидуальных стратегий преодоления дистресса, что в значительной степени определяет клинические проявления и устойчивость психических расстройств на протяжении жизни [20].

Помимо привязанности, значительный вклад в динамику расстройств вносят многочисленные факторы риска и протективные факторы. Ретроспективные и проспективные исследования указывают на негативную роль жестокого обращения, пренебрежения, утраты, отягощенной наследственности и социального неблагополучия [26]. Эти факторы не только увеличивают вероятность манифестации заболевания, но и способствуют его хронизации, формируя порочный круг: психическое расстройство родителей нарушает их способность обеспечивать надежный уход, что, в свою очередь, подрывает регуляторные способности ребенка и повышает его уязвимость к стрессу.

Вместе с тем, выявлены и протективные факторы — такие как позитивный опыт, поддерживающие отношения и индивидуальные ресурсы устойчивости, — которые способны разорвать эту цепь даже при наличии высокой исходной уязвимости [28].

Понимание направлений развития психопатологической симптоматики позволяет прогнозировать исход заболевания, планировать превентивные вмешательства и информировать пациентов и их семьи о течении заболевания. Знание того, что симптомы депрессии в детском возрасте часто переходят в тревожные расстройства, а расстройство поведения может предвещать аффективные нарушения, позволяет на ранних этапах направлять терапию на коррекцию этих рисков. Кроме того, выявление закономерностей развития ставит вопрос о валидности современных диагностических границ и поддерживает аргументы в пользу трансдиагностического и дименсионального подходов к классификации психических расстройств, которые в большей степени соответствуют их природе как развивающихся систем [23].

Цель исследования — установить прогностическую значимость клинических и психосоциальных

факторов психических расстройств детского возраста для дифференциации динамики их течения во взрослом периоде.

Пациенты и методы. Проведено проспективное когортное клинико-катamnестическое исследование с периодом наблюдения не менее 10 лет. Формирование выборки пациентов проводилось на базе архивов детской психиатрической службы ГБУЗ «ОКСПНБ №1», г. Челябинска, где были отобраны пациенты с верифицированным диагнозом психического расстройства, установленным до достижения 17-летнего возраста. Критерии включения предусматривали преобладание в клинической картине поведенческих, аффективных и тревожно-депрессивных симптомов, а также документально подтвержденного динамического наблюдения продолжительностью не менее 10 лет при получении информированного добровольного согласия от участников или их законных представителей. Из исследовательской выборки исключались лица с генетическими синдромами и тяжелыми органическими поражениями головного мозга, приводящими к инвалидизации, а также пациенты с умственной отсталостью (F7) и расстройствами шизофренического спектра (F2).

Применен комплексный подход, сочетавший ретроспективный анализ медицинской документации с проспективным катamnестическим обследованием. Источниками информации стали амбулаторные карты психиатрического диспансера, истории развития ребенка по форме №112/у, стационарные эпикризы, заключения психолого-медико-педагогических комиссий и протоколы экспериментально-психологических исследований. Сбор демографических и анамнестических показателей включал регистрацию пола, даты рождения, оценку социально-экономического статуса семей в период детства на основе анализа образовательного уровня и профессиональной занятости родителей, жилищных условий.

Социально-экономический статус оценивался методом полуструктурированного интервью по трём категориям (полная семья с работающими родителями, неполная семья с работающим родителем, неполная семья с неработающим родителем). Изучался наследственный анамнез с установлением психических расстройств и патологических характерологических особенностей у родственников первой и второй линии родства.

Клинико-психопатологический метод на начальном этапе предусматривал определение возраста первого обращения за психиатрической помощью, верификацию основного и сопутствующих диагнозов согласно критериям МКБ-10, описание обоснования диагностических заключений с привлечением данных инструментальных и лабораторных методов исследования. Фиксировались случаи смены диагнозов в детском возрасте с установлением причин таких изменений, определялись возраст манифестации заболевания и характер дебюта, анализировалась структура преобладающей психопатологической симптоматики; определялось наличие суицидальных мыслей и

попыток, задержек развития, сопутствующей соматической и неврологической патологии, а также психотравмирующих событий.

Исследование психосоциального функционирования в детском периоде включало анализ школьной успеваемости и характеристик социальной адаптации. Лечебно-реабилитационный аспект изучался через документацию о частоте и продолжительности госпитализаций, применяемых схемах психофармакотерапии, эффективности и побочных явлений, а также через данные о видах, частоте и продолжительности психотерапевтических вмешательств и приверженности им.

Катamnестическое обследование во взрослом возрасте определяло возрастной период на момент завершения наблюдения, общую продолжительность динамического наблюдения, устанавливало основной и коморбидные диагнозы согласно МКБ-10. Анализировалась стабильность диагностических заключений с выделением гомотипической и гетеротипической непрерывности либо констатацией ремиссии, фиксировалось появление новых нозологических единиц.

Тяжесть состояния оценивалась стандартизированными методами, отдельно учитывались хронические формы расстройств, частота и продолжительность госпитализаций, суицидальные проявления. Социально-трудовая адаптация характеризовалась через достигнутый образовательный уровень, профессиональный статус и стабильность занятости, семейное положение, наличие вредных привычек, качество социальной поддержки и приверженность лечебным рекомендациям. Завершающий этап включал оценку актуальной терапии и заключений экспериментально-психологического исследования.

Все участники предоставили письменное добровольное информированное согласие. Исследование одобрено локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (протокол №15 от 18.06.2025) и соответствует принципам Хельсинкской декларации.

Статистическая обработка материала была выполнена с использованием пакета IBM SPSS Statistics V.26.0 с применением методов дескриптивной статистики, многофакторного регрессионного анализа, анализа выживаемости по Каплану-Майеру, кластерного анализа для выявления гомогенных групп пациентов и ROC-анализа для определения прогностической значимости изучаемых параметров. Статистическая значимость определялась при $p < 0,05$.

Результаты. Анализ данных выявил комплекс взаимосвязанных характеристик, определяющих особенности формирования психической патологии. Социально-демографические параметры выборки (Табл.1) представлены равномерным распределением по полу (48,6% мужского и 51,4% женского) с преобладанием лиц молодого возраста (98,9% в диапазоне 18-25 лет). Социально-экономический статус характеризовался значительной

Таблица 1. Социально-демографическая и клиническая характеристика выборки пациентов детского возраста

Table 1. Socio-demographic and clinical characteristics of a sample of pediatric patients

Параметр	Категория/ Значение	Абс.значение (отн. Значение, %)
Социально-демографические характеристики		
Пол	Мужской	85 (48,6%)
	Женский	90 (51,4%)
Социально-экономический статус	Полная семья, родители работают	82 (46,9%)
	Неполная семья, родитель работает	81 (46,3%)
	Неполная семья, родитель не работает	12 (6,9%)
Клинические параметры		
Возраст первого обращения	Среднее значение	$M=13,8$; $SD=1,4$; $Me=14$
Длительность наблюдения (лет)	Среднее значение	$M=4,7$; $SD=2,8$; $Me=4$
Наследственность по психическим заболеваниям	Неотягощена	126 (71,4%)
	Отягощена	49 (28,6%)
Характер дебюта	Подострый	159 (90,9%)
	Острый	16 (9,1%)
Первичные диагнозы	Смешанное расстройство поведения и эмоций детского возраста	85 (48,6%)
	Эмоциональные расстройства, начало которых специфично для детского возраста	45 (25,7%)
	Расстройство адаптации	35 (20,0%)
	Органическое расстройство личности	10 (5,7%)
Тяжесть состояния	Легкая	42 (24,0%)
	Умеренная	108 (61,7%)
	Тяжелая	25 (14,3%)
Суицидальное поведение	Отсутствует	145 (82,9%)
	Суицидальные мысли/попытки	30 (17,1%)
Социально-адаптационные показатели		
Успеваемость	Соответствует возрасту	120 (68,6%)
	Ниже среднего	48 (27,4%)
	Значительное отставание	7 (4,0%)
Социальная адаптация	Имеет друзей	114 (65,1%)
	Изолирован	35 (20,0%)
	Конфликтен	26 (14,9%)
Сопутствующая патология		
Наличие сопутствующих диагнозов	Нет	105 (60,0%)
	Есть	70 (40,0%)

Продолжение табл. 1

Типы сопутствующей патологии	Гастроэнтерологическая	25 (35,7%)
	Офтальмологическая (миопия)	18 (25,7%)
	Неврологическая	12 (17,1%)
	Дерматологическая	10 (14,3%)
	Оториноларингологическая	8 (11,4%)
	Другая	7 (10,0%)
Получаемая терапия в детском возрасте		
Психофармакотерапия	Нейролептики	98 (56,0%)
	Антидепрессанты	45 (25,7%)
	Анксиолитики	38 (21,7%)
	Ноотропные средства	8 (4,6%)
	Противоэпилептические	7 (4,0%)
	Отсутствие терапии	24 (13,7%)
Психотерапия	Да	128 (73,1%)
	Нет	47 (26,9%)
Госпитализации	0	48 (27,4%)
	1	68 (38,9%)
	2	32 (18,3%)
	3 и более	27 (15,4%)

Примечание: M — среднее арифметическое значение, SD — стандартное отклонение, Me — медиана.

Note: M — the arithmetic mean, SD — the standard deviation, Me — the median.

долей неполных семей (53,2%), при этом в большинстве таких семей родитель был трудоустроен (46,3%, и 6,9% безработных). Статистический анализ не выявил существенных различий между группами по полу в отношении возраста первого обращения ($U=3532$, $p=0,42$) и длительности наблюдения ($U=3538$, $p=0,43$).

Клинико-диагностические показатели отражают следующие закономерности: средний возраст первого обращения составил 13,8 лет ($SD=1,4$; $Me=14$), при этом 93,7% случаев приходилось на возрастной интервал 13-15 лет. Наследственная отягощенность психическими расстройствами выявлена у 28,6%. Структура первичных диагнозов распределилась следующим образом: смешанные расстройства поведения и эмоций — F92.8 (48,6%), эмоциональные расстройства, начало которых специфично для детского возраста F93 (25,7%), расстройства адаптации — F43.2 (20,0%) и органические расстройства личности — F07.8 (5,7%). Подострый характер дебюта преобладал (90,9%) над острым началом (9,1%).

Динамика диагностических уточнений в детском возрасте отмечалась у 16,0% пациентов, причем в 64,3% случаев изменение носило характер утяжеления (например, переход от F43.2 к F20.x

или F06.x). Среднее время до изменения диагноза составило 2,8 года ($SD=1,2$).

Психопатологическая структура характеризовалась преобладанием тревожно-депрессивной (38,9%) и поведенческой симптоматики (33,1%) над субпсихотическими (14,3%) и когнитивными нарушениями (13,7%). Тяжесть состояния распределялась следующим образом: легкая — 24,0%, умеренная — 61,7%, тяжелая — 14,3%. Выявлена статистически значимая связь между тяжестью состояния и частотой госпитализаций ($r=0,48$, $p<0,001$), а также между тяжестью и суицидальными мыслями ($\chi^2=15,2$, $p<0,001$).

Психотравмирующие события в анамнезе выявлены у 44,6% пациентов, при этом отмечена значимая связь с тревожно-депрессивной симптоматикой ($\chi^2=6,8$, $p=0,03$). Сопутствующая соматическая патология выявлена у 40,0%, с преобладанием гастроэнтерологических (35,7%) и офтальмологических нарушений (25,7%).

Терапевтические аспекты в детском возрасте включали назначение атипичных нейролептиков (56,0%), антидепрессантов (25,7%) и анксиолитиков (21,7%). Психотерапевтическую помощь получали 73,1% пациентов. Распределение по количеству госпитализаций: отсутствие — 27,4%,

Таблица 2. Социально-демографическая и клиническая характеристика выборки пациентов во взрослом возрасте

Table 2. Socio-demographic and clinical characteristics of the adult patient sample

Параметр	Категория/ Значение	Абс. значение (отн. значение, %)
Динамика диагнозов		
Стабильность диагноза	Полная стабильность	98 (56,0%)
	Смена нозологической группы	42 (24,0%)
	Уточнение/субтипирование	25 (14,3%)
	Ремиссия	10 (5,7%)
Тяжесть состояния	Легкая	65 (37,1%)
	Умеренная	72 (41,1%)
	Тяжелая	8 (4,6%)
	Ремиссия	30 (17,1%)
Хронические расстройства	Нет	95 (54,3%)
	Непрерывное течение	45 (25,7%)
	Эпизодическое с ремиссиями	25 (14,3%)
	Персистирующее течение	10 (5,7%)
Госпитализации	0	135 (77,1%)
	1	25 (14,3%)
	2	8 (4,6%)
	3 и более	7 (4,0%)
Суицидальное поведение	Нет	168 (96,0%)
	Да	7 (4,0%)
Социально-трудовая адаптация		
Образовательный статус	Среднее образование	85 (48,6%)
	Среднее специальное	45 (25,7%)
	Высшее образование	40 (22,9%)
	Неоконченное среднее	5 (2,9%)
Трудовой статус	Работает по специальности	65 (37,1%)
	Безработный	75 (42,9%)
	Работает не по специальности	25 (14,3%)
	На инвалидности	10 (5,7%)
Семейное положение	Проживает с семьей	95 (54,3%)
	Проживает с партнером	45 (25,7%)
	Проживает один	30 (17,1%)
	Наличие близких отношений	5 (2,9%)
Вредные привычки	Нет	145 (82,9%)
	Злоупотребление психоактивными веществами	20 (11,4%)
	Злоупотребление алкоголем	10 (5,7%)

Продолжение табл. 2

Социальная поддержка	Хорошая	120 (68,6%)
	Ограниченная	55 (31,4%)
Комплаенс	Регулярно наблюдается	85 (48,6%)
	Принимает терапию	45 (25,7%)
	Не наблюдается	35 (20,0%)
	Не соблюдает рекомендации	10 (5,7%)
Терапия	Психотерапия	75 (42,9%)
	Психотерапия	45 (25,7%)
	Снят с учета	35 (20,0%)
	Комбинированная терапия	15 (8,6%)
	Отсутствие лечения	5 (2,9%)
Основные нозологические группы	Смешанные расстройства поведения и эмоций	56 (32,0%)
	Расстройства личности	34 (19,4%)
	Шизофрения	21 (12,1%)
	Тревожные расстройства	19 (10,8%)
	Органические расстройства	10 (5,7%)
	Психически здоров	35 (19,9%)

однократная — 38,9%, двукратная — 18,3%, три и более — 15,4%.

Анализ отдаленных исходов психических расстройств, манифестировавших в детском возрасте, выявил значительную гетерогенность клинических и социально-адаптационных траекторий (Табл.2). При оценке отдаленных исходов полная диагностическая стабильность наблюдалась у 56,0% пациентов, смену нозологической группы — у 24,0%, уточнение диагностических формулировок — у 14,3% и достижение ремиссии — у 5,7%. Тяжесть состояния во взрослом периоде распределилась следующим образом: легкая — 37,1%, умеренная — 41,1%, тяжелая — 4,6%, ремиссия — 17,1%.

Выявленные статистически значимые взаимосвязи между признаками в детском и взрослом возрасте подтверждают концепцию гетеротипической преемственности в развитии психической патологии (Табл.3). Умеренная положительная корреляция тяжести состояния ($r=0,38$; $p<0,001$) свидетельствует о значимой, но не абсолютной преемственности психопатологических изменений. Клиническую значимость показала персистенция суицидального поведения ($\chi^2=8,9$; $p=0,003$), что соответствует нейробиологическим моделям формирования устойчивых нарушений в системе стресс-регуляции [15].

Статистически значимая связь между уровнем социальной адаптации в детстве и трудовым статусом во взрослом возрасте ($\chi^2=15,3$, $p=0,004$) указывает на долгосрочное влияние ранних социаль-

ных навыков на профессиональную реализацию. Данная закономерность иллюстрирует механизм кумулятивной дезадаптации [24], согласно которому первичные нарушения социального функционирования ограничивают доступ к образовательным и профессиональным возможностям, что в дальнейшем затрудняет интеграцию в трудовой коллектив.

Хроническое течение характеризовалось непрерывным типом у 25,7% пациентов, эпизодическим с ремиссиями — у 14,3%, персистирующим — у 5,7%. Госпитализации во взрослом периоде потребовались 22,9%, при этом большинство (77,1%) не нуждались в стационарном лечении. Социально-трудовая адаптация отразила следующие тенденции: 42,9% пациентов являлись безработными, 37,1% работали по специальности, 14,3% — не по специальности, 5,7% имели инвалидность. Образовательный статус распределился следующим образом: среднее образование имели 48,6%, среднее специальное — 25,7%, высшее — 22,9%. В семейной сфере 54,3% пациентов проживали с родителями, 25,7% — с партнером, 17,1% — в одиночестве.

Многофакторный логистический регрессионный анализ позволил выявить независимые предикторы благоприятного исхода. По сравнению с другими диагностическими группами, исходный диагноз «расстройство адаптации» был ассоциирован с высокой вероятностью благоприятного течения ($OR = 6,17$; 95% CI [2,45–15,52]). Другими значимыми предикторами благоприятного исхода

Таблица 3. Взаимосвязь между клиническими признаками в детском возрасте, статистическая значимость
Table 3. Relationship between clinical signs in childhood, statistical significance

Анализируемый параметр	Статистический показатель, 95% ДИ	p-value	Интерпретация
Отягощенная наследственность × Характер дебюта	$\chi^2=1,24$	0,27	Незначимая связь
Возраст дебюта заболевания × Длительность наблюдения	$r=-0,25$ [95% ДИ: -0,38; -0,11]	0,001*	Слабая отрицательная связь
Возраст дебюта заболевания × Возраст на момент первого обращения	$r=0,82$ [95% ДИ: 0,76; 0,87]	<0,001*	Сильная положительная связь
Тяжесть симптоматики в детстве × Тяжесть симптоматики во взрослом возрасте	$r=0,38$ [95% ДИ: 0,24; 0,51]	<0,001*	Умеренная положительная связь
Суицидальные мысли в детстве × Суицидальные попытки во взрослом возрасте	$\chi^2=8,9$	0,003*	Значимая связь
Социальная адаптация в детстве × Трудовой статус во взрослом возрасте	$\chi^2=15,3$	0,004*	Значимая связь

Примечание: χ^2 — χ^2 -тест Пирсона, r — Корреляция Спирмена, 95% ДИ — 95% доверительный интервал, * — статистически значимые различия/связи ($p < 0,05$)

Note: χ^2 — χ^2 -Pearson's test, Spearman's r-correlation, 95% CI — 95% confidence interval, * — statistically significant differences/associations ($p < 0,05$)

являлись отсутствие госпитализаций в анамнезе (OR = 4,26; 95% CI

[2,18–8,32]) и воспитание в полной семье (OR = 1,97; 95% CI [1,12–3,48]). Наличие психотической симптоматики в детстве, напротив, служило предиктором неблагоприятного исхода, снижая его вероятность (OR = 0,11; 95% CI [0,03–0,45]). Модель продемонстрировала хорошую объяснительную способность (R^2 Нагелькерке = 0,48), удовлетворительную калибровку по тесту Хосмера-Лемешова ($p=0,37$) и высокую прогностическую точность (AUC ROC = 0,94; 95% CI [0,78–0,90]) (Рис.1).

Для выявления гомогенных групп пациентов со сходной динамикой развития был применен кластерный анализ (метод k-средних). Анализ позволил идентифицировать три статистически обоснованных кластера, достоверно различающихся по клиническим и социальным параметрам ($p < 0,01$ по критерию ANOVA для ключевых переменных).

Кластер 1 («Ранний дебют с поведенческими нарушениями», $n=58$) характеризовался ранним возрастом манифестации, преобладанием поведенческой симптоматики и воспитанием в неполной семье. Показал низкие показатели по шкале интегрального исхода ($1,6 \pm 0,3$).

Кластер 2 («Средний возраст дебюта со смешанной симптоматикой», $n=89$) — объединил пациентов со средним возрастом дебюта, тревожной и аффективной симптоматикой и смешанными диагнозами. Исходы были промежуточными ($2,0 \pm 0,4$).

Кластер 3 («Поздний дебют с адаптационными расстройствами», $n=28$) — включил пациентов с поздним возрастом дебютом, диагнозами из группы расстройств адаптации и воспитанием в полной семье. Показал благоприятные функциональные исходы ($2,7 \pm 0,2$).

Сравнение времени до достижения стабильной ремиссии (определяемой как отсутствие обращений за психиатрической помощью и госпитализаций в течение как минимум 12 месяцев) с помощью анализа Каплана-Майера выявило статистически значимые различия между диагностическими группами ($\chi^2 = 25,3$, $p < 0,001$). Высокая скорость наступления ремиссии наблюдалась в группе расстройств адаптации (Me времени до наступления ремиссии — 4,2 года). В группе органических расстройств личности медиана ремиссии достигнута не была, что свидетельствует о наименее благоприятном течении в этой когорте. Анализ выживаемости по Каплану-Майеру показал значимые различия во времени достижения стабильной ремиссии между диагностическими группами ($\chi^2=25,3$, $p < 0,001$), с наиболее благоприятными показателями в группе расстройств адаптации (Me=4,2 года) и наименее благоприятными — при органических расстройствах (ремиссия не достигнута).

Обсуждение. Результаты проведенного исследования подтверждают высокую гетерогенность диагностических траекторий психических расстройств от детства к взрослому возрасту. Выявленное соотношение стабильности (56,0%) и изменчивости (44,0%) диагноза, а также формирование трех дискретных кластеров развития подчеркивают, что исход детской психопатологии не является однородным, а определяется комплексным взаимодействием клинических и психосоциальных факторов.

Сформированная клиническая выборка характеризуется признаками, типичными для пациентов детской психиатрической службы: равномерное распределение по полу и пик первичных обращений в возрасте 13-15 лет, что согласуется с данными о периоде повышенной уязвимости для дебюта психических расстройств [16]. Высокая

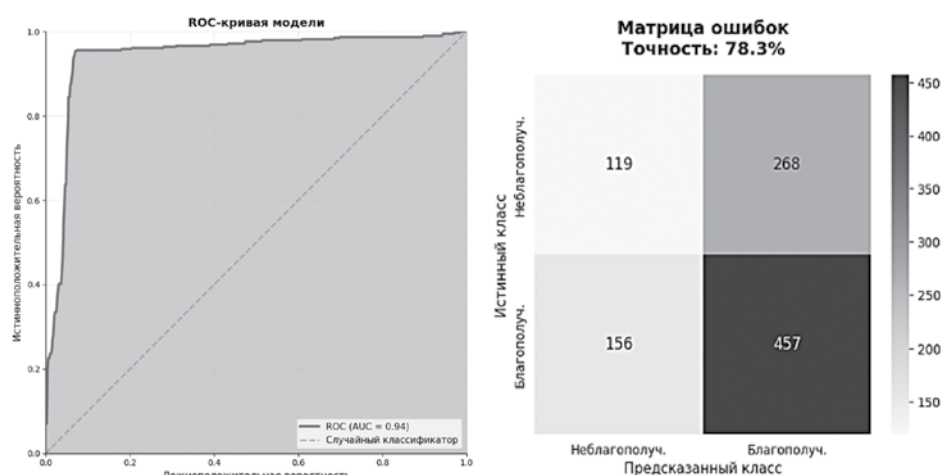


Рис. 1. Оценка прогностической эффективности модели: ROC-анализ и матрица классификации, где AUC — площадь под ROC-кривой
 Fig. 1. Evaluation of the predictive effectiveness of the model: ROC analysis and classification matrix, where AUC is the area under the ROC curve

корреляция между возрастом дебюта заболевания и возрастом первого обращения ($r=0,82$, $p < 0,001$) свидетельствует о том, что в исследуемой когорте значительная часть расстройств была выявлена вскоре после манифестации. Этот факт, однако, не позволяет однозначно судить о причинах своевременного выявления, поскольку на него могли повлиять как системные скрининговые программы, так и повышенная внимательность родителей или педагогов в образовательных учреждениях.

Социально-экономический статус выборки, характеризующийся значительной долей неполных семей (53,2%), отражает общемировую тенденцию связи семейного неблагополучия с риском психических расстройств у детей [4]. Однако отсутствие прямой корреляции между типом семьи и клиническими исходами предполагает сложный, опосредованный характер этого влияния, что согласуется с моделью совокупного риска [19].

Уровень диагностической стабильности (56,0%) находится в диапазоне, отмечаемом в современных лонгитюдных исследованиях, включая Baldaquí N. с соавт. (2023), где показатели варьируют в зависимости от методологии и состава выборки [1, 30]. При этом выявленная смена нозологических групп у 24,0% пациентов является весомым аргументом в пользу концепции гетеротипической преемственности. Особого внимания заслуживает тот факт, что в 64,3% случаев такие изменения носили характер клинического усложнения, проявлявшегося переходом в расстройства личности, шизофренический спектр и органическую патологию. Данная динамика, с одной стороны, подтверждает модель «психотического континуума» [21], а с другой — указывает на то, что неспецифические диагнозы в детстве (такие как F92.8) могут являться продромальными для более тяжелых форм патологии, что диктует необходимость особого внимания к этой группе пациентов.

Модель множественной логистической регрессии выявила комплекс факторов, определяющих вероятность благоприятного исхода (см рис. 1). Диагноз «расстройство адаптации» ассоциирован с наиболее оптимистичным прогнозом ($OR=6,17$), что определяет его как транзитное состояние, связанное с реакцией на психотравму. Напротив, психотическая симптоматика выступает предиктором неблагоприятного течения ($OR=0,11$), подтверждая данные мета-анализов о стойкости психотических расстройств [33].

Отсутствие госпитализаций как предиктор благоприятного исхода ($OR=4,26$) может отражать как менее тяжелое течение расстройства, так и адекватность амбулаторной помощи. Выявленная умеренная корреляция тяжести состояния между детским и взрослым возрастом ($r=0,38$, $p < 0,001$) указывает на значимую, но не абсолютную преемственность, что подчеркивает роль пластичности развития и средовых вмешивающихся факторов.

Построенная нами регрессионная модель продемонстрировала высокую прогностическую способность ($AUC = 0,94$), что превышает показатели многих предыдущих исследований и подтверждающую валидность выбранных предикторов [36]. В условиях региональной психиатрической службы Челябинской области (маршрутизация пациентов через ГБУЗ «ОКСПНБ №1») данная модель может быть использована для стратификации риска уже на этапе раннего обращения к детскому психиатру.

Кластерный анализ выявил три характерных паттерна развития психической патологии, соответствующих современным типологическим моделям [17]. Кластер с ранним дебютом и поведенческими нарушениями ($n=58$) имеет сходство с «нейроразвивающим типом» по классификации Moffitt (2004) [27], характеризующимся стойким антисоциальным поведением. Низкие показатели

социальной адаптации в этой группе согласуются с «моделью неудач» Patterson, Capaldi (1990), предполагающей накопление негативного опыта вследствие девиантного поведения [12].

Кластер со средним возрастом дебюта и тревожной симптоматикой ($n=89$) отражает типичную динамику развития интернализирующих расстройств, описанную в исследовании Van Loo H. M. с соавт., (2023) [37]. Сохранение симптоматики при относительно сохранном социальном функционировании в этой группе соответствует концепции «высокофункциональной» тревоги [35].

Группа с поздним дебютом и расстройствами адаптации ($n=28$) представляет наиболее благоприятный вариант течения, характеризующийся реактивным характером нарушений и хорошим ответом на терапию. Эта траектория согласуется с моделью «преходящих нарушений» у лиц с изначально сохранным преморбидом [6].

Выявленные связи между социальной адаптацией в детстве и трудовым статусом во взрослом возрасте ($\chi^2=15,3$, $p=0,004$) подтверждают значимость ранних социальных навыков для последующего функционирования. Образовательные достижения в детском возрасте показали значимую связь с образовательным статусом во взрослом периоде ($\chi^2=12,7$, $p=0,005$), что объясняется моделью «образовательной траектории», предполагающей относительную стабильность академических показателей на протяжении жизни.

Анализ диагностических переходов выявляет устойчивые закономерности. Наиболее частым стал переход смешанных расстройств поведения и эмоций в эмоционально неустойчивое расстройство личности, что соответствует модели «невротического развития» по Kernberg, предполагающей формирование структурных личностных дефектов на основе ранних нарушений аффективной регуляции [8]. Другой значимый фактор — переход «смешанных расстройств поведения и эмоций» в расстройства шизофренического спектра. Этот феномен может быть объяснен в рамках модели «продромального периода», где неспецифические психопатологические проявления предшествуют манифестации процессуальной симптоматики [2]. Примечательно, что такой переход чаще наблюдается при подостром характере дебюта и наличии суб/психотических эпизодов в структуре начальных проявлений.

Важным методологическим вопросом является разграничение истинных изменений расстройств и артефактов диагностического процесса. Низкая временная надежность клинических диагнозов, особенно при длительных интервалах между оценками, отмечается в большинстве лонгитюдных исследований [3]. Это может быть связано как с уточнением диагностических критериев, так и с накоплением новых катамнестических данных при длительном наблюдении.

Несмотря на тщательность методологического дизайна, исследование имеет ряд существенных ограничений. Высокая частота диагностической категории «смешанные расстройства поведения и эмоций» (48,6% в детской выборке) вызывает

закономерные вопросы о возможной гипердиагностике данной рубрики. Широкие диагностические критерии создают риск ее использования в качестве «категории по умолчанию» при неопределенной клинической картине, что, в свою очередь, могло привести к изначальной гетерогенности этой диагностической группы и повлиять на точность оценки ее последующего развития. Данное обстоятельство затрудняет прямую экстраполяцию результатов на популяции с иной диагностической структурой, поскольку, как отмечают Fombonne E. с соавт. (2001) [13], неспецифические диагностические категории зачастую выполняют функцию временных «ярлыков» на начальных этапах наблюдения.

Использование архивных медицинских документов в качестве основного источника данных накладывает существенные ограничения на качество информации. Как справедливо отмечают Zarrella I. с соавт. (2017), ретроспективный анализ карт диспансерного наблюдения подвержен систематическим ошибкам, связанным с неполнотой регистрации клинических данных и вариативностью диагностических подходов [39]. Выявленная динамика, особенно случаев перехода смешанных расстройств в расстройства шизофренического спектра, ставит вопрос о возможной недостаточной чувствительности диагностического процесса на начальных этапах наблюдения. Исследования продромальных состояний показывают, что неспецифические симптомы часто предшествуют манифестации процессуальных расстройств, но их клиническая значимость может недооцениваться.

Выявленные ограничения подчеркивают необходимость осторожности при интерпретации данных о диагностической стабильности и изменчивости психических расстройств. Несмотря на это, полученные данные представляют значительную ценность для понимания закономерностей развития психической патологии и могут служить основой для разработки более совершенных моделей диагностики и прогнозирования в детской и подростковой психиатрии.

Заключение. Проведенное исследование позволило количественно оценить вклад клинических и психосоциальных факторов в траектории развития психической патологии от детства к взрослому возрасту. Ключевым выводом является выделенные три дискретных пути развития, соответствующие благоприятному (поздний дебют, расстройства адаптации), промежуточному и неблагоприятному (ранний дебют с поведенческими нарушениями) прогнозам, что подтверждает гетерогенный характер исходов психических расстройств детского возраста. Модель множественной регрессии установила, что вероятность благоприятного исхода наиболее существенно определяется тремя независимыми факторами: исходным диагнозом «расстройство адаптации» ($OR=6,17$), отсутствием госпитализаций в анамнезе ($OR=4,26$) и воспитанием в полной семье ($OR=1,97$). Эти предикторы подчеркивают не-

обходимость комплексного подхода к прогнозу, учитывающего не только психопатологическую симптоматику, но и устойчивость социального окружения.

Практическая значимость работы заключается в валидации набора критериев, позволяющих уже на этапе детской службы стратифицировать пациентов по группам риска неблагоприятного течения. Так, пациенты кластера с ранним дебютом и поведенческими нарушениями требуют комплексной терапии, нацеленного не только на купирование симптомов, но и на развитие социальных навыков. Для пациентов с расстройствами

адаптации, напротив, может быть достаточно краткосрочной психотерапевтической помощи.

Полученные данные свидетельствуют о том, что оценка долгосрочного прогноза должна включать комплексный анализ социального контекста, а не ограничиваться исключительно клиническим диагнозом. Это обосновывает необходимость раннего целенаправленного вмешательства для пациентов с поведенческими нарушениями и ранним дебютом заболевания, а также разработки дифференцированных программ психосоциальной реабилитации, направленных на улучшение функциональных исходов.

Литература / References

1. Baldaquí N, Crucilla C, Menditto MG, Malvini L, Maltese AM, Percudani M, Barbera S. Diagnostic stability in adolescents transiting to adult services: exploring the patterns of diagnostic adjustments. *Eur Psychiatry*. 2023;66(Suppl 1):738. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.1550>.
2. Benrimoh D, Dlugunovych V, Wright AC, Phalen P, Funaro MC, Ferrara M, Powers AR 3rd, Woods SW, Guloksuz S, Yung AR, Srihari V, Shah J. On the proportion of patients who experience a prodrome prior to psychosis onset: A systematic review and meta-analysis. *Mol Psychiatry*. 2024;29(5):1361-1381. <https://doi.org/10.1038/s41380-024-02415-w>.
3. Benzi IM, Fontana A, Di Pierro R. Maladaptive Personality Traits and Internalizing and Externalizing Problems: The Role of Borderline and Narcissistic Features in Adolescence. *Clin Neuropsychiatry*. 2023;20:161-172.
4. Butler N, Quigg Z, Bates R, Jones L, Ashworth E, Gowland S, Jones M. The Contributing Role of Family, School, and Peer Supportive Relationships in Protecting the Mental Wellbeing of Children and Adolescents. *School Ment Health*. 2022;14(3):776-788. <https://doi.org/10.1007/s12310-022-09502-9>.
5. Carballo JJ, Baca-García E, Blanco C, et al. Stability of childhood anxiety disorder diagnoses: a follow-up naturalistic study in psychiatric care. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010;19:395-403.
6. Castagnini A, Bertelsen A, Berrios GE. Incidence and diagnostic stability of ICD-10 acute and transient psychotic disorders. *Compr Psychiatry*. 2008;49(3):255-261.
7. Cavicchioli M, Tobia V, Ogliari A. Emotion regulation strategies as risk factors for developmental psychopathology: A meta-analytic review of longitudinal studies based on cross-lagged correlations and panel models. *Res Child Adolesc Psychopathol*. 2023;51(3):295-315.
8. Cohen J. Structural consequences of psychic trauma: A new look at 'beyond the pleasure principle'. *Int J Psychoanal*. 1980;61:421.
9. Copeland WE, Adair CE, Smetanin P, et al. Diagnostic transitions from childhood to adolescence to early adulthood. *J Child Psychol Psychiatry*. 2013;54(7):791-799.
10. Copeland WE, Wolke D, Shanahan L, Costello EJ. Adult functional outcomes of common childhood psychiatric problems: a prospective, longitudinal study. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(9):892-899.
11. de Vries YA, Al-Hamzawi A, Alonso J, Borges G, Bruffaerts R, Bunting B, et al. Childhood generalized specific phobia as an early marker of internalizing psychopathology across the lifespan: results from the World Mental Health Surveys. *BMC Med*. 2019;17(1):101. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1328-3>.
12. Faur S, Valdes O, Vitaro F, Brendgen M, Boivin M, Laursen B. Reconsidering the failure model: Using a genetically controlled design to assess the spread of problems from reactive aggression to internalizing symptoms through peer rejection across the primary school years. *Child Dev*. 2024;95(1):261-275. <https://doi.org/10.1111/cdev.13994>.
13. Fombonne E, et al. The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression: I. Psychiatric outcomes in adulthood. *Br J Psychiatry*. 2001;179:210-217.
14. Girela-Serrano B, Miguélez-Fernández C, Abascal-Peiró S, et al. Diagnostic trajectories of mental disorders in children and adolescents: a cohort study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2024;33:1481-1494.
15. Goldston DB, Erkanli A, Daniel SS, Heilbron N, Weller BE, Doyle O. Developmental Trajectories of Suicidal Thoughts and Behaviors From Adolescence Through Adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016;55(5):400-407.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.02.010>.
16. Goulter N, McMahon RJ, Lansford JE, Bates JE, Dodge KA, Max Crowley D, Pettit GS. Externalizing psychopathology from childhood to early adolescence: Psychometric evaluation using latent variable and network modeling. *Psychol Assess*. 2022;34(11):1008-1021. <https://doi.org/10.1037/pas0001163>.
17. Gustavson K, Knudsen AK, Nesvåg R, Knudsen GP, Vollset SE, Reichborn-Kjennerud T. Prevalence and stability of mental disorders among young adults:

- findings from a longitudinal study. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):65.
<https://doi.org/10.1186/s12888-018-1647-5>.
18. Häfeli XA, Hirsig A, Schmidt SJ. Understanding the transdiagnostic mechanisms underlying emerging psychopathology in adolescence: study protocol of a 1-year prospective epidemiological (EMERGE) study. *BMJ Open*. 2024;14.
 19. Halvorson MA, Caouette JD, Briney JS, Kuklinski MR, Oesterle S, Hawkins JD. Cumulative Risk and Cumulative Protection: Relative Contributions to Predicting Substance Use, Antisocial Behaviour and Mental Health Across Development. *Crim Behav Ment Health*. 2025;35(1):22-30.
<https://doi.org/10.1002/cbm.2365>.
 20. Hartmann JA, McGorry PD, Destree L, Amminger GP, Chanen AM, Davey CG, Ghieh R, Polari A, Ratheesh A, Yuen HP, Nelson B. Pluripotential Risk and Clinical Staging: Theoretical Considerations and Preliminary Data From a Transdiagnostic Risk Identification Approach. *Front Psychiatry*. 2021;11:553578.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.553578>.
 21. Jutla A, Foss-Feig J, Veenstra-VanderWeele J. Autism spectrum disorder and schizophrenia: An updated conceptual review. *Autism Res*. 2022;15(3):384-412.
 22. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(7):709-717.
 23. Liu K, Thompson RC, Watson J, Montena AL, Warren SL. Developmental Trajectories of Internalizing and Externalizing Symptoms in Youth and Associated Gender Differences: A Directed Network Perspective. *Res Child Adolesc Psychopathol*. 2023;51(11):1627-1639.
<https://doi.org/10.1007/s10802-023-01106-4>.
 24. Magnusson D, Stattin H, Allen VL. Biological maturation and social development: A longitudinal study of some adjustment processes from mid-adolescence to adulthood. *J Youth Adolesc*. 1985;14(4):267-283.
 25. Mitković-Vončina M, Lero M, Leštarević S, Milovancevic M. Emotion dysregulation and trauma in youth: A perpetuum mobile. *Medicinska istrazivanja*. 2025;58:133-140.
<https://doi.org/10.5937/medi58-57547>.
 26. Pollard J, Reardon T, Williams C, Creswell C, Ford T, Gray A, Roberts N, Stallard P, Ukoumunne OC, Violato M. The multifaceted consequences and economic costs of child anxiety problems: A systematic review and meta-analysis. *JCPP Adv*. 2023;3(3):e12149.
doi: 10.1002/jcv2.12149.
 27. Roth M, Bartsch B. Die Entwicklungstaxonomie von Moffitt im Spiegel neuerer Befunde-Einige Bemerkungen zur «jugendgebundenen» Delinquenz. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*. 2004;53(10):722-737.
 28. Sallis H, Szekely E, Neumann A, Jolicoeur-Martin-eau A, van IJzendoorn M, Hillegers M, Greenwood CMT, Meaney MJ, Steiner M, Tiemeier H, Wazana A, Pearson RM, Evans J. General psychopathology, internalising and externalising in children and functional outcomes in late adolescence. *J Child Psychol Psychiatry*. 2019;60(11):1183-1190.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.13067>.
 29. Scalco MD, Colder CR, Hawk LW, Read JP, Wiczorek WF, Lengua LJ. Internalizing and externalizing problem behavior and early adolescent substance use: a test of a latent variable interaction and conditional indirect effects. *Psychol Addict Behav*. 2014;28(3):828-40.
<https://doi.org/10.1037/a0035805>.
 30. Schlack R, Peerenboom N, Neuperdt L, Junker S, Beyer AK. The effects of mental health problems in childhood and adolescence in young adults: Results of the KiGGS cohort. *J Health Monit*. 2021;6(4):3-19.
<https://doi.org/10.25646/8863>
 31. Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, Il Shin J, Kirkbride JB, Jones P, Kim JH, Kim JY, Carvalho AF, Seeman MV, Correll CU, Fusar-Poli P. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry*. 2022;27(1):281-295.
<https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>.
 32. Speranza AM, Liotti M, Spoleitini I, Fortunato A. Heterotypic and homotypic continuity in psychopathology: a narrative review. *Front Psychol*. 2023;14:1194249.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1194249>.
 33. Supke M, Ferling C, Hahlweg K, Schulz W. Persistence and course of mental health problems from childhood into adolescence: results of a 10-year longitudinal study. *BMC Psychol*. 2021;9(1):38.
<https://doi.org/10.1186/s40359-021-00535-4>.
 34. Swedo EA, Pampati S, Anderson KN, Thorne E, McKinnon I, Brener N, Stinson J, Mpofu JJ, Niolon PH. Adverse childhood experiences and health conditions and risk behaviors among high school students—Youth Risk Behavior Survey, United States, 2023. *MMWR Suppl*. 2024;73(4):39-50.
<https://doi.org/10.15585/mmwr.su7304a5>
 35. Tebartz van Elst L, Pick M, Biscaldi M, Fangmeier T, Riedel A. High-functioning autism spectrum disorder as a basic disorder in adult psychiatry and psychotherapy: psychopathological presentation, clinical relevance and therapeutic concepts. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2013;263(Suppl 2):189-96.
<https://doi.org/10.1007/s00406-013-0459-3>.
 36. Teplin LA, Potthoff LM, Aaby DA, Welty LJ, Dulcan MK, Abram KM. Prevalence, Comorbidity, and Continuity of Psychiatric Disorders in a 15-Year Longitudinal Study of Youths Involved in the Juvenile Justice System. *JAMA Pediatr*. 2021;175(7):e205807.
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.5807>.

37. van Loo HM, Beijers L, Wiering M, de Jong TR, Schoevers RA, Kendler KS. Prevalence of internalizing disorders, symptoms, and traits across age using advanced nonlinear models. *Psychol Med.* 2023;53(1):78-87. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001148>.
38. Yu RA, Goulter N, Godwin J, McMahon RJ. Child and Adolescent Psychopathology and Subsequent Harmful Behaviors Associated with Premature Mortality: A Selective Review and Future Directions. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2023;26:1008-1024.
39. Zarrella I, Russolillo LA, Caviglia G, Perrella R. Continuity and discontinuity between psychopathology of childhood and adulthood: a review on retrospective and prospective studies. *Res Psychother.* 2017;20(2):248. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2017.248>.

Сведения об авторах

Чинарев Виталий Александрович — врач психиатр, заведующий клиническим отделением первого психотического эпизода ГБУЗ «Областная клиническая специализированная психоневрологическая больница №1» (454087, Россия, г. Челябинск, ул. Кузнецова, 2А), ассистент кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России» (454141, Россия, г. Челябинск, ул. Воровского, 64). E-mail: v.chinarev@okspnb.ru.

Козлов Михаил Арьевич — врач психиатр, главный врач ГБУЗ «Областная клиническая специализированная психоневрологическая больница №1». E-mail: dr_minion@mail.ru.

Чижова Татьяна Николаевна — кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по работе с детьми ГБУЗ «Областная клиническая специализированная психоневрологическая больница №1». E-mail: chizhova_tn@mail.ru.

Доманова Евгения Викторовна — врач психиатр, заместитель главного врача по лечебной работе ГБУЗ «Областная клиническая специализированная психоневрологическая больница №1». E-mail: takoivotadres@mail.ru

Поступила 01.12.2025

Received 01.12.2025

Принята в печать 09.04.2026

Accepted 09.04.2026

Дата публикации 30.06.2026

Date of publication 30.06.2026