

УДК 616.89-008-053.2|465\*02\*17\*23\*25|:616-039.38:616-071:159.9.072.594

Для цитирования: Шмакова О.П. Клинико-динамические закономерности коморбидных психических расстройств у детей и подростков: сравнительное проспективное исследование. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2021. № 4 (113). С. 47–53. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-4\(113\)-47-53](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-4(113)-47-53)

## Клинико-динамические закономерности коморбидных психических расстройств у детей и подростков: сравнительное проспективное исследование

Шмакова О.П.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» Минобрнауки России  
Россия, 115522, Москва, Каширское шоссе, 34

### РЕЗЮМЕ

**Введение.** Значимость проблемы коморбидности в детско-подростковой психиатрии обусловлена высокой встречаемостью и недостаточной изученностью этого феномена. **Цель:** определение распространённости и основных клинико-динамических закономерностей коморбидных психических расстройств у детей и подростков. **Материал и методы.** Проспективно-катамнестически прослежена когорта из 1 203 пациентов. Количество мальчиков ( $n=914$ ; 76%) в выборке клинического наблюдения преобладало по сравнению с девочками ( $n=289$ ; 24%). Средний возраст первичного обращения составил  $9,39\pm 3,66$  года. Проспективное проследование осуществлялось до 18-летнего возраста пациентов. Катамнез проводился по достижении пациентами 23–25-летнего возраста. Средняя длительность наблюдения от первичного обращения к психиатру до 23–25 лет составляла  $11,24\pm 4,6$  года. В работе использованы клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, статистический методы. **Результаты.** Коморбидная психическая патология зарегистрирована практически у каждого шестого ребенка (17,5%). Наиболее распространёнными видами коморбидных расстройств у детей и подростков оказались органические психические расстройства и аддикции. Клиническая картина сочетанных психических болезней характеризовалась полиморфизмом: в 91% случаев в момент осмотра представлялось возможным выделить основное заболевание и коморбидное; в 9% наблюдений два и более психических заболевания одновременно проявлялись с одинаковой интенсивностью. Проспективное проследование продемонстрировало, что в большинстве (79%) случаев основное заболевание оставалось доминирующим на протяжении всего периода наблюдения за больным; у 9% больных два и более психических расстройств проявлялись одновременно с одинаковой интенсивностью; в 12% – основная и коморбидная болезни поочередно обострялись. Катамнестическая часть исследования позволила проанализировать отдалённую динамику коморбидных расстройств: у 80% человек проявления коморбидности оставались во взрослом возрасте; у 20% проявления коморбидного заболевания снизились (редуцировались); 77 пациентов из общей когорты приобрели те или иные коморбидные расстройства в периоде взрослости. Наличие коморбидных психических расстройств отрицательно сказывалось на отдалённом социальном прогнозе. **Заключение:** коморбидность – сложный и распространённый в контингенте несовершеннолетних феномен. Снижение частоты коморбидной патологии невозможно без превентивных вмешательств и мультидисциплинарного подхода к ведению больных.

**Ключевые слова:** коморбидность, психические болезни, этапность развития, ухудшение прогноза, катамнез, дети, подростки.

### ВВЕДЕНИЕ

По данным литературы, психическая патология у значительной доли детей и подростков, зачастую не ограничиваясь единственным заболеванием, включает в себя разнообразные коморбидные психические нарушения [1, 2, 3]. Наиболее частыми предположениями о природе коморбидности являются: единство психопатологической почвы, служащее фундаментом различных симптомов; этиологическая общность коморбидных психических расстройств (далее – КНР); наличие патогенетических связей болезненных процессов друг с другом, вследствие чего одно

психическое расстройство способно повышать риск возникновения другого; возможность заболеть сразу несколькими этиологически независимыми психическими расстройствами [4, 5]. Как выявлено предыдущими исследователями, в формировании структуры КНР участвует множество факторов: личностно-психологические, средовые, расовая/этническая принадлежность, пол [6]. Установлено также, что коморбидность оказывает влияние на многие клинические показатели: утяжеляет течение основной болезни, ухудшает её прогноз, ограничивает эффективность антипсихотической терапии [7, 8, 9].

В последние годы в литературе обсуждаются вопросы, касающиеся лечения коморбидных пациентов: какие препараты эффективнее использовать, чем лечить нежелательно или запрещено, как избежать полипрагмазии [10]. Детско-подростковые специалисты решают проблемы лечения КПП с учётом возрастных ограничений, касающихся приёма лекарственных средств, что ослабляет терапевтические усилия. В целом подобных исследований, проведённых на детско-подростковом контингенте, очень мало, они несистематизированы; отсутствуют конкретные рекомендации, стандарты и протоколы помощи несовершеннолетним с КПП. В опубликованных работах рассматриваются, как правило, отдельные сочетания болезней друг с другом [11, 12, 13, 14, 15, 16]. Таким образом, можно констатировать, что изучение феномена сочетаний психических болезней у несовершеннолетних остаётся актуальной, объёмной и трудно разрешимой задачей современной детско-подростковой психиатрии.

### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить общую распространённость, установить основные клинико-динамические закономерности коморбидных психических расстройств у детей и подростков.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучение коморбидности детско-подростковых расстройств явилось частью работы по клинико-катамнестическому прослеживанию и анализу адаптации пациентов, обратившихся в детско-подростковом возрасте за амбулаторной психиатрической помощью в один из психоневрологиче-

ских диспансеров (ПНД № 23) г. Москвы. В общую проспективно-катамнестически прослеженную когорту ( $n=1\,203$ ) вошли лица 1990-1992 гг. рождения. Число мальчиков ( $n=914$ ; 76%) преобладало по сравнению с девочками ( $n=289$ ; 24%). В группе ( $n=211$ ) лиц с сочетанной психической патологией мальчики преобладали ( $n=156$ ; 74%) по сравнению с девочками ( $n=55$ ; 26%). Реже встречались мононозологические случаи ( $n=992$ ), так же характеризовавшиеся преобладанием лиц мужского пола: 758 (76%) против 234 (24%).

Исследование являлось трехэтапным: 1) первичное обследование и наблюдение больных до 18 лет; 2) катамнестическое обследование этих же лиц ( $n=1\,095$ ) до 23-25 лет, выявившее преобладание лиц мужского пола: 839 (77%) против 256 (23%); 3) повторное катамнестическое обследование пациентов 30-32 лет. Поскольку повторное катамнестическое обследование на настоящий момент продолжается, в данном сообщении приведены и проанализированы результаты, полученные в ходе выполнения двух первых этапов запланированной работы.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Первичное обращение за психиатрической помощью в детско-подростковой когорте происходило в возрасте от 2 лет до 17 лет 11 месяцев. Средний возраст первичного обращения ( $M \pm \sigma$ ) –  $9,39 \pm 3,66$  года. Изучено нозологическое распределение больных на момент первичного обращения и уточнения диагноза (от 5 лет 2 месяцев до 18 лет). Средний возраст на момент уточнения диагноза ( $M \pm \sigma$ ) –  $10 \pm 4,7$  года (табл. 1).

Т а б л и ц а 1. Распределение по клинико-нозологической структуре всех прослеженных больных

Диагноз по МКБ-10	Первичное обращение						При уточнении диагноза						Катамнестический этап (23-25 лет)					
	Всего		М		Ж		Всего		М		Ж		Всего		М		Ж	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
F0	501	41,6	430	47,1	71	24,6	521	43,3	448	49,0	73	25,3	492	44,9	425	50,7	67	26,2
F2	67	5,6	43	4,7	24	8,3	154	12,8	114	12,5	40	13,8	143	13,1	107	12,8	36	14,0
F3	48	4,0	32	3,5	16	5,5	41	3,4	26	2,8	15	5,2	35	3,2	21	2,5	14	5,5
F4	112	9,3	62	6,8	50	17,3	91	7,6	48	5,3	43	14,9	81	7,4	42	5,0	39	15,2
F5	6	0,5	1	0,1	5	1,7	6	0,5	1	0,1	5	1,7	6	0,5	1	0,1	5	1,9
F6	85	7,1	68	7,4	17	5,9	94	7,8	76	8,3	18	6,2	80	7,3	66	7,9	14	5,5
F7	161	13,4	103	11,3	58	20,1	205	17,0	134	14,7	71	24,6	184	16,8	121	14,4	63	24,6
F8	123	10,2	96	10,5	27	9,3	9	0,8	4	0,4	5	1,7	4	0,4	2	0,2	2	0,8
F9	100	8,3	79	8,6	21	7,3	82	6,8	63	6,9	19	6,6	70	6,4	54	6,4	16	6,3
Всего	1203	100	914	100	289	100	1203	100	914	100	289	100	1095	100	839	100	256	100

П р и м е ч а н и е. F0 – органические расстройства; F2 – шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства; F3 – аффективные расстройства; F4 – невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства; F5 – расстройства приёма пищи и расстройства сна; F6 – расстройства личности; F7 – умственная отсталость; F8 – нарушения психического развития; F9 – расстройства (поведения и эмоциональные), начинающиеся в детском возрасте.

На втором этапе прокатамнезировано 1 095 (91% от 1 203) пациентов, достигших 23–25 лет ( $M \pm \sigma$ :  $24 \pm 0,8$  года), из них 839 (77%) мужчин и 256 (23%) женщин. Из исследования выбыло 108 (9%) больных (в связи со смертью, переездом

в другой регион, невозможностью сбора катамнестических данных, уклонением от повторного обследования). Нозологическое распределение на момент катамнестического наблюдения также отражено в таблице 1.

Длительность наблюдения больных от момента первичного обращения до достижения возраста 23-25 лет (совместно первый и второй этапы исследования) варьировала от 5 до 22 лет и в среднем составляла  $11,24 \pm 4,6$  года.

Диагностика психических расстройств осуществлялась согласно критериям МКБ-10. В исследование не включались пациенты с сопутствующей тяжелой соматической патологией. Термин «сочетанная психическая болезнь» употреблялся в отношении всего комплекса психических расстройств (основное заболевание и коморбидные психические расстройства), имевшихся у одного больного. За основной диагноз принимался тот, который был установлен и зафиксирован первым в амбулаторной карте, указанные в медицинской документации следовавшие за ним расстройства принимались за коморбидные.

В работы использованы основные методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-катamnестический, статистический.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Сочетанная психическая патология из 1 203 включенных в первичную когорту детей и подростков была зарегистрирована у 211 (17,5%) с практически одинаковым соотношением по полу обследованных с мононозологическими (76% лиц мужского пола против 24% лиц женского пола) и коморбидными (74% против 26%) болезнями. Катamnестические данные были получены в отношении 199 больных с сочетанными психическими болезнями, в том числе 147 мужчин (74%) и 52 женщин (26%). 12 человек выбыли из исследования по разным причинам. Нозологическое распределение пациентов с КПП (на момент уточнения диагноза) представлено в таблице 2.

**Т а б л и ц а 2. Распределение по клинико-нозологической структуре лиц с сочетанной психической патологией (на момент уточнения диагноза)**

Основной диагноз по МКБ-10	Коморбидный диагноз (по МКБ-10)								Всего
	F0	F1	F2	F3	F4	F6	F7	Сложные сочетания (3 и более психических болезней)	
F0		23	2	2	1	9	0	2	39
F2	26	10		0	0	0	1	7	44
F3	4	1	0		0	2	0	0	7
F4	2	0	0	0		14	0	0	16
F5	0	0	0	3	0	0	0	0	3
F6	9	12	0	3	0		0	0	24
F7	38	16	4	3	0	1		5	67
F9	2	8	0	0	0	0	0	1	11
Всего	81	70	6	11	1	26	1	15	211

Как показано в таблице 2, наиболее распространёнными видами расстройств, коморбидными основным заболеваниям, оказались органические психические болезни ( $n=81$ ; 38,4%) и рано манифестировавшие аддикции ( $n=70$ ; 33,2%). Далее в порядке убывания частоты встречаемости следовали декомпенсированные патологические формы развития личности ( $n=26$ ; 12,3%), сложные сочетания 3 и более психических болезней ( $n=15$ ; 7,1%), аффективные болезни ( $n=11$ ; 5,2%), расстройства шизофренического спектра ( $n=6$ ; 2,8%). С минимальной частотой выявлены невротические расстройства и умственная отсталость (по 1 наблюдению).

Полученные данные об общей распространённости и клинико-нозологическом распределении сочетанной психической патологии в контингенте ПНД можно соотнести с приведёнными ранее в литературе сведениями [17, 18, 19], полученными на взрослом контингенте больных. Вместе с тем отечественных публикаций, освещающих общую распространённость сочетанных детско-подростковых психических болезней нами в ли-

тературе не обнаружено. Доступные зарубежные данные имели выраженные различия (от 6% до более 60%), что, по-видимому, было обусловлено несоответствием контингентов, включённых в предыдущие исследования [2, 3, 6].

Клиническая картина сочетанного течения психических болезней характеризовалась выраженным разнообразием. При осмотре больных с оценкой общего психического состояния в большинстве ( $n=192$ ; 91%) случаев представлялось возможным выделить основное заболевание (его симптомы доминировали в клинической картине болезни) и коморбидное. Однако практически у каждого десятого обследованного ( $n=19$ ; 9%) два и более обнаруженных психических заболевания проявлялись примерно с одинаковой интенсивностью, иногда маскировали друг друга, их симптомы переплетались и смешивались, во взаимосвязанной совокупности двойная (или более) психическая коморбидность усиливала развитие и течение осложненного заболевания, обуславливая отчетливую выраженность его проявлений.

Изучение течения сочетанных расстройств (по итогам первого этапа исследования – проследивание до возраста 18 лет) продемонстрировало, что в большинстве ( $n=167$ ; 79%) случаев основное заболевание оставалось доминирующим на протяжении всего наблюдения за больными. В то время как коморбидные болезни в определенной степени модифицировали проявления основного страдания, влияли на переносимость психотропной терапии. Относительно реже ( $n=19$ ; 9%) имевшиеся у больных два и более психических расстройства проявлялись одновременно с тождественной интенсивностью, соответственно боль-

ные получали активную терапию по поводу двух заболеваний. В 25 (12%) случаях основная и коморбидная болезни поочередно обострялись, преобладая в тот или иной момент в клинической картине.

Катамнестическая часть исследования, включавшая 23–25-летних пациентов (общая выборка – 1 095, из них 839 мужчин и 256 женщин), позволила проанализировать особенности отдаленной динамики КПП у лиц с сочетанными психическими расстройствами, диагностированными в детско-подростковом возрасте ( $n=199$ , в том числе у 147 мальчиков и 52 девочек) (табл. 3).

**Т а б л и ц а 3. Распределение по клинико-нозологической структуре лиц с сочетанной психической патологией (в возрасте 23-25 лет)**

Основной диагноз по МКБ-10	Коморбидный диагноз (по МКБ-10)								Всего
	F0	F1	F2	F3	F4	F6	F7	Сложные сочетания (3 и более психических болезней)	
F0		22	2	1	1	8	0	2	36
F2	24	10		0	0	0	1	6	41
F3	4	1	0		0	2	0	0	7
F4	2	0	0	0		13	0	0	15
F5	0	0	0	3	0	0	0	0	3
F6	8	12	0	3	0		0	0	23
F7	36	15	4	3	0	1		5	64
F9	1	8	0	0	0	0	0	1	10
Всего	75	68	6	10	1	24	1	14	199

У большинства ( $n=159$ ; 80%) пациентов с сочетанной психической патологией из 199 прокатамнезированных, имевших проявления КПП в периоде несовершеннолетия, проявления ко-

морбидного заболевания сохранились в возрасте 23-25 лет. У 40 больных из 199 (20%) проявления коморбидного заболевания либо уменьшились, либо полностью редуцировались (табл. 4).

**Т а б л и ц а 4. Распределение по клинико-нозологической структуре лиц с компенсированными на момент катамнеза коморбидными психическими болезнями (в возрасте 23-25 лет)**

Основной диагноз по МКБ-10	Коморбидный диагноз по МКБ-10			Всего
	F0	F1	F3	
F0		5	0	5
F2	11	0	0	11
F5	0	0	1	1
F6	5	0	0	5
F70	14	0	0	14
F9	0	4	0	4
Всего	30	9	1	40

У 30 пациентов (40% из 75, прокатамнезированных с коморбидными органическими психическими расстройствами) компенсировались легко выраженные астенические, невротоподобные органические расстройства. Ранее у 14 из них в качестве основного выставлялся диагноз лёгкой умственной отсталости, у 11 – расстройств шизофренического спектра, у 5 – расстройств личности. 9 больных из 68 с коморбидными аддикциями преодолели зависимость от табака, возникшую в детско-подростковом возрасте. Ранее 5 из них наблюдались с основным диагнозом органическо-

го психического расстройства, 4 – с расстройствами эмоций и поведения. У 1 пациентки наблюдалась ремиссия основного заболевания (нервной анорексии) на фоне устранения коморбидной депрессивной симптоматики.

Вместе с тем 77 из 1 095 прокатамнезированных пациентов уже в периоде взрослости приобрели те или иные КПП: табачная ( $n=31$ ), алкогольная ( $n=5$ ), наркотическая ( $n=3$ ), компьютерная ( $n=11$ ) зависимости и расстройства настроения, невротические и реактивные состояния ( $n=27$ ).

Наличие коморбидных психических расстройств отрицательно сказывалось на социальном прогнозе заболевания. В исследованной нами детско-подростковой когорте из 211 детей с КПР около трети ( $n=60$ ; 28,4%) были признаны инвалидами в детстве. Тогда как среди пациентов ( $n=992$ ) с одним психическим заболеванием доля детей-инвалидов ( $n=75$ ; 7,6%) была статистически значимо ниже ( $\chi^2=76,10794$ ;  $p=0,05$ ;  $\chi^2_{\text{крит}}=3,841$ ). В катамнестическом периоде наблюдения практически все бывшие дети-инвалиды, страдавшие сочетанной психической патологией (катамнез прослежен у 58 из 60 бывших детей-инвалидов), впоследствии во взрослом возрасте получили инвалидность. Большинство ( $n=47$ ; 81%) инвалидов детства с КПР не были способны к самостоятельному проживанию, нуждались в постоянной помощи со стороны членов родительской семьи, никогда не трудоустраивались даже временно, их средства на проживание ограничивались величиной пенсионного пособия и финансовой поддержкой родителей или опекунов. Среди инвалидов с детства с одним психическим заболеванием (катамнез прослежен у 73 из 75 бывших детей-инвалидов без КПР) количество получивших инвалидность во взрослом возрасте оказалось статистически значимо ниже ( $\chi^2=7,361618$ ;  $p=0,05$ ;  $\chi^2_{\text{крит}}=3,841$ ) – 59% (43 из 73 прокатамнезированных пациентов).

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Коморбидность – распространенный феномен в популяции подростков с психическими нарушениями. Сочетанная психическая патология была зарегистрирована у каждого шестого (17,5%) из обследованных пациентов. Наличие коморбидных психических болезней модифицировало течение основного заболевания, признаки коморбидности сохранялись длительное время, социальный прогноз пациентов с коморбидными психическими болезнями был более неблагоприятным, чем у пациентов с монозаболеваниями.

К числу наиболее часто встречавшейся относилась коморбидная резидуально-органическая патология ( $n=81$  из 211; 38,4%). Хотя органические психические расстройства практически в половине (40%) случаев имели регрессирующую динамику, наиболее тяжелые из них (к примеру, такие как проявления судорожного, психоорганического синдромов) существенно утяжеляли общую клиническую картину заболевания. Манифестирующая на резидуально-органическом фоне эндогенная патология (расстройства шизофренического спектра, аффективные болезни) маскировалась появлениями органической недостаточности, отсюда проистекали трудности первичной диагностики эндогенной патологии, гиподиагностики расстройств шизофренического спектра.

Коморбидная органическая патология влияла на эффективность и переносимость психотропной терапии. Поскольку рано манифестирующие органические психические болезни оказались обусловлены, как правило, пренатальными и ранними постнатальными вредностями, представляется закономерным то, что снижение частоты этого вида КПР невозможно без мультидисциплинарного подхода с привлечением специалистов акушерского профиля, врачей-неонатологов и педиатров, способных осуществлять превентивные вмешательства: минимизировать акушерские риски, улучшать родовспоможение, структурировать постнатальное ведение новорожденных в направлении превенции органических расстройств.

Аддикции занимали второе место по частоте встречаемости коморбидных расстройств среди несовершеннолетних с психическими болезнями ( $n=70$  из 211 наблюдений; 33,2%). Появлялись аддикции, как правило, на фоне сформировавшихся первичных психических заболеваний (органических психических расстройств, умственной отсталости, депрессий, расстройств личности), осложняя течение основной психической болезни. По-видимому, с целью профилактики коморбидных зависимостей первостепенное значение следует уделять ранней диагностике психических заболеваний, особенно важными представляются превентивные вмешательства, в том числе немедикаментозные: психообразовательные и психотерапевтические программы как часть общего психореабилитационного комплекса.

### КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Автор заявляет об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с представленными в публикации материалами.

### ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Автор заявляет об отсутствии спонсорских или иных финансовых источников при проведении настоящего исследования.

### СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Работа соответствует этическим стандартам Хельсинской декларации ВМА (протокол заседания локального этического комитета № 410 от 11.01.2018 г. при ФГБНУ НЦПЗ).

### ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Vasileva M, Graf RK, Reinelt T, Petermann U, Petermann F. Research review: A meta-analysis of the international prevalence and comorbidity of mental disorders in children between 1 and 7 years. *J Child Psychol Psychiatry*. 2021 Apr;62(4):372-381. doi: 10.1111/jcpp.13261. PMID: 32433792
2. Essau CA, de la Torre-Luque A. Comorbidity profile of mental disorders among adolescents: A latent class analysis. *Psychiatry Res*. 2019 Aug;278:228-234. doi: 10.1016/j.psychres.2019.06.007. Epub 2019 Jun 6. PMID: 31226549.

3. Nesvåg R, Bramness JG, Handal M, Hartz I, Hjellevik V, Skurtveit S. The incidence, psychiatric comorbidity and pharmacological treatment of severe mental disorders in children and adolescents. *Eur Psychiatry*. 2018 Mar;49:16-22. doi: 10.1016/j.eurpsy.2017.12.009. Epub 2018 Feb 3. PMID: 29366845.
4. Нургазизова А.К. Происхождение, развитие и современная трактовка понятий «коморбидности» и «полиморбидности». *Казанский медицинский журнал*. 2014. Т. 95, № 2. С. 292-296. Nurgazizova AK. Origin, development and modern interpretation of the concepts of "comorbidity" and "polymorbidity" *Kazan Medical Journal*. 2014;95(2):292-296 (in Russian).
5. Артамонов Р.Г. К вопросу о коморбидности в педиатрической практике. *Педиатрия*. 2012. Т. 91, № 4. С. 146-149. Artamonov RG. To the question of comorbidity in pediatric practice. *Pediatrics*. 2012;91(4):146-149 (in Russian).
6. Weller BE, Blanford KL, Butler AM. Estimated Prevalence of Psychiatric Comorbidities in U.S. Adolescents With Depression by Race/Ethnicity, 2011-2012. *J Adolesc Health*. 2018 Jun;62(6):716-721. doi: 10.1016/j.jadohealth.2017.12.020. PMID: 29784115.
7. Lachman A. Dual diagnosis in adolescence – An escalating health risk. *J Child Adolesc Ment Health*. 2012 Jul;24(1):v-vii. doi: 10.2989/17280583.2012.698113. PMID: 25865845.
8. Шмакова О.П. Сочетанные психические заболевания у детей и подростков. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2020. Т. 120, № 6. С. 24-31. Shmakova OP. Combined mental diseases in children and adolescents. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2020; 120(6): 24-31. doi: 10.17116/jnevro202012006124 (in Russian).
9. Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan MS. Schizophrenia, "just the facts" 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophr Res*. 2009 May;110(1-3):1-23. doi: 10.1016/j.schres.2009.03.005. Epub 2009 Mar 27. PMID: 19328655.
10. Zaccara G, Lattanzi S, Russo E. Pharmacokinetic drug interactions between antiseizure medications and drugs for comorbid diseases in children with epilepsy. *Expert Opin Drug Metab Toxicol*. 2021 May;17(5):595-610. doi: 10.1080/17425255.2021.1903429. Epub 2021 Mar 30. PMID: 33709868.
11. Альбицкая Ж.В., Дворянинова В.В., Касимова Л.Н. Коморбидная патология при расстройствах аутистического спектра у детей. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2016. № 1 (90). С. 38-42. Albitskaya ZhV, Dvoryaninova VV, Kasimova LN. Co-morbidity with autism spectrum disorders in children. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2016; 1(90):38-42 (in Russian).
12. Гречаный С.В. Аутизм и коморбидные психические расстройства у детей. *Медицина: теория и практика*. 2019. Т. 4, № S. С. 163-164. Grechanyy SV. Autism and comorbid mental disorders in children. *Medicine: Theory and Practice*. 2019;4(S):163-164 (in Russian).
13. Горинов В.Г., Корзун Д.Н., Самылкин Д.В., Шеховцова Е.С., Гиленко Т.Д. Расстройство личности и коморбидные психические расстройства. *Психическое здоровье*. 2021. № 10. С. 38-49. Gorinov VG, Korzun DN, Samylkin DV, Shekhovtsova ES, Gilenko TD. Personality disorder and comorbid mental disorders. *Mental Health*. 2021;10(38-49). DOI: 10.25557/2074-014X.2021.10.38-49 (in Russian).
14. Грачев В.В. Депрессивные состояния в периоде развернутых клинических проявлений нервной анорексии у подростков. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2014. Т. 114, № 9. С. 9-14. Grachev VV. Depressive states at the stage of broad clinical presentations of anorexia nervosa in adolescents. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2014;114(9):9-14 (in Russian).
15. Васильева С.Н., Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д. Клинико-динамические характеристики биполярного аффективного расстройства при коморбидности с другими психическими расстройствами. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017. № 2 (95). С. 16-20. Vasilieva SN, Simutkin GG, Schastnyy ED. Clinical-dynamic characteristics of bipolar affective disorder comorbid with mental disorders. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2017;2 (95):16-20 (in Russian).
16. Брюхин А.Е., Онегина Е.Ю. Аффективные нарушения у пациентов с нервной анорексией и нервной булимией. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2011. Т. 111, № 1. С. 21-26. Bryukhin AE, Onegina EYu. Affective disorders in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2011;111(1):21-26 (in Russian).
17. Пивень Б.Н. Сочетанные формы психической патологии в свете перспектив развития клинической психиатрии. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2013. Т. 113, № 5. С. 85-88. Piven BN. Combined forms of mental pathology in the light of the prospects for the development of clinical psychiatry. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2013;113(5):85-88 (in Russian).
18. Бохан Н.А., Семке В.Я. Коморбидность в наркологии. Томск : Изд-во Том. ун-та, 2009. 510 с. Bokhan NA, Semke VYa. Co-morbidity in Addiction Psychiatry. Tomsk: Publishing House of Tomsk University, 2009:510 (in Russian).
19. Бохан Н.А., Усов Г.М., Титов С.С., Чашина О.А. Клинико-социальные и онтогенетические паттерны формирования синдрома зависимости у

лиц с коморбидными психическими расстройствами. Психическое здоровье. 2011. Т. 9, № 6 (61). С. 41-49. Bokhan NA, Usov GM, Titov SS, Chashchina OA. Clinical, social and ontogenetic patterns of addiction syndrome formation in persons

with comorbid mental disorders. Mental Health. 2011;9,6(61):41-49 (in Russian).

Поступила в редакцию 02.08.2021  
Утверждена к печати 29.11.2021

Шмакова Ольга Петровна, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела по изучению проблем подростковой психиатрии. ФГБНУ Научный центр психического здоровья, Москва, Россия. eLibrary SPIN-код 8346-7608. ResearcherID B-6641-2016. Author ID Scopus 55616147400. ORCID iD 0000-0001-9290-0871.

✉ Шмакова Ольга Петровна, olga-zhuravleva1@yandex.ru

UDC 616.89-008-053.2|465\*02\*17\*23\*25|:616-039.38:616-071:159.9.072.594

For citation: Shmakova O.P. Clinical and dynamic patterns of comorbid mental disorders in children and adolescents: a comparative prospective study. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2021; 4 (113): 47–53. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-4\(113\)-47-53](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-4(113)-47-53)

## Clinical and dynamic patterns of comorbid mental disorders in children and adolescents: a comparative prospective study

**Shmakova O.P.**

*Federal State Budgetary Scientific Institution "Scientific Center for Mental Health" of the Ministry of Education and Science of the Russian Federation  
Kashirskoe Highway 34, 115522, Moscow, Russian Federation*

### ABSTRACT

**Introduction.** The significance of the problem of comorbidity in child and adolescent psychiatry is due to the high incidence and insufficient knowledge of this phenomenon. **Objective:** to determine the prevalence and main clinical and dynamic patterns of comorbid mental disorders in children and adolescents. **Materials and Methods.** A cohort of 1,203 patients was prospectively followed. The number of boys (n=914; 76%) in the sample of clinical observation prevailed in comparison with girls (n=289; 24%). The average age of primary treatment was  $9.39 \pm 3.66$  years. Prospective follow-up was carried out up to 18 years of age of patients. The follow-up was performed when the patients reached the age of 23–25. The average follow-up period from the initial visit to a psychiatrist to 23–25 years was  $11.24 \pm 4.6$  years. Clinical-psychopathological, clinical-follow-up, statistical methods were used in the work. **Results.** Comorbid mental pathology was registered in almost every sixth child (17.5%). The most common types of comorbid disorders in children and adolescents were organic mental disorders and addictions. The clinical picture of concomitant mental illnesses was characterized by polymorphism: in 91% of cases at the time of examination, it was possible to identify the underlying disease and the comorbid one; in 9% of cases, two or more mental illnesses simultaneously manifested themselves with the same intensity. Prospective follow-up showed that in most (79%) cases, the underlying disease remained dominant throughout the entire period of observation of the patient; in 9% of patients, two or more mental disorders manifested themselves simultaneously with the same intensity; in 12% – the underlying and comorbid diseases alternately worsened. The follow-up part of the study made it possible to analyze the long-term dynamics of comorbid disorders: in 80% of people, manifestations of comorbidity remained in adulthood; in 20%, the manifestations of the comorbid disease decreased (reduced); 77 patients from the general cohort acquired certain comorbid disorders during adulthood. The presence of comorbid mental disorders negatively affected the long-term social prognosis. **Conclusion:** comorbidity is a complex and widespread phenomenon in the juvenile contingent. Reducing the incidence of comorbid pathology is impossible without preventive interventions and a multidisciplinary approach to the management of these patients.

**Keywords:** comorbidity, mental illness, stages of development, worsening prognosis, follow-up, children, adolescents.

Received September 02.2021

Accepted November 29.2021

Shmakova Olga P., PhD, senior researcher, Department for the Study of Problems in Adolescent Psychiatry. Federal State Budgetary Scientific Institution "Scientific Center for Mental Health" of the Ministry of Education and Science of the Russian Federation, Moscow, Russia. eLibrary SPIN-code 8346-7608. ResearcherID B-6641-2016. Scopus Author ID 55616147400. ORCID iD 0000-0001-9290-0871.

✉ Shmakova Olga P., olga-zhuravleva1@yandex.ru