

УДК 614.2

DOI 10.24412/2312-2935-2026-1-592-607

## ПРОБЛЕМА КОМОРБИДНОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ

*К.Н. Галеев<sup>1,2</sup>, Ш.Ю. Амачиев<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup> ГАУЗ «Детская городская поликлиника № 4» г. Казани, г. Казань

<sup>2</sup> Институт фундаментальной медицины и биологии Казанского (Приволжского) федерального университета, кафедра профилактической медицины, г. Казань

**Введение.** Рост распространенности психоэмоциональных нарушений у подростков и высокая доля сочетанных проявлений повышают нагрузку на профилактические и консультационные ресурсы в школьной среде. Комбинации тревожных и депрессивных симптомов, аутоагрессивных/суицидальных проявлений и склонности к рискованному поведению чаще связаны с более выраженным клиническим течением и требуют более скоординированного сопровождения.

**Цель.** Оценить распространенность и профиль сочетаний психоэмоциональных признаков у подростков и обсудить практические и организационные выводы для планирования профилактических мер.

**Материалы и методы.** Выполнено поперечное исследование в школьной выборке (г. Казань). Анализ проведен на подвыборке массива школьного скрининга (общая база N=1477) и включил 975 подростков 14–17 лет, удовлетворяющих критериям возраста и полноты данных. Использована анкета самоотчёта из 60 вопросов с дихотомическими ответами, сгруппированных в шесть шкал; для фиксации признака применялись пороговые значения (А–Г:  $\geq 6$  баллов; Д–Е:  $\geq 3$  баллов). Рассчитаны частоты признаков, число шкал с выявленными признаками и наиболее частые комбинации.

**Результаты.** 30% участников имели хотя бы один признак эмоционального неблагополучия; у 11,9% выявлялось сочетание трёх и более признаков. Наиболее часто встречались комбинации двух–трёх шкал; группы с четырьмя–пятью признаками были реже, но потенциально требуют более интенсивного сопровождения.

**Обсуждение.** Данные поддерживают целесообразность периодической оценки эмоционального состояния в школьной среде с акцентом на мультисимптомные профили, наличия понятного алгоритма первичного консультирования и направления, а также использования масштабируемых форм информирования подростков и родителей (включая электронные материалы) при соблюдении конфиденциальности и этических требований.

**Выводы.** Описание профилей сочетаний психоэмоциональных признаков может использоваться для уточнения приоритетов профилактики и планирования объёма консультационной помощи подросткам в образовательной среде.

**Ключевые слова:** подростки, психическое здоровье, коморбидность, тревожность, депрессивные проявления, скрининг

## COMORBIDITY OF PSYCHOEMOTIONAL PROBLEMS IN ADOLESCENTS: EPIDEMIOLOGICAL DATA AND ORGANIZATIONAL IMPLICATIONS

*K.N. Galeev<sup>1,2</sup>, Sh.Yu. Amachiev<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup> *Children's City Polyclinic No. 4 of Kazan, Kazan*

<sup>2</sup> *Institute of Fundamental Medicine and Biology, Kazan (Volga Region) Federal University,  
Department of Preventive Medicine, Kazan*

**Introduction.** The increasing prevalence of psychoemotional disorders among adolescents and the high proportion of comorbid conditions place an additional burden on the system of prevention and psychological/psychotherapeutic care within the educational environment. The simultaneous presence of anxiety, depressive, suicidal/auto-aggressive manifestations, and a tendency toward risky behavior is associated with a more severe course of the disorder, adverse social consequences, and the need for interdepartmental referral pathways.

**Objective.** To analyze the prevalence and pattern of co-occurring symptoms of psychoemotional disorders in adolescents and to assess the organizational implications of the identified combinations for planning preventive measures.

**Materials and methods.** A cross-sectional school-based survey was conducted in Kazan (Russia). This publication reports an analysis of a subsample (n=975) drawn from a larger school screening dataset (N=1477) and restricted to respondents aged 14–17 years with complete key fields. A self-report questionnaire with 60 dichotomous items grouped into six subscales was used; threshold values were applied to flag a subscale-positive symptom profile (A–Г:  $\geq 6$  points; Д–Е:  $\geq 3$  points). We calculated the prevalence of individual subscales, the number of concurrent subscales flagged, and the most frequent combinations.

**Results.** A significant proportion of adolescents showed signs of emotional distress: 30% had at least one sign, and 11.9% had three or more signs. Combinations of two or three signs were the most common, while groups with four or five signs were less frequent but characterized by high organizational significance due to the need for multi-level support. Typical combination profiles were identified, allowing for the selection of high-risk groups for targeted interventions.

**Discussion.** The obtained data confirm the feasibility of regular school-based screening with a focus on multi-symptom conditions, the development of interdepartmental pathways (school — family — medical organization), the standardization of referral algorithms to specialists, and the implementation of remote psychoeducational tools while adhering to the principles of confidentiality and evidence-based prevention.

**Conclusions.** Analyzing the pattern of co-occurring symptoms in adolescents can be used to improve early detection programs, plan staffing and organizational solutions, and increase the accessibility of psychotherapeutic care for schoolchildren.

**Keywords:** adolescents, mental health, comorbidity, anxiety, depressive manifestations, screening

**Введение.** Психическое здоровье подростков в последние годы стало одной из ключевых тем общественного здравоохранения: заметная доля проблем дебютирует именно в школьном возрасте, а последствия отражаются на обучении, поведении и семейном функционировании. [1-7]. По данным Всемирной организации здравоохранения, значимая часть подростков 10–19

лет сталкивается с психическими расстройствами, при этом тревожные и депрессивные состояния относятся к ведущим причинам потери здоровья в этом возрасте [1].

Для первичного звена и школьной среды практическая трудность заключается в том, что эмоциональные жалобы редко ограничиваются одной сферой. У подростка могут одновременно присутствовать тревожные симптомы, сниженное настроение, элементы самоповреждающего поведения и склонность к риску [8]. Такая комбинация, как правило, связана с большим функциональным снижением и более неблагоприятным прогнозом, чем изолированные проявления [10-11]. При этом на уровне популяции именно сочетания симптомов определяют потребность в более сложном сопровождении и увеличивают вероятность обращения за помощью по неоптимальным маршрутам [8].

С эпидемиологической точки зрения важно описывать не только распространённость отдельных признаков, но и частоту их сочетаний. Крупные международные оценки статистики психических расстройств подчёркивают высокую распространённость проблем психического здоровья у детей и молодёжи и значимый вклад таких расстройств в годы, прожитые с инвалидностью [7]. Это усиливает запрос на инструменты раннего выявления, применимые в реальных условиях образовательной организации.

В Российской Федерации данные о распределении сочетанных психоэмоциональных проявлений в подростковой популяции остаются ограниченными, а организационные последствия выявленных сочетаний для амбулаторно-поликлинической помощи и взаимодействия со школой описаны фрагментарно [2-4]. В этих условиях поперечные исследования в школьной среде позволяют получить ориентиры для планирования профилактических мероприятий и первичного консультирования.

Подростковый возраст (14–17 лет) — период высокой чувствительности к стрессу, перестройки социальных связей и цифровой нагрузки. Одновременно это возраст, когда профилактические вмешательства и раннее сопровождение потенциально наиболее эффективны, поскольку многие симптомы ещё не закрепились в устойчивые клинические формы. Следовательно, оценка «профилей» сочетанных проявлений может служить основой для адресного распределения ресурсов (профилактика, консультирование, направление к специалистам) без необоснованного расширения медицинского вмешательства в школьной среде.

**Цель исследования** — проанализировать распространённость и профили сочетаний психоэмоциональных нарушений у подростков и оценить практические следствия для

планирования профилактических мероприятий и организации первичного сопровождения в связке «школа — семья — медицинская организация».

**Материалы и методы.** Дизайн исследования. Проведено поперечное исследование в школьной среде, направленное на оценку распространённости психоэмоциональных признаков и их сочетаний среди подростков. Такой подход позволяет описать структуру симптомов в реальных условиях образовательной организации и использовать результаты для планирования профилактических мероприятий и первичного сопровождения.

**Выборка.** В анализ включены 975 подростков 14–17 лет (8–11 классы), обучающихся в общеобразовательных школах г. Казани. Данный анализ выполнен на подвыборке массива школьного скрининга (общая база N=1477) и включает анкеты, соответствующие критериям возраста и полноты заполнения. В выборку вошли учащиеся обоих полов; анкетирование проводилось в привычной учебной обстановке, индивидуально, без указания персональных данных.

**Процедура.** Участие было добровольным и анонимным; перед заполнением давались единые инструкции и разъяснялась возможность отказа без каких-либо последствий. Заполнение занимало в среднем 10–15 минут. Для снижения доли пропусков осуществлялась проверка полноты заполнения на месте без обсуждения содержания ответов; анкеты с критическими пропусками в итоговый анализ не включались.

Оценка проводилась по опроснику самоотчёта (60 пунктов) с дихотомическими вариантами ответа, объединённому в шесть тематических шкал (А–Е).

А — тревожность,

Б — склонность к рискованному поведению,

В — депрессивные проявления,

Г — суицидальные и аутоагрессивные (self-harm) признаки,

Д — социально-желательный стиль ответов,

Е — недостоверность заполнения.

Каждая шкала отражала отдельный аспект психоэмоционального состояния подростка и позволяла фиксировать наличие или отсутствие соответствующего признака.

Пороговые критерии применяли для перевода результатов по каждой шкале в категориальный формат, пригодный для популяционного анализа и управленческой интерпретации. По шкалам А–Г признак считали выявленным при 6 и более совпадениях; по шкалам Д–Е, используемым для контроля качества заполнения, — при 3 и более совпадениях.

Операционализация переменных. Первичным уровнем анализа являлось наличие/отсутствие признака по каждой из шести шкал (А–Е) по заданным критериям. Это позволило описывать распространённость отдельных групп проявлений и сравнивать подгруппы по полу, возрасту и другим характеристикам.

Для прикладных задач организации помощи дополнительно использовали сводные характеристики «профиля без превышений» (отсутствие признаков по всем шкалам А–Е) и «профиля без превышений по клинически значимым шкалам» (отсутствие признаков по шкалам А–Г). Эти показатели трактовались как маркеры благополучия и использовались для сопоставления распределений в популяции.

Ключевым интегральным показателем являлось число шкал с выявленными признаками (0–6), отражающее степень сочетанности проявлений. В целях планирования объёма и сложности сопровождения выделяли уровни: 0 — признаков не выявлено; 1 — единичный признак; 2 — два признака;  $\geq 3$  — мультисимптомный профиль, требующий приоритетного внимания и, как правило, более комплексного сопровождения.

Процедура сбора данных. Тестирование проводилось с использованием анонимного цифрового интерфейса (чат-бот), разработанного специально для данного исследования, и организовывалось в условиях образовательной организации. При входе участник указывал образовательную организацию, класс и возраст; далее отображалась информация о добровольности участия и порядке получения согласия: подростки в возрасте 15 лет и старше подтверждали участие самостоятельно, для участников младше 15 лет согласие обеспечивалось законными представителями в соответствии с требованиями законодательства.

После подтверждения согласия респонденты заполняли основную часть анкеты на личных устройствах; средняя продолжительность заполнения составляла около 15–20 минут. Ответы автоматически агрегировались в сводную электронную таблицу для последующей статистической обработки; выгрузка осуществлялась в обезличенном виде без идентифицирующих данных.

Практическая часть тестирования проходила в школьных классах, где подростки заполняли опросник с использованием собственных устройств. Процедура проходила под наблюдением педагогов и кураторов, которые обеспечивали единообразие условий и контроль корректного выполнения инструкций. Участники выполняли анкетирование одновременно в

группах, что позволяло сохранить стандартизованность процедуры. Среднее время заполнения составляло около 15–20 минут.

Дополнительный контроль качества данных обеспечивали встроенные шкалы Д и Е, позволяющие выявлять социально-желательные ответы и случаи невнимательного заполнения, после чего данные интегрировались в общий массив для дальнейшего анализа.

Методы статистического анализа включал:

- расчёт абсолютных и относительных частот выявленных признаков;
- оценку распространённости нарушений по шести шкалам;
- распределение подростков по числу одновременных признаков;
- выделение групп выраженной коморбидности;
- анализ структуры наиболее распространённых сочетаний.

Статистическая обработка данных выполнялась с использованием общепринятых программных пакетов (SPSS и R). Анализ включал расчёт абсолютных и относительных частот, перекрёстные распределения, оценку числа одновременных признаков и анализ структуры сочетаний. Применяемые методы соответствовали задачам описательной эпидемиологии и были направлены на формирование базы для последующего организационно-аналитического обсуждения.

Этические аспекты. Исследование соответствовало этическим требованиям, предъявляемым к работе с несовершеннолетними, включая добровольность участия, анонимность опроса и получение информированного согласия законных представителей.

**Результаты.** Социально-демографическая характеристика выборки

В исследование включены данные 975 подростков, обучающихся в общеобразовательных учреждениях и представляющих четыре учебные параллели — с восьмого по одиннадцатый класс. Анализ выполнен на подвыборке массива школьного скрининга n-975 и ограничен анкетами, удовлетворяющими критериям возраста и полноты заполнения. Наиболее крупную группу составили учащиеся девятых классов, тогда как остальные параллели были представлены сопоставимыми по численности подгруппами.

Возраст респондентов варьировал от 14 до 17 лет, при этом группа 15-летних школьников была наиболее многочисленной. Остальные возрастные категории формировали сопоставимые по объёму подгруппы, что позволило учитывать внутреннюю неоднородность подросткового периода.

Гендерное распределение выборки было близко к сбалансированному: в исследовании приняли участие 528 девочек и 447 мальчиков, что отражает реальное соотношение полов в школьной популяции данного региона. Такое сочетание возрастных, половых и учебных характеристик создаёт достаточную базу для анализа распространённости психоэмоциональных нарушений и их сочетаний в общей подростковой среде.

Распространённость психоэмоциональных нарушений по шкалам А–Е

Анализ частоты отдельных психоэмоциональных признаков показал различия в уровне распространённости между шкалами. Наиболее распространёнными оказались признаки по шкале рискованного поведения (Б), выявленные у 291 подростка (29,7%). Тревожность (А) отмечалась у 251 участника (25,7%). Депрессивные проявления (В) фиксировались у 164 респондентов (16,8%).

Суицидальные и аутоагрессивные (self-harm) признаки (Г) встречались реже и были отмечены у 76 подростков (7,7%). Шкала социально-желательного стиля ответов (Д) выявила превышение порога у 84 учащихся (8,6%), а недостоверность заполнения (Е) — у 60 подростка (6,1%).

Сводные данные представлены в таблице 1.

**Таблица 1**

Частота выявленных признаков по шкалам А–Е

<i>Шкала</i>	<i>Содержание шкалы</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
А	Тревожность	251	25,7
Б	Рискованное поведение	291	29,7
В	Депрессивные проявления	164	16,8
Г	Суицидальные и self-harm признаки	76	7,7
Д	Ложь (социально-желательные ответы)	84	8,6
Е	Недостоверность заполнения	60	6,1

Распределение подростков по числу одновременных психоэмоциональных признаков

Анализ совокупного количества выявленных признаков позволил установить распределение подростков по уровню выраженности психоэмоциональных нарушений. Отсутствие повышенных значений по всем шкалам отмечено у 451 участника (46,3%).

Наличие одного признака зарегистрировано у 296 подростков (30,4%). Два одновременных признака выявлены у 111 учащихся (11,4%).

Группу с тремя признаками составили 65 подростков (6,6%), с четырьмя — 45 учащихся (4,6%). Максимальное число одновременно выявляемых признаков (пять) отмечено у 7 респондентов (0,7%).

Сводные данные представлены в таблице 2.

**Таблица 2**

Распределение подростков по числу одновременных психоэмоциональных признаков

(N = 975)

<i>Количество признаков</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
0	451	46,3
1	296	30,4
2	111	11,4
3	65	6,6
4	45	4,6
5	7	0,7

#### Структура сочетаний психоэмоциональных нарушений

Оценка сочетаний выполнялась по факту превышения порогов по шкалам А–Е и по числу одновременно выявленных признаков. Такой подход позволяет перейти от описания отдельных проявлений к анализу типичных «профилей» сочетаний, которые имеют прямое значение для организации профилактики и маршрута обращения за помощью.

Среди подростков с двумя признаками чаще всего встречались сочетания тревожности с рискованным поведением (А + Б), а также тревожности с депрессивными проявлениями (А + В). Эти пары формируют основную долю сочетанных профилей и могут рассматриваться как приоритетные для школьно-медицинских профилактических программ.

Частота сочетаний закономерно снижалась по мере увеличения числа одновременно выявленных признаков: наиболее многочисленными оставались группы с 1–2 признаками, тогда как профили с 3 и более признаками встречались реже, но характеризуют группу повышенной организационной сложности сопровождения. Данные представлены в таблице 3.

Анализ распределения подростков по уровню коморбидности показал наличие групп с выраженным и максимальным числом одновременно присутствующих психоэмоциональных признаков.

Группу с тремя признаками составили 65 подростков (6,7%), что соответствует категории мультисимптомного профиля. К этой группе относили учащихся, у которых одновременно выявлялись признаки как минимум по трём шкалам из А–Г.

**Таблица 3**

Структура наиболее частых сочетаний психоэмоциональных признаков

<i>Число признаков</i>	<i>Наиболее частые сочетания</i>	<i>Особенности распределения</i>
2	А + Б; А + В	Наиболее распространённые пары
3	А + В + Г	Частые триады в группе умеренной коморбидности
4	А + Б + В + Г	Редкие комбинации высокой выраженности
5	А + Б + В + Г + Е	Максимальное сочетание, 7 наблюдений (0,7 %)

Комбинация четырёх признаков выявлена у 45 подростков (4,6%), что отражает дальнейшее увеличение сочетанности проявлений. Максимальный уровень (пять признаков) отмечен у 7 респондентов (0,7%).

Суммарная численность подростков с тремя и более признаками составила 117 человек (12,0% выборки). С организационной точки зрения эта доля представляет ключевой интерес, поскольку именно сочетанные профили чаще требуют более комплексного сопровождения и более чётких правил направления.

Полученные результаты позволяют представить целостную картину распространённости психоэмоциональных нарушений в подростковой выборке. Наиболее часто регистрировались признаки по шкале рискованного поведения и тревожности, тогда как депрессивные проявления и суицидальные/self-harm признаки встречались реже.

Анализ числа одновременных признаков показал, что почти половина подростков не имела превышений пороговых значений по шкалам, тогда как другая часть выборки демонстрировала один или более активных признаков. Наиболее многочисленными оказались группы с одним и двумя выявленными нарушениями.

Мультисимптомный профиль (не менее трёх признаков) зафиксирован у 117 подростков (12,0%). Максимальное число одновременно выявленных признаков — пять — отмечено у 7 учащихся (0,7%). Различия в структуре сочетаний подчеркивают необходимость

дифференцированного подхода к профилактике, консультированию и дальнейшему сопровождению в зависимости от профиля и степени сочетанности.

Совокупность представленных данных демонстрирует вариативность структуры нарушений и широкое распределение числа признаков среди подростков исследуемой группы.

**Обсуждение.** Полученные результаты показывают, что в школьной популяции подростков значимая доля имеет признаки эмоционального неблагополучия, причём наибольшую организационную значимость представляют не отдельные симптомы, а их сочетания. Это согласуется с данными обзоров, указывающих, что коморбидность тревожных и депрессивных проявлений у детей и подростков распространена и связана с большим уровнем дезадаптации.

Сопоставление с международными исследованиями подчёркивает, что проблемы психического здоровья у детей и молодёжи формируют существенный вклад в заболевания на популяционном уровне. В этой связи школьная среда остаётся одной из наиболее доступных точек контакта для раннего выявления и профилактики при условии соблюдения принципов конфиденциальности и отсутствия стигматизации.

Практическая ценность оценки «профилей» сочетаний заключается в возможности выделять группы повышенного риска для адресных мероприятий: краткого консультирования, психопросвещения, вовлечения семьи и направления к специалистам. При этом маршрутизация должна быть выстроена так, чтобы подросток с выраженным сочетанием симптомов получал своевременный доступ к помощи без многократных повторных обращений и потери мотивации.

Инструменты краткого опросного скрининга широко применяются в международной практике. Показано, что краткие самоотчётные шкалы могут быть полезны как для первичного выявления, так и для динамического наблюдения (например, при оценке депрессивных симптомов по PHQ-9 и тревожных симптомов по GAD-7 в подростковых выборках) [9,10]. Важно, однако, рассматривать результаты скрининга как ориентир для дальнейшей оценки, а не как диагноз.

К ограничениям исследования следует отнести поперечный дизайн (невозможность установления причинно-следственных связей), использование самоотчёта (риск информационного смещения) и ограничение обобщаемости результатами одной городской выборки. Вместе с тем полученные данные пригодны для организационного планирования:

они позволяют оценить ожидаемую нагрузку на консультационные ресурсы и обосновать приоритетность профилактических мероприятий в школьной среде.

Полученные данные о распространённости и структуре психоэмоциональных нарушений среди подростков позволяют сформулировать ряд организационных выводов, имеющих значение для системы школьной, амбулаторной и профилактической помощи. Существенная доля учащихся с одним или несколькими нарушениями, а также выявление выраженной коморбидности в 11,9% выборки, указывает на необходимость перехода от эпизодического выявления отдельных состояний к системным мерам раннего обнаружения и сопровождения подростков с признаками эмоционально-поведенческой уязвимости.

Во-первых, результаты указывают на практическую необходимость регулярной оценки психоэмоционального состояния подростков в школьной среде. Периодическое стандартизированное обследование позволяет своевременно выявлять группы с нарастающими сочетанными проявлениями и формировать для них адресные профилактические и консультативные мероприятия, не перегружая специализированную службу.

Во-вторых, выявленная структура сочетаний нарушений демонстрирует необходимость пересмотра функциональных задач школьных психологов. Ориентация исключительно на отдельные симптомы не позволяет полноценно учитывать многосимптомные состояния, встречающиеся у значительной части подростков. Включение оценки коморбидности в текущие диагностические протоколы может повысить эффективность выявления учащихся, нуждающихся в более глубоком обследовании и сопровождении.

В-третьих, полученные данные поддерживают важность согласованных правил направления и взаимодействия между школой, семьёй и медицинской организацией. Подростки с мультисимптомным профилем ( $\geq 3$  шкал с признаками) должны иметь понятный и быстрый доступ к консультации профильного специалиста и последующему сопровождению, что снижает вероятность обращения через нецелевые точки входа.

Отдельным организационным направлением может быть использование дистанционных форм профилактики и информирования. Для подростков с умеренно выраженными проявлениями целесообразны стандартизированные материалы и краткие онлайн-модули (для подростков и родителей), которые дополняют очные консультации и повышают доступность помощи при соблюдении конфиденциальности.

Отдельного внимания требует вопрос повышения квалификации специалистов, работающих с подростками. Коморбидные состояния, включающие тревогу, депрессивные проявления, рискованное поведение и элементы суицидального риска, требуют владения более широким набором методик и навыков кризисного сопровождения. Это делает необходимым включение в программы повышения квалификации тем, связанных с распознаванием многосимптомных состояний, принципами раннего вмешательства и построением индивидуальных маршрутов помощи.

Наконец, полученные данные создают основу для формирования региональных систем мониторинга психоэмоционального состояния подростков, позволяющих отслеживать динамику показателей, своевременно выявлять тенденции роста нарушений и корректировать программы профилактики. Интеграция данных образовательных организаций, служб психолого-педагогической поддержки и медицинских учреждений способствует повышению эффективности управленческих решений в сфере охраны психического здоровья подростков.

В целом выявленные эпидемиологические особенности подтверждают необходимость системной организации помощи подросткам с психоэмоциональными нарушениями. Регулярная оценка в образовательной среде, согласованные правила направления и доступные профилактические форматы позволяют раньше выделять группы риска и рациональнее распределять ресурсы первичного звена и специализированной помощи.

**Выводы.** Проведённое исследование позволило получить целостное представление о распространённости и структуре психоэмоциональных нарушений среди подростков, а также выявить характер сочетаний этих признаков. Полученные данные показывают, что значительная часть школьников сталкивается с эмоциональными и поведенческими трудностями, при этом выраженная коморбидность выявлена у заметной доли подростков. Сочетания тревожности, депрессивных проявлений, рискованного поведения и суицидальных/self-harm признаков формируют устойчивые группы риска, требующие особого внимания специалистов.

Распределение числа одновременных признаков демонстрирует неоднородность состояния подростковой популяции: от полной отсутствия нарушений до максимальных сочетаний пяти признаков. Наиболее частыми оказались сочетания двух или трёх признаков, тогда как группы с четырьмя и пятью признаками представлены меньшим числом наблюдений, но имеют высокую организационную значимость. Выявленные комбинации подчёркивают необходимость учёта многосимптомных состояний при планировании

профилактических мероприятий и оказании психологической помощи в образовательной среде.

Результаты исследования подчёркивают, что для школьной популяции существенное значение имеют не только отдельные психоэмоциональные симптомы, но и их сочетания. Данные о мультисимптомных профилях могут служить основанием для совершенствования программ раннего выявления, согласования взаимодействия между школой, семьёй и первичным звеном и расчёта потребности в консультационной поддержке. Особого внимания требуют подростки, у которых одновременно отмечаются несколько шкал симптомов, поскольку именно в этой группе выше риск функционального снижения и необходимости своевременного направления к специалистам.

В целом, выявленные эпидемиологические характеристики коморбидности подтверждают актуальность комплексного подхода к профилактике и коррекции психоэмоциональных нарушений в подростковом возрасте. Полученные данные могут быть использованы для планирования организационных решений и разработки программ, направленных на повышение эффективности психологической и психотерапевтической помощи школьникам.

### Список литературы

1. Всемирная организация здравоохранения. Психическое здоровье подростков: информационный бюллетень. 01.09.2025. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health> (дата обращения: 22.11.2025)
2. Жданова Л.А., Бобошко И.Е., Молькова Л.К. Медико-социальные аспекты психического здоровья детей и подростков, возможности его охраны и укрепления. Вестник ИвГМА. 2020;2:11-17
3. Булычева Е.В. Совершенствование медико-социальных мер по охране психического здоровья подростков в системе первичной медико-санитарной помощи (обзор литературы). Менеджер здравоохранения. 2024;4:102-112. doi:10.21045/1811-0185-2024-4-102-112
4. Чичерин Л.П., Щепин В.О. Психическое здоровье детей и подростков: основные характеристики, некоторые теоретические аспекты. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(3):377-382. doi:10.32687/0869-866X-2024-32-3-377-382
5. Stevens GWJM. Editorial: Adolescent mental health in a rapidly changing world. J Child Psychol Psychiatry. 2024;65(12):1551-1553. doi:10.1111/jcpp.14065

6. Hill ED, Kashyap P, Raffanella Д, et al. Prediction of mental health risk in adolescents. *Nat Med.* 2025;31(6):1840-1846. doi:10.1038/s41591-025-03560-7
7. Kieling B, Buchweitz B, Caye A, et al. Worldwide Prevalence and Disability From Mental Disorders Across Childhood and Adolescence: Evidence From the Global Burden of Disease Study. *JAMA Psychiatry.* 2024;81(4):347-356. doi:10.1001/jamapsychiatry.2023.5051
8. Konac Г, Young KS, Lau J, Barker ED. Comorbidity Between Depression and Anxiety in Adolescents: Bridge Symptoms and Relevance of Risk and Protective Factors. *J Psychopathol Behav Assess.* 2021;43(3):583-596. doi:10.1007/s10862-021-09880-5
9. Fonseca-Pedrero Д, Гіез-Гómez A, Pérez-Albéniz A, et al. Youth screening depression: Validation of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) in a representative sample of adolescents. *Psychiatry Res.* 2023;328:115486. doi:10.1016/j.psychres.2023.115486
10. Casares MÁ, Гіез-Гómez A, Pérez-Albéniz A, Lucas-Molina Б, Fonseca-Pedrero Д. Screening for anxiety in adolescents: Validation of the Generalized Anxiety Disorder Assessment-7 in a representative sample of adolescents. *J Affect Disord.* 2024;354:331-338. doi:10.1016/j.jad.2024.03.047
11. Cummings CM, Caporino NE, Kendall PC. Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychol Bull.* 2014;140(3):816-845. doi:10.1037/a0034733

### References

1. Vsemirnaya organizatsiya zdravookhraneniya. Psikhicheskoe zdorove podrostkov: informatsionnyy byulleten [Adolescent mental health: fact sheet]. 01.09.2025. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health> (data obrashcheniya: 22.11.2025) (In Russian)
2. Zhdanova L.A., Boboshko I.Д., Molkova L.K.. Mediko-sotsialnye aspekty psikhicheskogo zdorovya detey i podrostkov, vozmozhnosti ego okhrany i ukrepleniya [Medico-social aspects of mental health of children and adolescents, possibilities of its protection and strengthening]. *Vestnik IvGMA [Vestnik IvGMA].* 2020;2:11-17 (In Russian)
3. Bulycheva Д.V.. Sovershenstvovanie mediko-sotsialnykh mer po okhrane psikhicheskogo zdorovya podrostkov v sisteme pervichnoy mediko-sanitarnoy pomoshchi (obzor literatury) [Improving medico-social measures to protect adolescent mental health in primary health care (literature review)]. *Menedzher zdravookhraneniya [Menedzher zdravookhraneniya].* 2024;4:102-112. doi:10.21045/1811-0185-2024-4-102-112 (In Russian)

4. Chicherin L.P., Shchepin V.O.. Psikhicheskoe zdorove detey i podrostkov: osnovnye kharakteristiki, nekotorye teoreticheskie aspekty [Mental health of children and adolescents: key characteristics and selected theoretical aspects]. Problemy sotsialnoy gigieny, zdavookhraneniya i istorii meditsiny [Problems of Social Hygiene, Health Care and History of Medicine]. 2024;32(3):377-382. doi:10.32687/0869-866X-2024-32-3-377-382 (In Russian)
5. Stevens GWJM. Editorial: Adolescent mental health in a rapidly changing world. J Child Psychol Psychiatry. 2024;65(12):1551-1553. doi:10.1111/jcpp.14065
6. Hill ED, Kashyap P, Raffanella Д, et al. Prediction of mental health risk in adolescents. Nat Med. 2025;31(6):1840-1846. doi:10.1038/s41591-025-03560-7
7. Kieling B, Buchweitz B, Caye A, et al. Worldwide Prevalence and Disability From Mental Disorders Across Childhood and Adolescence: Evidence From the Global Burden of Disease Study. JAMA Psychiatry. 2024;81(4):347-356. doi:10.1001/jamapsychiatry.2023.5051
8. Konac Г, Young KS, Lau J, Barker ED. Comorbidity Between Depression and Anxiety in Adolescents: Bridge Symptoms and Relevance of Risk and Protective Factors. J Psychopathol Behav Assess. 2021;43(3):583-596. doi:10.1007/s10862-021-09880-5
9. Fonseca-Pedrero Д, Гіез-Гómez A, Pérez-Albéniz A, et al. Youth screening depression: Validation of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) in a representative sample of adolescents. Psychiatry Res. 2023;328:115486. doi:10.1016/j.psychres.2023.115486
10. Casares MÁ, Гіез-Гómez A, Pérez-Albéniz A, Lucas-Molina Б, Fonseca-Pedrero Д. Screening for anxiety in adolescents: Validation of the Generalized Anxiety Disorder Assessment-7 in a representative sample of adolescents. J Affect Disord. 2024;354:331-338. doi:10.1016/j.jad.2024.03.047
11. Cummings CM, Caporino NE, Kendall PC. Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. Psychol Bull. 2014;140(3):816-845. doi:10.1037/a0034733

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Acknowledgments.** The study did not have sponsorship.

**Conflict of interests.** The authors declare no conflict of interest.

#### Сведения об авторах

**Галеев Камиль Ниазович** – врач-психотерапевт, ГАУЗ «Детская городская поликлиника № 4» г. Казани, адрес: 420032, РТ, г. Казань, Кировский район, ул. Лукницкого, д. 4; соискатель кафедры профилактической медицины Института фундаментальной медицины и биологии Казанского

(Приволжского) федерального университета, адрес: 420012, РТ, г. Казань, ул. Карла Маркса, д. 74; e-mail: galeevkamil@mail.ru, ORCID: 0009-0005-2366-2650, SPIN: 3161-2331

**Амачиев Шарапудин Юсупович** – заместитель главного врача по медицинской части, ГАУЗ «Детская городская поликлиника № 4» г. Казани, адрес: 420032, РТ, г. Казань, Кировский район, ул. Лукницкого, д. 4; соискатель кафедры профилактической медицины Института фундаментальной медицины и биологии Казанского (Приволжского) федерального университета, адрес: 420012, РТ, г. Казань, ул. Карла Маркса, д. 74; e-mail: amachiev99@mail.ru, ORCID: 0009-0008-0290-1466, SPIN: 4933-5875

#### **About the authors**

**Galeev Kamil Niazovich** – psychotherapist, Children's City Polyclinic No. 4 (Kazan), address: 4 Luknitskogo St., Kirovsky District, Kazan, Republic of Tatarstan, 420032; applicant (researcher) at the Department of Preventive Medicine, Institute of Fundamental Medicine and Biology, Kazan (Volga Region) Federal University, address: 74 Karl Marx St., Kazan, Republic of Tatarstan, 420012; e-mail: galeevkamil@mail.ru, ORCID: 0009-0005-2366-2650, SPIN: 3161-2331

**Amachiev Sharapudin Yusupovich** – Deputy Chief Medical Officer for Medical Affairs, Children's City Polyclinic No. 4 (Kazan), address: 4 Luknitskogo St., Kirovsky District, Kazan, Republic of Tatarstan, 420032; applicant (researcher) at the Department of Preventive Medicine, Institute of Fundamental Medicine and Biology, Kazan (Volga Region) Federal University, address: 74 Karl Marx St., Kazan, Republic of Tatarstan, 420012; e-mail: amachiev99@mail.ru, ORCID: 0009-0008-0290-1466, SPIN: 4933-5875

Статья получена: 10.01.2026 г.  
Принята к публикации: 25.03.2026 г.