

ПОДРОСТКОВЫЙ КРИЗИС ИЛИ ПСИХИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО

М.М. Костоев, психолог, педагог, адвокат, медиатор
Московский институт психоанализа
 (Россия, г. Москва)

DOI:10.24412/2500-1000-2026-5-1-183-189

Аннотация. Проблема разграничения нормативного подросткового кризиса и манифестации психических расстройств остаётся одной из наиболее актуальных задач детской и подростковой психиатрии. Сходство клинических проявлений двух принципиально разных состояний – нормы развития и патологии – нередко приводит к диагностическим ошибкам, затягиванию специализированной помощи или, напротив, к необоснованной патологизации поведения подростка. Настоящая работа посвящена анализу теоретических оснований и эмпирических данных, позволяющих провести дифференциацию между указанными состояниями.

Ключевые слова: подростковый кризис; психическое расстройство; дифференциальная диагностика; тревожность; депрессия; СДВГ; подростковый возраст; психическое здоровье.

Подростковый возраст – период биологической, психологической и социальной перестройки, сопровождающийся выраженной нестабильностью эмоциональных реакций, конфликтностью, снижением успеваемости и поведенческими изменениями. Многие из этих признаков внешне совпадают с симптомами целого ряда психических расстройств. Именно это сходство порождает устойчивую путаницу – как среди родителей и педагогов, так и среди специалистов [4].

Между тем цена диагностической ошибки в таких случаях высока. Подросток с нераспознанным аффективным или тревожным расстройством рискует столкнуться с хронификацией состояния во взрослом возрасте, социальной дезадаптацией и суицидальными рисками [2]. Установлено, что большинство психических расстройств впервые проявляются именно в детско-подростковом возрасте – как правило, до достижения 14 лет, – однако остаются недиагностированными на протяжении многих лет [6]. Существенный вклад в нарастание проблемы внесла пандемия COVID-19, резко усилившая интернализованные симптомы в данной возрастной группе [5]. В этой связи разграничение нормативного кризиса и начинающегося расстройства приобретает принципиальное значение для системы психологической помощи [1].

Методология исследования

В основу работы положен анализ российских и зарубежных научных источников. Ис-

пользованы результаты систематического обзора и метаанализа распространённости психических расстройств у детей и подростков в европейских странах [6], нарративного обзора влияния пандемии COVID-19 на подростковое психическое здоровье [5], а также Кокрановского обзора альтернативных форм психиатрической помощи для детей и молодёжи [7]. Дополнительно привлекались отечественные публикации по кризисной психологии подросткового возраста [1-4]. Метод – сравнительно-аналитический с опорой на эмпирические данные.

Результаты и обсуждение

Подростковый кризис в классическом понимании – нормативное явление развития, описанное ещё в рамках культурно-исторического и психодинамического подходов, суть которого состоит во временном дисбалансе между новыми потребностями личности и недостаточно сформированными механизмами их реализации. Ключевые признаки кризиса – ситуационность, обратимость, связь с конкретными жизненными событиями и сохранность базовых функций личности [3]. Поведенческая оппозиционность, нестабильность самооценки, перепады настроения – всё это вписывается в картину нормативного кризиса при условии, что симптомы не достигают клинической интенсивности и не нарушают социальное функционирование устойчивым образом [4].

Психическое расстройство, напротив, характеризуется стойкостью нарушений, их независимостью от конкретной ситуации, прогрессирующим характером дезадаптации и, как правило, наличием биологической составляющей. По критериям МКБ-11 и DSM-5, диагноз может быть поставлен только при условии, что симптомы сохраняются на протяжении определённого периода, возникают в разных контекстах и существенно ограничивают повседневное функционирование подростка [6].

Принципиальным дифференциальным маркером служит хронология. При кризисе наблюдается относительно чёткая связь с провоцирующим событием – сменой школы,

семейным конфликтом, утратой значимых отношений. При начинающемся расстройстве симптоматика нередко предшествует идентифицируемому стрессору или нарастает независимо от внешних обстоятельств [2]. Т.П. Алексеева и Н.А. Алексеев особо подчёркивают, что в кризисной ситуации подросток, как правило, сохраняет способность к переработке переживаний при наличии психологического сопровождения [1].

Для понимания масштабов проблемы следует обратиться к эпидемиологическим данным. Ниже в таблице 1 систематизированы результаты метаанализа, охватившего детей и подростков 5-18 лет в европейских странах.

Таблица 1. Суммарная распространённость психических расстройств у детей и подростков в Европе (по данным метаанализа, 2015-2020) [6]

Вид расстройства	Суммарная распространённость (REPPR)	95% ДИ
Любое психическое расстройство	15,5%	9,4-24,5%
Тревожное расстройство	7,9%	5,1-11,8%
Большое депрессивное расстройство	1,7%	1,0-2,9%
СДВГ	2,9%	1,2-6,9%
Оппозиционно-вызывающее расстройство	1,9%	1,0-3,7%
Расстройство аутистического спектра	1,4%	0,4-5,4%

Приведённые в таблице 1 данные свидетельствуют о том, что почти каждый шестой подросток в Европе имеет диагностируемое психическое расстройство. Тревожные расстройства занимают первое место по распространённости – 7,9%, что сопоставимо с глобальными показателями. Примечательно, что большое депрессивное расстройство встречается в 4,2 раза чаще среди учащихся средней школы по сравнению с начальной, что прямо указывает на подростковый возраст как период повышенного риска. Столь значительные цифры свидетельствуют о том, что патологическая симптоматика у подростков – отнюдь не редкость, и списывать её исключительно на «переходный возраст» недопустимо.

Пандемия COVID-19 обострила ситуацию: среди китайских подростков 12-18 лет уровень депрессивных симптомов составил 43,7%, тревожных – 37,4%, а симптомы посттравматического стрессового расстройства выявлены у 14,4% молодых людей в течение первых двух недель после введения ограничений [5]. Девочки-подростки оказались значи-

тельно более уязвимой группой, что подтверждается данными из нескольких стран. При этом подростки с уже имевшимися нарушениями психического здоровья пострадали существенно сильнее, чем их сверстники из общей популяции – обстоятельство, ещё раз подтверждающее клиническую самостоятельность расстройства по сравнению с реактивным кризисом [5].

В контексте организации помощи заслуживает внимания тот факт, что альтернативы стационарному лечению – мультисистемная терапия на дому, интенсивная амбулаторная работа – демонстрируют эффективность при условии грамотного профиля отбора пациентов. По данным Кокрановского обзора, включавшего 7 рандомизированных исследований (799 участников), подростки, получавшие мультисистемную терапию, показывали улучшение по ряду поведенческих показателей и проводили меньше времени вне дома и вне школы по сравнению с контрольной группой [7]. Это свидетельствует о принципиальной важности раннего и правильно вы-

строенного вмешательства – то есть того, что становится возможным только при точной дифференциальной диагностике.

Клиническая феноменология ключевых расстройств в контексте дифференциальной диагностики

Представленные выше общие дифференциальные маркеры приобретают практическую ценность лишь в том случае, если специалист умеет распознавать их в конкретных клинических картинах. Обратимся к наиболее диагностически сложным нозологиям, чья симптоматика систематически смешивается с проявлениями нормативного подросткового кризиса.

Депрессивный эпизод. Подростковая депрессия отличается от кризисной подавленности рядом устойчивых признаков. Во-первых, при клинической депрессии нарушение настроения носит первазивный характер: оно не ослабевает при изменении ситуации, в выходные дни или в условиях привлекательной активности. Кризисная тоска, напротив, ситуационно модулируема – увлечённое занятие, общение со значимым сверстником способны временно её купировать. Во-вторых, при депрессии отмечаются соматические индикаторы: стойкие нарушения сна (особенно ранние пробуждения или гиперсомния), изменение аппетита и массы тела, психомоторная заторможенность или ажитация. Эти признаки не характерны для кризиса. В-третьих, принципиально важен анхедонический компонент: неспособность испытывать удовольствие от прежде любимых занятий – один из наиболее специфичных маркеров большого депрессивного расстройства. Наконец, значим временной критерий: отсутствие положительной динамики при наличии психосоциального сопровождения на протяжении более четырёх-шести недель с высокой вероятностью указывает на расстройство, а не на кризисную реакцию.

Тревожные расстройства. Генерализованное тревожное расстройство у подростка легко принять за тревожный характер или ситуативное волнение. Ключевое различие – генерализованность и неконтролируемость беспокойства: подросток с ГТР одновременно тревожится о школе, здоровье близких, собственном будущем и своей компетентности, причём не способен переключиться, даже ко-

гда очевидного повода нет. Кризисная тревожность, в отличие от этого, предметна и обусловлена конкретной ситуацией. Отдельного внимания заслуживает социальная тревожность, которую нередко расценивают как подростковую застенчивость: диагностический вес приобретает тот факт, что она ограничивает функционирование и сохраняется вне провоцирующих ситуаций на протяжении не менее шести месяцев.

Ранний психоз. Продромальная фаза шизофрении или других психотических расстройств представляет, пожалуй, наибольшую диагностическую сложность: она может длиться от нескольких месяцев до нескольких лет и внешне напоминать экзистенциальный кризис – нарастающая замкнутость, снижение успеваемости, интерес к паранормальному, странные высказывания. Диагностически значимыми ориентирами продрома служат: формальные нарушения мышления с признаками разорванности или соскальзывания (не просто расплывчатость суждений, а неожиданные смысловые переходы, не поддающиеся обычной логике); нарастающая социальная аутизация без понятной причины; субпороговые перцептивные феномены – необычные телесные ощущения, ощущение изменённости восприятия, – которые сам подросток вербализует с трудом и неохотно; снижение гигиены и самообслуживания. В отличие от экзистенциальных поисков нормативного кризиса, при продроме снижается само качество мышления, а не только его содержательный фокус.

Биполярное расстройство. Маниакальный или гипоманиакальный эпизод у подростка нередко атрибутируется аффективной нестабильности кризиса. Однако биполярный эпизод отличается чёткой фазностью с периодами изменённого функционирования, уменьшенной потребностью во сне без субъективного ощущения усталости (в отличие от ситуативного возбуждения), заметными для окружающих ускорением речи и идеаторным напором, а также снижением критичности к собственным действиям вплоть до рискованного поведения. Особую диагностическую трудность представляет смешанный эпизод, при котором одновременно присутствуют депрессивные и гипоманиакальные признаки: его нередко расценивают как типичные перепады настроения переходного возраста.

СДВГ. Синдром дефицита внимания и гиперактивности нередко впервые попадает в поле зрения специалистов именно в подростковом возрасте, когда возросшие академические требования обнажают дефицит регуляторных функций. Дифференциальный критерий здесь – раннее начало: согласно DSM-5 и МКБ-11, симптомы должны присутствовать до 12 лет и не быть обусловлены кризисной дезорганизацией. При кризисе снижение концентрации внимания ситуационно и обратимо; при СДВГ оно сохраняется в разных контекстах и предшествует кризисному периоду. Важным источником данных здесь служат ре-

trosпективные сведения родителей о поведении ребёнка в начальной школе.

Диагностический инструментарий: от скрининга к верификации диагноза

Выявленные качественные различия между кризисом и расстройством нуждаются в операционализации посредством стандартизированных инструментов. Стихийная клиническая оценка, опирающаяся исключительно на интуицию специалиста, обнаруживает невысокую надёжность в подростковой психиатрии, что делает применение валидизированных методик необходимым условием корректного заключения.

Таблица 2. Основные психодиагностические инструменты для дифференциальной диагностики в подростковой практике

Инструмент	Что оценивает	Возрастная группа / пороговые значения	Диагностическая направленность
PHQ-A (Patient Health Questionnaire – Adolescent)	Депрессия	12-17 лет; порог 11 баллов для клинически значимой симптоматики	Выявление большого депрессивного расстройства
SCARED (Screen for Child Anxiety Related Disorders)	Тревога	8-18 лет; порог 25 баллов по общей шкале	Дифференциация типов тревожных расстройств
CBCL (Child Behavior Checklist, родительская форма)	Широкополосный скрининг	6-18 лет; T-балл ≥ 65 – клинический диапазон	Первичный скрининг, выявление приоритетных областей оценки
SNAP-IV (Swanson, Nolan and Pelham)	СДВГ	6-18 лет; параллельная оценка родителей и учителей	Дифференциация СДВГ и возрастной дезорганизации
BPRS-CA (Brief Psychiatric Rating Scale – Children's Version)	Психотическая симптоматика	Старше 5 лет; наблюдательская шкала для врача	Скрининг раннего психоза, оценка продрома
K-SADS-PL (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia)	Комплексная диагностика	6-18 лет; структурированное клиническое интервью	Верификация диагноза при неоднозначной клинической картине

Принципиальным условием использования перечисленных методик является их интеграция в процесс динамического наблюдения: однократный срез имеет ограниченную прогностическую ценность. Рекомендуемая тактика предполагает повторное тестирование через 4-6 недель: сохранение или нарастание симптоматического профиля при наличии поддерживающего вмешательства – весомый аргумент в пользу расстройства. Для кризиса, напротив, характерна позитивная динамика при адекватном психосоциальном сопровождении.

Структурированные клинические интервью – в частности, K-SADS-PL или сокращённые версии MINI для подростков – обеспечивают диагностическую надёжность, труднодостижимую при свободной беседе. Их применение особенно оправдано в случаях неоднозначной

клинической картины, а также при подозрении на коморбидность. Последняя в подростковом возрасте является правилом, а не исключением: тревожное расстройство и СДВГ, депрессия и злоупотребление психоактивными веществами сочетаются значительно чаще, чем диагностируются в отдельности. Игнорирование коморбидных состояний неизбежно ведёт к неполному терапевтическому ответу даже при своевременно начатом лечении.

Алгоритм дифференциальной диагностики: практические шаги и «красные флаги»

На основании проведённого анализа можно предложить следующую последовательность клинических действий при работе с подростком, чьё состояние вызывает диагностическую неопределённость.

Шаг 1. Анамнестический анализ. Необходимо установить: является ли начало симптоматики острым – связанным с идентифицируемым событием – или инсидиозным, то есть постепенным, без явного триггера. Острое начало, как правило, свидетельствует о кризисе; инсидиозное с большей вероятностью указывает на расстройство. Дополнительно важно выяснить семейный психиатрический анамнез, поскольку наследственная отягощённость по аффективным, тревожным или психотическим расстройствам существенно повышает априорную вероятность патологии у подростка.

Шаг 2. Оценка функционирования. Наиболее надёжным маркером патологии служит устойчивое снижение функционирования одновременно в нескольких сферах: учебной, семейной и социальной. Ситуационное снижение – например, только в школе в период конфликта с учителем – признак кризиса. Перекрёстное снижение, затрагивающее все сферы независимо от конкретных обстоятельств, – признак расстройства. Для формализованной оценки функционирования может использоваться шкала CGAS (Children's Global Assessment Scale).

Шаг 3. Мониторинг динамики. Отсутствие положительной динамики при наличии психосоциальной поддержки в течение 4-6 недель – весомый аргумент в пользу расстройства. Положительный ответ на поддерживающее консультирование, даже частичный, более характерен для кризиса. Это требует от специалиста не единовременного вынесения суждения, а организации процесса наблюдения с заданными временными точками оценки.

Шаг 4. Выявление «красных флагов». Независимо от результатов предыдущих шагов, ряд признаков требует немедленного направления к психиатру: суицидальные мысли с планом или намерением; слуховые или зрительные галлюцинации; стойкие бредовые идеи; выраженная психомоторная заторможенность или ступор; острые приступы дереализации и деперсонализации; отказ от еды, сопровождающийся значительной потерей массы тела; систематическое самоповреждающее поведение. Наличие хотя бы одного из перечисленных признаков выводит ситуацию

за пределы компетенции немедицинского специалиста.

Шаг 5. Принцип разумного сомнения. В ситуации диагностической неопределённости клинически безопаснее предположить начинающееся расстройство и обеспечить психиатрическую консультацию, чем атрибутировать симптомы кризису и занять выжидательную позицию. Это обусловлено асимметрией рисков: пропущенное расстройство имеет несравнимо более серьёзные долгосрочные последствия, чем избыточная консультация. Данный принцип не означает гипердиагностики, однако предполагает, что бремя доказательства лежит на стороне нормы, а не патологии, когда клиническая картина вызывает сомнения.

Роль ближайшего социального окружения в диагностическом процессе

Диагностическая работа с подростком не может быть полноценной без привлечения информаторов из его ближайшего окружения – родителей, педагогов и, в ряде случаев, значимых сверстников. Это обусловлено двумя принципиальными обстоятельствами.

Во-первых, подростки нередко обнаруживают выраженную алекситимию или намеренно скрывают симптомы, опасаясь стигматизации или принудительной госпитализации. В исследованиях зафиксировано значительное расхождение между самоотчётами подростков и данными, полученными от родителей: подростки систематически занижают выраженность интернализованных симптомов – депрессии и тревоги, – тогда как родители чаще недооценивают внешне незаметные изменения в аффективном состоянии ребёнка. Само по себе это расхождение является диагностически информативным признаком.

Во-вторых, психическое здоровье родителей представляет собой независимый фактор риска для подростка. Депрессия матери, тревожное расстройство или аддиктивное поведение отца не только формируют неблагоприятный психосоциальный контекст, повышающий уязвимость ребёнка, но и обуславливают биологическую предрасположенность через механизмы наследственности и ранней психологической травматизации. Выяснение семейного психиатрического анамнеза, таким образом, является обязательным элементом

диагностической беседы, а не факультативным дополнением к ней.

Школа располагает уникальными возможностями для раннего выявления изменений в функционировании подростка. Систематическое снижение успеваемости, нарастающий пропуск уроков, изменение характера социальных взаимодействий со сверстниками – признаки, которые педагог замечает раньше и объективнее, чем родители, особенно при дисфункциональной семейной динамике. Налаженный канал информирования между школьными психологами и клиническими специалистами является важным структурным элементом системы ранней помощи. Международный опыт свидетельствует о том, что именно школьный скрининг – при условии его регулярности и методической грамотности – обеспечивает наиболее короткий путь от первых признаков нарушения до получения квалифицированной помощи.

Таким образом, дифференциально-диагностический процесс в подростковой психиатрии принципиально отличается от аналогичного процесса во взрослой практике: он требует интеграции данных из множества источников – самого подростка, родителей, педагогов, – а также учёта не только актуального состояния, но и динамики его развития

во времени. Именно это сочетание экосистемного подхода и стандартизированной оценки позволяет минимизировать как диагностический пропуск, так и патологизацию нормативных явлений развития.

Заключение

Разграничение нормативного подросткового кризиса и психического расстройства – задача, требующая от специалиста не только знания диагностических критериев, но и понимания динамики развития конкретного подростка в его социальном контексте. Ошибка в любую сторону влечёт за собой серьёзные последствия: либо запущенное расстройство, либо стигматизацию там, где её не должно быть.

Эпидемиологические данные не оставляют сомнений: психические расстройства в подростковой среде достаточно распространены, чтобы относиться к «сложному характеру» со всей клинической серьёзностью. При этом своевременная диагностика, опирающаяся на понимание различий между ситуационной реакцией и стойким нарушением, открывает возможность для эффективного вмешательства – в том числе внебольничного, что принципиально важно для сохранения социальной включённости подростка и качества его дальнейшей жизни.

Библиографический список

1. Алексеева Т.П. Психологическое сопровождение подростков находящихся в кризисной ситуации / Т.П. Алексеева, Н.А. Алексеев // Развитие личности в образовательном пространстве: Материалы XXI-ой Всероссийской с международным участием научно-практической конференции, посвященной 200-летию со дня рождения К.Д. Ушинского и Году педагога и наставника, Бийск, 25 мая 2023 года. – Бийск: Алтайский государственный гуманитарно-педагогический университет имени В.М. Шукшина, 2023. – С. 184-188. – EDN AUSZMR.
2. Латушкина Ю.А. Психологические особенности подростков в кризисных ситуациях / Ю.А. Латушкина, П.А. Побокин, С.К. Сысоев // Ярославский психологический вестник. – 2023. – № 3(57). – С. 79-83. – EDN ECMNPS.
3. Матинова Е.В. Кризисная психология в вопросе о подростках / Е.В. Матинова // Охрана труда и техносферная безопасность на объектах промышленности, транспорта и социальных инфраструктур: сборник статей II Всероссийской научно-практической конференции, Пенза, 27-28 февраля 2023 года. – Пенза: Пензенский государственный аграрный университет, 2023. – С. 308-311. – EDN ERMZZR.
4. Хмелевская О.С. Подростковый кризис и его особенности / О.С. Хмелевская // Государство, общество, личность: история и современность: Сборник статей VII Международной научно-практической конференции, Пенза, 23-24 апреля 2024 года. – Пенза: Пензенский государственный аграрный университет, 2024. – С. 455-457. – EDN IDTPWF.
5. Bera L., Souchon M., Ladsous A., Colin V., Lopez-Castroman J. Emotional and Behavioral Impact of the COVID-19 Epidemic in Adolescents. *Curr Psychiatry Rep.* 2022 Jan;24(1):37-46. DOI: 10.1007/s11920-022-01313-8. Epub 2022 Feb 1. PMID: 35102536; PMCID: PMC8803571.

6. Sacco R., Camilleri N., Eberhardt J., Umla-Runge K., Newbury-Birch D. A systematic review and meta-analysis on the prevalence of mental disorders among children and adolescents in Europe. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2024 Sep;33(9):2877-2894. DOI: 10.1007/s00787-022-02131-2. Epub 2022 Dec 30. PMID: 36581685; PMCID: PMC9800241.

7. Shepperd S., Doll H., Gowers S., James A., Fazel M., Fitzpatrick R., Pollock J. Alternatives to inpatient mental health care for children and young people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Apr 15;(2):CD006410. DOI: 10.1002/14651858.CD006410.pub2. PMID: 19370634; PMCID: PMC4014676.

TEENAGE CRISIS OR MENTAL DISORDER

M.M. Kostoev, *psychologist, educator, lawyer, mediator*
Moscow Institute of Psychoanalysis
(Russia, Moscow)

***Abstract.** The problem of distinguishing between a normative adolescent crisis and the onset of mental disorders remains one of the most pressing challenges in child and adolescent psychiatry. The overlapping clinical presentations of developmental norm and pathology often result in diagnostic errors, delays in specialized care, or unjustified pathologization of adolescent behavior. This paper analyzes the theoretical grounds and empirical data relevant to differentiating between these conditions.*

***Keywords:** adolescent crisis; mental disorder; differential diagnosis; anxiety; depression; ADHD; adolescence; mental health.*