

Современные представления о депрессивных расстройствах настроения в подростковом возрасте и некоторых проблемах их терапии (аналитический обзор)

Н.Е. Кравченко

НЦПЗ РАМН, Москва

РЕЗЮМЕ

В обзоре освещены современные точки зрения на депрессивные состояния подросткового возраста. Показано, что проблема депрессий пубертатного периода сохраняет свою актуальность и в настоящее время. Отмечено, что пубертатные депрессии являются нозологически неспецифичными и, возможно, одними из наиболее частых проявлений психической патологии у подростков. По степени выраженности большая часть их относится к состояниям средней тяжести и лёгким, а среди всего массива аффективной патологии доминируют непсихотические депрессии с субклиническим уровнем аффективных расстройств. Пубертатные депрессии имеют специфические, определяющиеся возрастом феноменологические особенности (в т. ч. «маски» как соматические, так и психопатологические). Развитие депрессивных состояний в части случаев обусловлено эндогенно, может возникать в контексте личностной патологии, в рамках других психических нарушений, оказывающих на клиническую картину пубертатных депрессий свое патопластическое влияние. Аффективные расстройства могут выступать изолированно или (чаще) в сочетании с другими психопатологическими (коморбидными) проявлениями. В формировании этих состояний участвуют разные механизмы (генетические, конституциональные, психогенные, социальные), а их прогноз в большей степени зависит от того в рамках какой нозологии они реализуются, от психологических и личностных составляющих. В обзоре представлены некоторые современные точки зрения на лечение депрессивных состояний пубертатного периода.

Руководитель Цюрихской психиатрической клиники Daniel Hell (1999), оценивая **проблему** депрессии в целом, отмечал, что «каждая эпоха по своему разумению искала собственное объяснение этой человеческой загадки», однако «этот поиск еще не завершен». Угроза заболеть депрессией хо-

тя бы раз в жизни существует для каждой четвертой женщины и для каждого седьмого мужчины. Именно большая распространённость расстройств настроения делает их проблему одной из самых сложных и актуальных в психиатрии. Футурологи даже рассматривают депрессию как болезнь цивилизации, а XXI век называют «веком депрессии». По данным Всемирной организации здравоохранения депрессиями страдает около 5–8 % населения земного шара, в ближайшие 20 лет ожидается рост распространённости этого заболевания, а инвалидизация по причине депрессии к 2020 г. может выйти на второе место среди всех прочих недугов. Симптомы депрессии так часто обнаруживаются, что её иногда называют «простудой в психопатологии» (Mash EJ, Wolf D.A., 2003). А рост численности заболеваний депрессией среди подростков побудил G.L. Klerman (2003) назвать XX век «веком молодежной меланхолии».

Распространённость депрессий связывают как с постарением населения, с увеличением количества разнообразных социальных стрессогенных событий, провоцирующих развитие депрессии (М.С. Павлова и др., 2003; Н.А. Мазаева и др., 2004; Д.Ю. Вельтишев, 2006; Н.М. Иовчук, А.А. Северный, 2007; Carson и соавт, 2004), так и с более полным выявлением аффективных нарушений и совершенствованием представлений о расстройствах депрессивного круга, особенно принадлежащих к его «мягкому» полюсу – таких как субсиндромальные и маскированные формы (А.Б. Смулевич, 2003, 2006; В.Г. Ротштейн и др., 1997; N. Sartorius, 2003). По данным ранее проведенных исследований (G. Klerman, M. Weissmann, 1989; цит. по N. Sartorius, 2003), имеет место изменение природы психических расстройств, что, кроме прочего, выражается в увеличении распространённости депрессивных состояний. Существует точка зрения, согласно которой увеличение показателей распространённости депрессий отчасти обусловлено постепенным расширением понятия «психическое заболевание», причём «этот процесс происходит стихийно и опережает его научное осмысление» (В.Г. Ротштейн и др., 1997). G.L. Klerman (1988), говоря о изменении эпидемиологии депрессий после Второй мировой войны, отмечает: 1) увеличение доли больных депрессией в поколении недавно рожденных людей и 2) значительный сдвиг возникновения депрессивных симптомов в сторону более раннего возраста. При этом рост депрессивных состояний в основном происходит за счёт непсихотических форм (Л.С. Лобачева, 2005). Важным фактором, объясняющим увеличение случаев депрессии среди подростков Fombonne (1995), считает отмечающееся в настоящее время более раннее половое созревание.

По мнению многих современных исследователей, депрессия во все большей степени поражает подростков, у которых депрессивные расстройства становятся одной из наиболее часто встречающихся форм психической патологии (Weissman et al., 1999; L. Mufson и соавт., 2003; S. Collishaw и соавт., 2004; В.А. Гурьева и др., 2005, Н.М. Иовчук, А.А. Северный, 1999). Согласно J. Angst с соавт., 1984 (цит. по Г.П. Пантелеевой, 1999) распространённость депрессии в популяции юношей составляет от 15 до 40 %. Во многих публикациях (Fombonne, 1995; Н.М. Иовчук, Г.З. Батыгина, 1998, V. Covacs, B. Devlin, 1998; Н.М. Иовчук, А.А. Северный, 2007) отмечено неуклонное увеличение распространённости как тяжёлых, так и неглубоких депрессивных расстройств среди детей и подростков на протяжении последних десятилетий. Согласно данным недавно проведённого в Европе исследования (ЕБВ, 2003), 8 % всех девушек и 2 % всех юношей в возрасте 16 лет отвеча-

ли критериям тяжёлой депрессии, в то время как депрессией средней степени страдало уже большее число подростков – 14 % девушек и около 5 % юношей. По данным М.М. Weissman и соавт., (1999) 4 % лиц в возрасте от 12 до 17 лет и 9 % лиц – до 18 лет страдают депрессией. В статье А. J. Oldehinkel и соавт. (1999) приводятся результаты проспективного лонгитудинального исследования распространённости, заболеваемости, особенностей изменения и стабильности депрессивных расстройств в популяционной выборке, состоящей из 1228 подростков, которым в начале исследования было 14–17 лет. Анализировались данные в начале и в конце (20 месяцев спустя) исследования. Общая кумулятивная заболеваемость в течение прожитой жизни каким-либо депрессивным расстройством составила 22,0 % (большим депрессивным расстройством – 12,2 %; дистимией – 3,5 %; подпороговым большим депрессивным расстройством – 6,3 %), одна треть пришлась на новые случаи депрессии, развившейся в течение изучаемого периода. Отмечено, что наихудшим был исход дистимии с показателем полной ремиссии только 33 % по сравнению с 43 % – при большой депрессии и 54 % – при подпороговой большой депрессии. Авторы пришли к заключению, что большое депрессивное расстройство и дистимия, диагностируемые в соответствии с критериями DSM-IV, редко развиваются до 13 лет, но часто возникают в подростковом возрасте, по приближительным подсчётам показатель кумулятивной заболеваемости в течение жизни составляет 14 %. Согласно М.В. Keller с соавт., средний возраст больных к началу депрессии – 14 лет (1988). По мнению W.M. Reynolds и H.F. Johnston (1994) 10–20 % подростков могут испытывать серьёзные депрессивные расстройства, однако нередко они остаются нераспознанными. P.M. Levinson и соавт., 1996 (цит. по R.C. Carson, J.N. Butcher, S. Mineka, 2004), обследовавшие 1710 старшеклассников, нашли, что распространённость подобного рода нарушений на протяжении прожитой жизни составляла 20,4 %, а на момент осмотра депрессия была выявлена у 2,9 % подростков. Приведённые цифры свидетельствуют о возрастании частоты депрессивных, в частности не-психотических, расстройств у детей и подростков в последние десятилетия.

Однако еще не так давно высказывались серьёзные сомнения относительно **возможности развития депрессии** в детско-подростковом возрасте. Считается (E.J. Mash, D.A. Wolf, 2003; L. Mufson и соавт., 2003), что в основе этого заблуждения лежали традиционные психоаналитические теории, рассматривающие депрессию как следствие превращения агрессивного инстинкта в депрессивный аффект: депрессия возникает в результате потери объекта любви, эта потеря может быть реальной – в случае смерти родителя, или символической, как результат эмоциональной потери, отверженности или недостаточного родительского внимания. Любовь по отношению к утраченному объекту обращается в гнев, направленный против самого себя. Поскольку у детей и подростков ещё до конца не сформировано суперэго, они не способны переживать депрессию, т. к. враждебность, направленная против внутренних образов разочаровавших их объектов любви, не вызывает чувства вины и обращение агрессии против самих себя. С другой стороны, нередко симптомами депрессии, суицидальные размышления рассматривались как нормальные и временные проявления, присущие определённым стадиям развития, предполагалось, что все подростки проходят период депрессии, потому что они переживают конфликты внутри себя и в отношениях с окружающими.

S. Hall (1904, цит. по L. Mufson и соавт., 2003) был убежден, что все обычные подростки испытывают резкие перепады настроения и самочувствия, но это – не признаки психопатологии. Однако клиническая практика показала, что депрессивные состояния в детском и подростковом возрасте не являются редкостью. Выраженные перепады настроения, социальная отстранённость, когнитивные искажения и конфликты с ровесниками и семьёй отнюдь не обязательны и типичны для подростков, а скорее указывают на психическое нездоровье (D. Offer, 1969; M. Rutter и соавт., 1976, L. Mufson и соавт., 2003).

В 1976 году была опубликована эпидемиологическая работа М. Rutter с коллегами, исследовавших 2303 детей в препубертатном возрасте (10–11 лет) и несколькими годами позже тех же детей уже подростками. Авторы выявили, что у 13 % из них обнаруживалось подавленное настроение, а 9 % были «озабочены депрессивными темами». В последующем, в 14–15 лет, уже 40 % признались в депрессивных переживаниях, 20 % – выразили идеи самоуничтожения, а 7–8 % – суицидальные чувства. С возрастом (от детского – к подростковому) склонность к развитию депрессии увеличивается. Подобные тенденции – увеличение числа депрессивных состояний с возрастом и резкий скачок показателей распространённости депрессивных расстройств после периода полового созревания – отмечаются многими исследователями (Rutter соавт., 1976; Kaplan и соавт. 1984; Ryan и соавт., 1986; D. Offord и соавт., 1987; Meltzer и соавт. 2000). С возрастом также изменяется и гендерная пропорция. Считается, что до периода полового созревания соотношение страдающих депрессией мальчиков и девочек одинаково, а в подростковом возрасте начинают преобладать девочки (L. Mufson и соавт., 2003; Fleming и соавт., 1989; Г.Э. Тротт и др., 1994). Двукратное преобладание мальчиков среди госпитализированных депрессивных пациентов детского и препубертатного возраста отмечено в недавно опубликованной работе Т.И. Ивановой (2007). Тем не менее, согласно эпидемиологическим исследованиям начала 80-х годов среди депрессивных больных не препубертатного, а юношеского возраста отмечался перевес в сторону лиц мужского пола, особенно в случаях маскированных не-психотических депрессий (J. Angst и соавт., 1984). Таким образом, можно видеть, что заболеваемость депрессиями увеличивается с возрастом – от детского к юношескому, но единой точки зрения на гендерное соотношение в разных возрастных группах не сформировано.

Депрессивные расстройства детского и подросткового возраста представляют одну из сложнейших медицинских проблем также ввиду тяжёлых социальных последствий, к числу которых относятся самоубийства, насилие, наркомания и поведенческие девиации (И.А. Козлова, А.В. Горюнов, 2006; Н.М. Иовчук, Г.З. Батыгина, 1998; Н.М. Иовчук, А.А. Северный, 2007; М.М. Weissman и соавт., 1999; E. Fombonne и соавт., 2001; S. Collishaw и соавт., 2004). В первую очередь депрессивные состояния в подростковом и юношеском возрасте сопряжены с **суицидальным поведением** (А.Г. Амбрумова, Е.М. Вроно, 1983; Ю.В. Синягин, Н.Ю. Синягина, 2006; Е.С. Крылова, А.А. Бебуришвили, 2007; Marcelli, 1998; Christodoulou, 2002; Akiskal и соавт., 1989, E. Fombonne и соавт., 1998, 2001; G.M. McClure, 2001). Проблема самоубийств среди молодежи чрезвычайно актуальна во многих странах, т. к. суицид является третьей или четвёртой по значимости причиной смерти среди молодых людей (ВОЗ, 2001.). D. Wasserman с коллегами изуча-

ла (2005) показатели самоубийств в группе подростков в возрасте 15–19 лет в разных странах мира с использованием сведений, взятых из базы данных о смертности Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). В 90 изученных странах самоубийство занимало четвертое место в перечне причин смерти среди подростков мужского пола и третье – среди женского. В 13 странах показатели самоубийств в 1,5 раза и более превышали средний, среди них Шри-Ланка с самым высоким показателем, далее – Литва, Россия и Казахстан. В 24 странах, в т. ч. Норвегия, Канада, Латвия, Австрия, Финляндия, Бельгия и США, показатели были выше среднего, но не более чем в 1,5 раза.

Повышенная опасность осуществления суицидальных тенденций, зачастую несоразмерных выраженности депрессивного аффекта, связана с низким суицидальным порогом и недостаточной психосоциальной зрелостью (М.Я. Цуцельковская и соавт., 2003). Высокую вероятность реализации суицидальных намерений Ю.Л. Нуллер, И.Н. Михаленко (1988) объясняют несформированностью «антисуицидального барьера» на фоне уже возможного в этом возрасте отчётливого депрессивного мироощущения. По мнению А.Г. Амбрумовой и Е.М. Вроно (1983) у подростков сформировавшийся уже страх смерти еще не базируется на осознанном представлении о ценности жизни. А у неустойчивых, акцентуированных и возбудимых личностей, когда суициду предшествует депрессия, страх смерти отсутствует (А.Г. Амбрумова, Е.М. Вроно, 1983). Подростки глубиной своего отчаяния, чувством безнадежности и склонностью к самоубийству уже сопоставимы со взрослыми (J. Vemporad, K.W. Lee, 1988, цит. по L. Mufson, 2003). Согласно некоторым эпидемиологическим исследованиям (Levinson и соавт., 1994, цит. по Carson и соавт., 2004), 1,7 % подростков в возрасте от 14 до 18 лет пытались совершить самоубийство. А в последние годы среди подростков стремительно растёт число суицидов, связанных с депрессией (E.J. Mash, D.A. Wolf, 2003; G.N. Christodoulou 2002; R. Carson и соавт., 2004; А.И. Подольский и соавт., 2004). Сербские исследователи И. Пурич-Пейакович и И. Дуньич Душан (2000) также подчеркивают, что значительное число самоубийств совершается именно подростками с психическими расстройствами, первое место среди которых занимают страдающие депрессией. По данным Ю.Б. Хмелевой и Ю.В. Дроздовского (2002), у 15 % детей и подростков в возрасте от 8 до 18 лет, совершивших суицидальную попытку, были выявлены депрессивные реакции и состояния. В некоторых работах этот показатель достигает 25 % для юношей и 14 % для подростков женского пола (А.Н. Корнетов, 2001). Половина суицидентов детского и подросткового возраста предпринимают повторную попытку самоубийства (Т. Ivarsson и соавт., 1998). Т.И. Иванова (2007), исследуя суицидальное поведение стационарированных по поводу депрессивных расстройств настроения детей препубертатного возраста, выявила суицидальные тенденции почти у четверти (22,08 %) из них. Автором отмечено, что суицидальному риску при депрессивных расстройствах настроения подвержены преимущественно мальчики с депрессиями невротической природы.

Согласно данным недавно проведенного исследования И.О. Калачевой и соавт. (2006), показатели смертности от самоубийства в РФ представляют довольно значимые величины в возрастных группах 10–14 лет и 15–19 лет, при этом они выше в 6 раз в группе 15–19 лет у лиц обоего пола по сравнению с 10–14-летними. Установлена существенная роль в

формировании суицидального поведения психогенных факторов (ранняя психическая депривация, микросоциальная запущенность), приводящих к депрессивным расстройствам и патологическому формированию личности. В развитии суицидального поведения у девушек дополнительными факторами риска являются склонность к депрессии и личностные особенности (истерические, эксплозивные, неустойчивые, наличие психического инфантилизма). В интересной работе S. Tiano и соавт. (2005) желание умереть и желание совершить самоубийство у подростка рассматриваются как два разных феномена. Суицидальные мысли у подростков, по мнению авторов, могут появляться вместе с развитием эго-структуры. Желание же умереть заложено в конституциональную депрессивную структуру в результате ранней эмоциональной депривации со стороны матери. Поэтому внешне одинаковое суицидальное поведение может быть основано на двух принципиально разных психологических механизмах из чего следует необходимость дифференциации психотерапевтической помощи таким подросткам. Вместе с тем депрессивные состояния часто оказываются своевременно не распознанными, так по данным М.Г. Усова (1997), почти одна пятая часть подростков с депрессией совершают суицидальные попытки на догоспитальном этапе. Суицидальное поведение нередко служит первым признаком, который привлекает внимание к психическому состоянию подростка (Ю.Л. Нуллер, И.Н. Михаленко, 1988).

Выявление депрессивных состояний у подростков составляет важную и до настоящего времени ещё не решённую проблему (Н.М. Иовчук, Г.З. Батыгина, 1998; Н.М. Иовчук А.А. Северный, 2007). Трудность своевременной диагностики зачастую бывает обусловлена недостаточной синдромологической очерченностью депрессивных состояний в этом возрастном периоде. В пубертатной фазе, когда «рушатся относительное совершенство и гармония детства» и происходит «расширение эмоционального горизонта» (П.Б. Ганнушкин), отмечается склонность к **беспричинным колебаниям настроения**. Согласно Р. Tyson и R. Tyson (1990), свойственная подросткам «аффективная подвижность» указывает на нарушение психического равновесия и характеризует процесс психологического развития в этом возрастном интервале. Однако стёртая аффективная симптоматика может скрываться под «маской» пубертатных проявлений, создавая дополнительные диагностические трудности. Подспудное изменение аффективного фона обычно приводит к усилению эмоциональной лабильности и снижению порога эмоциональной выносливости с готовностью к кратковременным ситуационно провоцированным эпизодам сниженного настроения (Н.Е. Кравченко, 2005). Предполагается, что наряду с клинически очерченными эпизодами часть неглубоких депрессий – чисто психологические реакции, (В.А. Точилор, 1999; А.В. Курпатов, 2003; А. Подольский и др., 2004; E. Furman, 1992; E.J. Mash, D.A. Wolf., 2003). Момент, в который нарушение настроения становится диагностируемым расстройством, – вопрос клинической оценки, но критерии для такой оценки недостаточно точны, чтобы привести различных клиницистов к единому мнению (E. Furman, 1992; R. Carson и др., 2004; L. Maufson, 2003; E.J. Mash, D.A. Wolf, 2003).

О **градации** депрессивных расстройств от грустного настроения до глубокой депрессии при отсутствии жестких границ между нормой и патологией говорилось ранее в работах J. Angst и др. (1984). Но до настоящего времени, по-прежнему, активно продолжают обсуждаться вопросы о том, существуют

ли плавные переходы между сниженным настроением как естественной психологической реакцией и клиническими депрессивными расстройствами и как их квалифицировать (L. Bloschl, 2003; R. Carson и соавт., 2004; W.A. Grove., N.S. Andreasen, 1992; A. Подольский и др., 2004; E.J. Mash, D.A. Wolf, 2003; H.M. van Praag, 2005). Аффективные проявления составляют континуальный ряд, на одном полюсе которого находятся большие психозы, на другом – состояния, «квалификация которых оказывается весьма затруднительной, а патологическая природа – спорной» (В.Г. Ротштейн и др., 1997). В Руководстве R. Carson с коллегами (2004) отмечено, что «нормальные» депрессии, возникшие как результат недавнего стресса, следует считать расстройствами приспособления, но не расстройствами настроения. E.J. Mash и D.A. Wolf (2003) полагают, что зачастую у детей и подростков депрессивные симптомы могут быть временными, обусловленными событиями повседневной жизни, а не являться следствием какого-либо расстройства. По мнению авторов, термин «депрессия» используется для описания разных понятий и важно различать депрессивный симптом, депрессивный синдром и депрессивное расстройство. Депрессивный синдром – это состояние гораздо более серьёзное, чем просто печальное настроение (депрессивный симптом) и представляет собой гораздо менее распространённое явление, чем отдельные депрессивные симптомы. Этот синдром может сочетаться с другими расстройствами (например, синдромом гиперактивности и дефицита внимания). Иногда он может возникнуть вследствие некоторых жизненных событий (потери близкого человека). Однако переживание горя рассматривается как клинический синдром только в случае, если депрессивные симптомы имеют глубокий и длительный характер, далеко выходя за рамки допустимых норм. Депрессивное расстройство включает в себя депрессивный синдром, продолжительный во времени и вызывающий значительную дезадаптацию.

В педопсихиатрии A. Bracconnier (1996) и D. Marcelli (1998) среди депрессивных проявлений, располагающихся в виде определённого континуума от нормы до патологии, описывают грусть и угрюмость как достаточно частые аффективные симптомы подросткового возраста, а также выделяют «тревожно-депрессивный кризис». Он представлен сочетанием тревожных и грустных мыслей, ему могут сопутствовать нарушения сна, снижение аппетита или приступы булимии. «Кризис» имеет исключительное значение в качестве ориентира, потому что именно в момент его развития можно фиксировать патологию. В современных работах часто используется понятие «**депрессивность**», которое обычно подразумевает континуум настроения, на одном полюсе которого – клиническая депрессия, а на другом – ровный аффективный фон. Между этими двумя полюсами – переходящие уровни депрессивности – пониженное настроение с пессимизмом, снижением общей активности, не соответствующие, согласно МКБ-10, критериям клинической депрессии, но приводящие к социальной дисфункции, увеличению вероятности соматических недугов и ухудшению качества жизни (Л. Шинкарева и др., 2004; А. Подольский и др., 2004; D. Marcelli, 1998; Д. Гоштаутас, А. Шинкарева и др., 2004). Депрессивный аффект как таковой представляет собой одну из форм эмоционального реагирования, отличаясь от естественных эмоций значительно большей продолжительностью, интенсивностью и суицидальным риском (В.Н. Синицкий, 1986). В психологии термин «депрессия» относится к классу психиче-

ских состояний, проявляющихся в качестве эмоционального фона психической жизни индивида.

По мнению профессора A. Kempinski (2002), настроение можно определить как субъективное ощущение жизненной активности, а изменение настроения является субъективным отражением всего того, что происходит внутри организма и в его отношениях с окружающим, поэтому попытки отделить настроение от эмоций являются заведомо надуманными. А. Подольский и др. (2004) справедливо подчёркивают, что клинически депрессия всегда реализуется в неразрывном единстве психических и соматических изменений, имеющих определённую динамику на разных этапах развития болезни, в некоторых случаях нарушения в соматической сфере даже могут опережать психопатологическую симптоматику или же выступать на первый план в картине депрессии. Исползование же термина «депрессивность», по их мнению, подразумевает акцент на психологической составляющей изучаемого феномена в тех случаях, когда границы диагностических концепций оказываются недостаточно чёткими, и нет жёсткого разделения между нормой и патологией, собственно депрессивное настроение квалифицируется как сигнал эмоционального неблагополучия подростка, само, по себе не являясь, однако однозначным симптомом болезни.

Преобладающими среди депрессивных состояний оказываются именно стёртые **непсихотические формы**, при этом большая их часть наблюдается в амбулаторной и поликлинической практике или вообще не попадает в поле зрения психиатров и лечится врачами общей практики (В.Г. Остроглазов, 1988; Y. Lescruiber, 1993; А.Б. Смулевич, Э.Б. Дубницкая, 1999; А.Б. Смулевич, 2003; В.А. Точилов, 1999; Н.А. Мазаева, Н.Е. Кравченко, 2006). В клинической психиатрии депрессивный эпизод, не достигающий степени развёрнутого (по МКБ-10), принято обозначать как **субсиндромальный** (L. Judd, 1994; D. Pine, 1999; Г.Г. Симуткин, 2002; А.Б. Смулевич, 2000). Современными авторами также используется понятие «субпороговые депрессии» (M. Bayer и соавт., 2002), объединяющее группу аффективных состояний, которые ни по числу симптомов, ни по продолжительности, согласно критериям DSM-IV, нельзя определить как большое депрессивное расстройство (БДР). При этом выделяют депрессивный эпизод лёгкой степени тяжести (минидепрессия), рекуррентное короткое депрессивное расстройство и субсиндромальные депрессии. В DSM-IV и МКБ-10 эти расстройства кодируются как депрессивные расстройства без дополнительных указаний. Но существуют ещё более трудно различимые симптомы аффективной стигматизации. Так, Г.Г. Симуткин (2002, 2001), изучая сезонные аффективные расстройства в популяции, выделил категорию лиц «проявляющих психологическую ундуляцию восприятия времён года» и занимающих промежуточное положение между здоровыми и страдающими субсиндромальным сезонным аффективным расстройством. Стёртые сезонные фазы могут выявляться также у детей и подростков. Но принято считать, что у детей сезонное аффективное расстройство скрывается под разнообразными «масками», имитирующими соматическую патологию, а в пубертатном возрасте сезонные фазы имеют клинически более чёткие проявления (М.М. Буркин, М.С. Карашурова 2006). В работе О.В. Дубровской и В.И. Власенко (2003) отмечено, что даже среди практически здоровых подростков выявляются признаки сниженного эмоционального тонуса, энергичности, с медленным протеканием психических функций, раздражительностью, наличием суици-

дальных размышлений и нерезко подавленного настроения. Регистрировать субклинические депрессивные проявления, по мнению H.S. Akiskal (1983), очень важно, т. к. они представляют собой фактор риска для проявления в последующем клинически диагностируемого депрессивного расстройства, что подтверждено результатами проспективных исследований (Lewinsohn P.M. et al., 1988; Akiskal H.S., 1991). Предикторная функция субклинических депрессивных тенденций для возникновения в зрелом возрасте очерченных депрессивных эпизодов определена также в работах E. Horwath et al. (1994) и D. Pine et al. (1999). Эти исследования, по существу, подтверждают наблюдения Э. Крепелина (1923), что аффективные расстройства вначале могут быть невыраженными, проявляясь в виде лёгких мало заметных колебаний настроения, продолжающихся в течение нескольких лет до тех пор, пока не сформируется развёрнутый депрессивный синдром. Таким образом, дифференциация доклинических проявлений пубертатной депрессии и свойственной подросткам эмоциональной лабильности, своевременная фиксация признаков риска последующего развития аффективного заболевания представляется сложной и до конца не решённой проблемой.

Согласно клиническим данным, пубертатные депрессии чаще представлены состояниями, не достигающими степени тяжёлых эпизодов (J. Angst и соавт., 1984; ЕБВ, 2003; М.Я. Цуцельковская и др., 2003; Н.А. Мазаева, Н.Е. Кравченко, 2006), значительное число среди них остаются **нераспознанными** (Н.М. Иовчук, А.А. Северный, 1999). Наибольшие затруднения в диагностике и нозологической оценке вызывают относительно неглубокие депрессивные состояния, ограничивающиеся аффективным, невротическим и психопатоподобным регистрами (И.В. Олейчик и др., 2000, М.Я. Цуцельковская и др., 2005). По данным М.М. Кабанова (2001) частота нераспознанных депрессий варьирует от 20 до 80 %. Депрессивные расстройства непсихотического уровня у подростков, как правило, характеризуются протрагированным, порой многолетним течением, нередко сопровождаемая выраженной в большей или меньшей степени когнитивной дисфункцией. Когнитивная несостоятельность, зачастую маскируя собственно аффективную составляющую синдрома, вносит дополнительные трудности в вопросы диагностики и лечения этих состояний, особенно если речь идёт о субклиническом уровне аффективных нарушений (Н.А. Мазаева, Н.Е. Кравченко, 2006). Проводившиеся в последние годы сотрудниками отдела по изучению проблем подростковой психиатрии НЦПЗ РАМН исследования показали, что депрессивные расстройства субсиндромального уровня среди наблюдающихся в ПНД подростков встречаются наряду с клинически и нозологически определёнными непсихотическими депрессиями. На их долю приходится почти треть непсихотической аффективной патологии у обследованных подростков. Наиболее обоснованным представляется рассматривать эти состояния в контексте «аффективного дисбаланса», выступающего в процессе своеобразной пубертатной личностной динамики у лиц с особой наследственной конституцией и отягощённостью стёртыми психическими расстройствами (Н.А. Мазаева, Н.Е. Кравченко, 2006; Н.Е. Кравченко, Е.И. Иванова, 2006).

По данным Н.М. Иовчук, Г.З. Батыгиной (1999) в популяции старших школьников депрессивные расстройства также представлены преимущественно в стёртой форме и выявляются у 19 %. Депрессивные расстройства, не столь типичные для препубертата, значительно учащаются у подростков. В работе J.P. McCullough (2003) указывается, что зачастую

пациенты с ранними непсихотическими хроническими депрессиями впервые начинают переживать это состояние в возрасте около 15 лет.

Депрессии пубертатного периода представляют собой группу состояний **различной природы**. В подростковом возрасте аффективный «уровень реагирования» (В.В. Ковалёв) является преимущественным, поэтому депрессивные состояния оказываются наиболее частым клиническим выражением любых психических заболеваний, особенно их начальной стадии (В.А. Гурьева и др., 2001). Некоторые авторы считают, что среди непсихотических депрессий детского и подросткового возраста преобладают психогенно-реактивные и соматогенные депрессивные состояния (Ф.И. Фрайслендер, Г.Э. Тротт, 1994). По мнению профессора В.А. Точилова (1999), у большинства депрессивных больных эндогенные и невротические черты сосуществуют и более справедливо говорить о континууме переходных по происхождению форм. Трудность дифференциальной диагностики этих состояний обусловлена неопределённостью их нозологической принадлежности, и, нередко, нечёткой синдромологической очерченностью.

L. Mufson и соавт. (2003) ставят вопрос о правомерности изучения подростковой депрессии с использованием критериев диагностики депрессии у взрослых, полагая, что некоторые детские и подростковые депрессии упускаются из виду из-за того, что для них не разработано подходящих критериев. Многие авторы отрицают какие либо **специфические особенности** подростковых и юношеских депрессий, считая их схожими с депрессиями взрослых (Г.Э. Тротт и др., 1994). В относительно недавней работе В.П. Лекомцев и др. (2000) приходят к выводу, что, несмотря на феноменологическое своеобразие депрессий у подростков, типологически они всё же вполне сопоставимы с депрессиями у взрослых, и выделяют 9 вариантов, основываясь на ведущем синдроме. G.N. Christodoulou (2002) подчёркивает, что диагностические критерии депрессии у детей и взрослых во многом схожи, но у детей при этом заболевании чаще наблюдаются дополнительные атипичные симптомы: скука, тревожность, нарушения сна, раздражительность, дисфория. Автор отмечает, что, кроме того, депрессия у детей и подростков нередко сочетается с тревожными расстройствами, асоциальным поведением, синдромом нарушения внимания с гиперактивностью, неуспеваемостью и боязнью школы, что затрудняет их диагностику. Согласно исследованиям Ю.Л. Нуллера и И.Н. Михаленко (1988), депрессивные состояния у подростков 10–15 лет выражаются характерной триадой, но с некоторыми особенностями (чувство тоски сопровождается дисфорическими проявлениями, типично обилие соматовегетативных расстройств). По мнению L. Mufson et al. (2003), сходные с депрессией взрослых признаки включают негативное представление о себе, подавленное настроение, нарушения сна и аппетита, склонность к суициду и трудности в профессиональной и учебной деятельности из-за плохой концентрации внимания. Подростковую депрессию от взрослой отличает отсутствие равнодушия к радостям жизни, повышенная реакция на внешние ситуации или источники стресса, раздражительность. О.П. Вертоградова и др. (1987) полагают, что возрастная специфика депрессивных состояний в пубертатном возрасте прежде проявляется в относительной частоте (возрастной предпочтительности) ипохондрических расстройств (сенестопатических, фобических, сверхценных), а также дисморфобических (дисморфоманических) проявлений. К специфическим признакам пубертатных депрессий нередко относят частые поведенческие

нарушения и реакции (Д.Н. Исаев, 2001; В. Козидубова, 1993; А.Е. Личко, 1985), соматовегетативные, деперсонализационные и ипохондрические синдромы (Г.Е. Сухарева, 1974; Ю.Л. Нуллер, Н.И. Михаленко, 1988; А.А. Северный и др., 1999; В.А. Гурьева, 2001). Отсутствие классической аффективной триады с доминированием дисфорически окрашенных состояний, астенических расстройств и специфических идеаторных нарушений при малой выраженности моторного компонента, по мнению многих исследователей (Г.Е. Сухарева, 1974; И.Л. Комлач, 1986; О.Д. Озерецковский, 1990), определяет своеобразие подростковых депрессий. В формировании картины депрессии в равной степени участвуют проявления пубертатного криза, признаки начавшегося заболевания и особенности преморбидной личности больного (М.Я. Цуцельковская и др., 2003; Г.И. Копейко, 1999; И.В. Олейчик и др., 2000). На близость депрессивных эпизодов к проявлениям пубертатного периода указывают многие авторы (М. Covacs, B. Devlin, 1998; Н.М. Иовчук, Г.З. Батыгина, 1998). По мнению профессора А. Kempinski (2002), депрессии в этом периоде жизни возникают «даже чаще, чем в инволюции» и имеют иную, по сравнению со взрослыми психопатологическую картину, а «в диапазоне настроений обнаруживается большой размах». Зачастую депрессия воспринимается молодыми людьми и их окружением не как болезнь, а как «причуды» или недостатки характера. К наиболее распространенным типам юношеских депрессий он относит варианты: с «безразличием и апатией», облеченные в «форму бунта», «форму покорности», а также депрессивные состояния в виде лабильности настроения. Элементы этих различных типов часто проявляются одновременно, и их разделение имеет значение только «для общей ориентации». По мнению А. Kempinski (2002), «часть их проходит бесследно по мере достижения большей возрастной устойчивости, а часть переходит в открытые формы шизофрении или циклофрении».

Изучение популяции больных юношескими эндогенными депрессиями, позволило выделить ряд интернозологических признаков, обусловленных патопластическим влиянием возраста (М.Я. Цуцельковская и др., 2003, 2005; Т.В. Владимирова, 1986; Г.И. Копейко, 1999; И.В. Олейчик и др., 2000; Е.С. Крылова, 2004; А.М. Этингоф, 2004), к которым были отнесены: своеобразие соотношения элементов депрессивной триады (невыраженность витального компонента, большой удельный вес идеаторных нарушений с явлениями «ювенильной астенической несостоятельности»), нестабильность аффекта с многократной сменой его на протяжении приступа, специфическое юношеское содержание депрессивных сверхценных образований (в виде дисморфобического симптомокомплекса или феномена «метафизической интоксикации»), выраженные колебания сосудистого тонуса, как проявление соматовегетативного компонента синдрома, затяжной характер течения аффективного эпизода, размытость временных границ состояния и волнообразность клинических проявлений. Таким образом, общие клинические особенности пубертатных депрессий, отмеченные в публикациях старых авторов (М.О. Гуревич, 1932; Н.И. Озерецкий, 1938; Г.Е. Сухарева, 1955; и др.) нашли подтверждение и в исследованиях последних лет.

Отечественная классификация депрессий всегда базировалась на традиционных нозологических представлениях об эндогенных и экзогенных (в том числе психогенных) депрессиях, имеющих разный патогенез. Широко используется систематика аффективных расстройств на основе **синдромального**

подхода, в которой, в зависимости от преобладания тех или иных компонентов в структуре состояния, депрессии подразделяются на простые и сложные, а также дифференцируются по клинической картине ведущего симптомокомплекса (А.С. Тиганов, 1997, 1999). При этом синдром оценивается как своеобразная интеграция предшествующего течения болезни и содержит в себе информацию о нозологии и дальнейшем развитии заболевания, умение расшифровать которую подразумевает высокое клиническое мастерство (А.В. Снежневский, 2004; А.С. Тиганов, 2001). При аффективной патологии у детей и подростков желательнее использовать именно синдромальный диагноз в связи с чрезвычайной сложностью нозологической диагностики (В.М. Башина, 1999; И.А. Козлова, А.В. Горюнов, 2006; G. Nissen, 1986). В МКБ-10 депрессивные состояния классифицируются по степени тяжести и течению, наличию/отсутствию соматических (витальных по МКБ) симптомов. Отечественными исследователями (Г.П. Пантелеева, 1999; А.С. Тиганов и др., 2003), подчеркивается, что в МКБ-10 аффективные расстройства «растворены» в сборной группе «расстройств настроения», не позволяющей решить проблему нозологической сущности и клинической специфичности состояния. Так, циклотимия, нозологическая самостоятельность которой является спорной, обозначается отдельной рубрикой, в эту же рубрику (F-34.0) включены и конституциональные личностные свойства со склонностью к нестабильности настроения, объединяемые понятием циклоидной личности. В качестве отдельной рубрики в МКБ-10 приведена являющаяся синдромальным, а не нозологическим понятием «маскированная депрессия». Дистимия, объединяющая пролонгированные непсихотические и не достигающие степени развёрнутого эпизода депрессии, длящиеся более 2 лет (депрессии истощения P. Kielholz, эндореактивная дистимия H. Weitbrecht, характерологическая H.S. Akiskal, самоистязающая K. Leonhard депрессии, невротические депрессии, а также другие хронические депрессии и депрессивное расстройство личности) представлена в МКБ-10 нозологически самостоятельным заболеванием. P. Casey и соавт. (2001) находят, что в связи с недостаточной гибкостью диагностических указаний и критериев МКБ-10 и DSM-IV происходит вытеснение диагноза «расстройства адаптации» и чрезмерное расширение понятия депрессии, куда недостаточно обоснованно включают преходящие депрессивные реакции на психотравмирующие события. Диагностические инструменты неизбежно отражают недостатки классификаций, и эта проблема в особенности касается расстройства адаптации и аффективных расстройств. Значение диагноза «расстройства адаптации», утверждают авторы, заключается в выявлении лиц, не нуждающихся в лечении, в отличие от пациентов с аналогичными симптомами, которые нуждаются в специальных вмешательствах и получают пользу от них. По мнению авторов работы, психиатры должны понимать, что диагностические критерии и рекомендации DSM-IV и МКБ-10 «не являются совершенными и не предназначены для того, чтобы их применяли таким же образом, как книгу кулинарных рецептов». Хотя составителями классификации МКБ-10, пишет Н.М. van Praag (2005), была предпринята попытка разграничить понятия «случай депрессии» (патологическое состояние) и «плохое настроение» (психологическая реакция на проблемы), она не совсем удалась. Депрессиям часто предшествуют психотравмирующие события, вызывающие стресс. Однако патогенетический вес стресса до сих пор не достаточно ясен, а граница между плохим настроением

нием и клинической депрессией неопределена, причём основная сложность заключается «не столько в дефиниции случая депрессии, сколько в дефиниции «неслучая». Как подчёркивает С.Ю. Циркин (2005), в психопатологии бывает чрезвычайно трудно однозначно оценить феномен, а разделение симптомокомплекса на составляющие компоненты возможно лишь с известной долей условности.

В научной литературе широко обсуждается психопатологическая основа депрессивного аффекта. **Базовыми составляющими** депрессивного состояния могут выступать «дефицит витальных побуждений» (К. Шнайдер, 1959) «апатия, понимаемая как неспособность воспринимать и действовать» (А.С. Тиганов, 1997), модальность (тоска, тревога или апатия) аффекта (О.П. Вертоградова, 1980). Обобщенные J. Angst в 1987 г. (цит. по D. Hell) результаты транскультуральных исследований группы ВОЗ, позволили выделить основные (ядерные) депрессивные переживания, сходные у всех народов. Это чувство заторможенности или тяжести и ощущение замедленного течения времени. В последнее время была предложена оригинальная психопатологическая концепция о двухкомпонентной структуре депрессивного аффекта, включающая негативные, позитивные и искаженные феномены (С.Ю. Циркин, 2002, 2005), согласно которой облигатным признаком для депрессии является лишь ангедония, хотя сам по себе депрессивный аффект мультимодален (При эндогенных состояниях ангедония является первичным негативным феноменом, в ответ на появление которого возникает психологическая реакция, представляющая собой вторичный позитивный симптом (печаль, грусть или тоска). При реактивных депрессиях также выявляется ангедония, возникающая как реакция на утрату, но это вторичная ангедония, которая в дальнейшем редуцируется по мере угасания печали. В эндореактивных депрессиях, развивающихся у предрасположенных к депрессиям лиц, вначале имеет место вторичная ангедония, отличающаяся интенсивностью и стойкостью, но в динамике заболевания происходит трансформация самой ангедонии и, соответственно, клинической картины состояния, которое становится неотличимым от аутохтонной депрессии. Тоска в сочетании с вторичной ангедонией не обязательно свидетельствует о патологии, т. к. может наблюдаться в рамках реакции, соответствующей тяжести психотравмирующего фактора. Аутохтонная ангедония – всегда признак патологического состояния, но сопровождающая её тоскливость может пониматься в соответствии с критериями К. Шнайдера как проявление психологической реакции (которая может быть патологична только в силу своей глубины). Реакция на ангедонию кроме того может быть искаженной, например, тоска в виде физической боли (витализация) или переживание не печали, а неудовольствия и раздражения при Unlust-депрессии. В современной отечественной психиатрии широко используется также **бинарная** (двухуровневая) **типологическая модель** депрессии (А.Б. Смулевич и соавт., 1997), согласно которой все психопатологические проявления депрессивного состояния подразделяются на симптомы **позитивной и негативной аффективности**. * Позитивная аффективность представлена продуктивными феноменами депрессивного синдрома

(витальной тоской, идеями вины, идеомоторным торможением). Негативная аффективность реализуется явлениями психического отчуждения (ангедонией, болезненным бесчувствием, апатией, когнитивными расстройствами с чувством умственного оскудения и потерей интуиции, снижением активности и эмоциональной реактивности), которые являются временными и принципиально обратимыми. Авторы этого подхода утверждают, что решающая способность предложенной модели позволяет ранжировать симптомокомплексы депрессии по степени тяжести и создаёт условия для уточнения некоторых положений психологии депрессий, в частности как эгосинтонного или эгосинтонного расстройства.

Предиспозиционные для депрессии **характеристики личности** ещё со времён Гиппократы, описавшего меланхолический темперамент, всегда были предметом особого интереса и непрерывных дискуссий. Старые авторы (Гризингер, Шюле, Краффт-Эбинг) считали, что болезнь не создает ничего принципиально нового, а основывается на изначально имеющихся особенностях психической структуры. Характерологические свойства больных депрессией упоминали Ю. Каннабих, 1914; Т.С. Рыбаков, 1914; Э. Кречмер, 1921; Э. Крепелин, 1921; П.Б. Ганнушкин, 1933; и многие другие. Позже описывались типичные характерологические признаки, предрасполагающие к заболению депрессией: «статотимические» черты (Х. Шимода), «меланхолический» тип (Х. Телленбах). А. Крауз (1996) полагал, что для больных эндогенной депрессией характерны такие особенности как привязанность к ролевым стандартам (гиперномия) и «непереносимость двойственности» (описанная Е. Frenkel-Brunswick, 1949, 1951 неспособность личности воспринимать состоящие в конфликте свойства объекта). Гиперномическое поведение, в отличие от ананкастического, он считал эгосинтонным. Автор утверждал, что наличие этих черт может служить дифференциально-диагностическим признаком для отличия эндогенной депрессии от аффективных расстройств другой природы. Черты ригидности в преморбиде у больных аффективным психозом выявила при эпидемиологическом обследовании Е.В. Паничева (1982). Ригидность психических реакций, консерватизм личности и появляющаяся в картине пубертатного криза нажитая соматореактивная лабильность, согласно наблюдениям О.А. Борисовой (1989), были присущи больным аффективным психозом с монополярным (в т. ч. депрессивным) типом течения. В то же время конституционально обусловленную реактивную лабильность, выражающуюся в кратковременных спонтанных колебаниях настроения, которая отмечалась у личностей тревожно-мнительного, шизоидного или гипертимного склада значительно чаще можно было выявить при биполярном аффективном расстройстве. Проанализировав многочисленные работы, посвящённые взаимосвязи особенностей личности и депрессии, Н.Г. Гаранян и А.Б. Холмогорова (1996) приводят обобщенный психологический портрет депрессивной личности, для которой характерны ролевая негибкость, перфекционизм, зависимость, своеобразное негативное мышление с приписыванием неуспеха себе, а успеха – только внешним факторам. Изучению особенностей личности больных депрессиями

* Существующая в зарубежных работах концепция негативной и позитивной аффективности, используемая для понимания сходств и различий между тревогой и депрессией (N.J. King и соавт., 1991; V.V. Wolfe и соавт., 1987; Clark и соавт., 1994), подразумевает совсем другое содержание. Негативная аффективность (синоним – невротичность) – это устойчивая наследуемая черта личности, обуславливающая сензитивность к отрицательным стимулам, постоянное негативное настроение, включающее тревогу, грусть, гнев, враждебность и чувство вины. Позитивная аффективность выражается в преобладании жизнерадостного настроения, энтузиазме, энергичности. Негативная аффективность положительно коррелирует с тревогой и депрессией, а позитивная – отрицательно коррелирует с депрессией, но является независимой переменной по отношению к тревоге (D.Watson и соавт., 1988).

юношеского возраста посвящена работа М.Ю. Максимовой (2002). В исследовании справедливо подчеркивается, что оценка конституционально-личностного склада у больных с дебютировавшими в юношеском возрасте депрессиями чрезвычайно сложна в связи с тем, что это период динамического формирования личности, на протяжении которого большое значение приобретают кризовые и средовые влияния. В работе выявлена статистически достоверная взаимосвязь между **типом личности и нозологической принадлежностью** депрессивного состояния. Среди больных, депрессия у которых возникала в рамках малопрогредиентной шизофрении (шизотипического расстройства), преобладали пассивные и мозаичные шизоиды, пациентам, аффективное состояние у которых развивалось в динамике формирующегося личностного расстройства, были свойственны эмоционально-неустойчивые, истерошизоидные и истеропсихастенические черты, а среди больных циклотимией юношеского возраста преобладали личности сензитивно-шизоидного и психастенического типа.

Общепринята точка зрения, что возникающие в детском и подростковом возрасте непсихотические депрессивные состояния имеют обусловленную возрастом атипичную клиническую структуру и проявляются преимущественно в **маскированном** виде. По мнению некоторых авторов (А.А. Северный, Н.М. Иовчук, И.П. Киреева, В.И. Брутман, 1999; Н.М. Иовчук, А.А. Северный, 1999), такие состояния врачами общей практики диагностируются как ВСД, хронический холецистит, хронический гастрит, гинекологические и астенические расстройства. В этих случаях собственно депрессивная симптоматика отодвинута на задний план и замаскирована соматизированными и алгическими проявлениями, периодами «лени», «скуки», необъяснимыми эпизодами астении, нарушениями поведения и успеваемости в школе, раздражительностью, взрывчатостью. Наиболее типичными признаками депрессий в подростковом и юношеском возрасте, по наблюдениям М.Я. Цуцульковской и др. (2003), Г.И. Копейко и И.В. Олейника (2007), оказываются не гипотимия, а выступающие на первый план когнитивные расстройства со специфическими нарушениями интеллектуальной деятельности (обозначенными J. Glatzel и G. Huber как «юношеская астеническая несостоятельность»), сверхценные образования и психопатоподобное поведение при незначительной выраженности и рудиментарности собственно тимического компонента депрессивного синдрома. Некоторые авторы считают, что соматические «маски» характерны для более раннего возраста (Ю.Ф. Антропов, 1997, 2001; А.А. Гериш, 1995), другие полагают, что они свойственны подросткам (K. Glaser, 1967). Согласно точке зрения профессора В.А. Точилова (1999), «маска» может быть не только соматической, но и психопатологической.

P. Kielholz (1973) предлагает различать «маски» и «эквиваленты» депрессий. В первом случае депрессивное состояние скрыто чаще всего за фасадом соматовегетативных проявлений и его возможно «демаскировать», во втором – превращено и заменено другим психопатологическим синдромом и полностью невидимо. Однако зачастую оба понятия используются как синонимы. Наиболее предпочтительными в качестве депрессивных эквивалентов у подростков считаются различные поведенческие нарушения со склонностью к эксплозивным и асоциальным поступкам. С.Д. Озерецковский (1979), А.Е. Личко (1985) выделили «делинквентный эквивалент депрессии», О.Д. Сосюкало и др. (1983) и В.В. Ковалев (1985) сходные расстройства обозначи-

ли как «психопатоподобный эквивалент». В современных отечественных работах также отмечено, что депрессии у подростков нередко сопровождаются маскирующим их девиантным поведением (Ю.Б. Можгинский, 1991; Л.М. Барденштейн, Ю.Б. Можгинский 2000; В.И. Лабун, 2004; А.С. Курашов, 2001). Т.В. Терехина (1990), изучавшая патологические формы девиантного поведения у несовершеннолетних правонарушителей, выявила стойкие депрессии психогенной природы, прикрывающиеся фасадными поведенческими расстройствами и сопровождающие патохарактерологическое формирование личности. Она делает вывод, что обнаруживающиеся на первом плане поведенческие расстройства, являются психопатоподобной «маской», или эквивалентом депрессивных расстройств различной степени выраженности. По мнению О.Д. Сосюкало и др. (1983), А.Е. Личко, (1985) девиантный эквивалент депрессии склонен принимать затяжной характер и более свойственен младшему и среднему подростковому возрасту, чаще встречается у мальчиков. Иногда депрессивные расстройства, ассоциированные с нарушениями поведения, имеют место у девушек. Так, Т.П. Мозговая (2000) среди 80 девушек 12–17 лет с девиантным поведением примерно в 1/5 части случаев наблюдала сочетание его с депрессией. В эпидемиологических исследованиях S.H. McConanghy и соавт. (1992), D. Offer, K.A. Schonner (1992) более чем у четверти подростков, показавших высокую степень девиации в плане поведенческих расстройств, при повторных исследованиях 8 лет спустя, были обнаружены отклонения по шкале тревожно-депрессивных расстройств. Как подчеркивал H. van Praag (1998), депрессия зачастую идет рука об руку с агрессией. На связь депрессии и агрессивного поведения указывается в работе M. Knox и соавт. (2000), J.P. Olie и соавт. (1995).

М.В. Чеховской (1997) наблюдалось **аддиктивное** гетероагрессивное поведение у лиц в возрасте 16–20 лет, которые для изменения психического состояния и повышения настроения совершали групповые гетероагрессивные действия. Обусловленные депрессией нарушения поведения нередко приводят к злоупотреблениям психоактивными веществами (ПАВ). В обзоре Т.П. Царук (2003) приводится мнение многих исследователей, согласно которому, первично возникающие в подростковом и юношеском возрасте депрессивные состояния не только часто сочетаются с аддиктивным поведением, но и приводят к формированию наркотической зависимости (G.W. Brown и соавт., 1993; H.S. Juon и соавт., 1997; I. Reynolds и соавт., 1988; R.G. Smart и соавт., 1994). Подчеркивается, что многие случаи депрессивных состояний, наблюдающиеся в клинике наркозависимости у юношей, обусловлены труднорасчленимым комплексом причин (включающих соматические нарушения, социальные и психогенные факторы) и объясняются сомато-психогенной природой этих аффективных расстройств (P.B. Moran и соавт., 1992; J.W. Maag и соавт., 1994; D.M. Fergusson и соавт., 1997; L. Eisenberg и соавт., 1997; W.R. Downs и соавт., 1991). Ю.П. Сиволап (2004), изучивший психопатологические нарушения при опиоидной зависимости, считает, что аффективные расстройства наблюдаются у большинства больных опийной наркоманией, самыми частыми из них являются дисфорические состояния (у 95 %), реже – депрессивные (у 46 %), как правило, неглубокие. С точки зрения автора, описанные аффективные нарушения в большинстве случаев можно отнести к метааддиктивным, т. е. обусловленным опиоидной зависимостью. Метааддиктивными можно назвать депрессии, описанные Г.А. Носатовским (2007) при распространенной в последнее время в

молодежной среде фенилпропаноламиновой наркомании. Аффективные нарушения у этих больных исследователь наблюдал на всех этапах становления и течения наркомании. Существуют также гипотезы о «самолечении депрессий» в генезе формирования наркозависимости (R.D. Weiss и соавт., 1992; L. Dixon и соавт., 1991).

При дифференциации депрессивных нарушений, наряду с традиционным подходом, используется концепция «**расстройств депрессивного спектра**» (Д.Ю. Вельтищев, 2000; A. Marneros, 2004), восходящая к работам P. Kielholz (1970), G. Winokur и соавт. (1975) и J. Angst (1997). При этом значительную часть спектра представляют субаффективные или подпороговые депрессивные эпизоды (J. Angst, K. Merikangas, 1997). Концепция «расстройств депрессивного спектра» является вариантом этиологической систематики монополярных депрессивных расстройств, а «депрессивный спектр» – это континуум переходных форм от депрессивного темперамента к психотической депрессии, с постепенным усложнением депрессивного синдрома за счёт его утяжеления и присоединения новых гетерогенных симптомов (Ю.Ю. Чайка и Ю.В. Чайка (2005). Используя в своих исследованиях эту концепцию Д.Ю. Вельтищев и Д.М. Гуревич (1994, 2000), к заболеваниям депрессивного спектра относят, наряду с типичными вариантами депрессий (как эндоформных, так и невротических по своей структуре), также многие патохарактерологические проявления, психосоматические заболевания, расстройства влечений и болезни зависимости. Авторы отмечают, что спектр депрессий невротического уровня может включать в себя состояния, родственные МДП, неврозоподобным формам шизофрении и собственно личностные субдепрессии, генетическое родство которых с каким-либо выраженным психическим расстройством, протекавшим с аффективной симптоматикой, выяснить не удаётся.

К заболеваниям аффективного спектра принадлежат не только собственно аффективные состояния. По мнению S. McElroy и соавт. (1992), к ним относятся расстройства, проявляющиеся в нарушении контроля над импульсами: изучение наследственности и некоторых биологических факторов (обмен серотонина) выявили связь эксплозивных расстройств, клептомании, булимии, клептомании и трихотилломании с аффективной патологией. Эти нарушения, как собственно депрессия, обсессивно-компульсивное расстройство, паническое расстройство, нервная булимия, дефицит внимания с гиперактивностью, дисморфофобия представляют варианты единого аффективного спектра. С точки зрения разделяющих эту концепцию авторов, их предположения подтверждаются частой встречаемостью подобного рода расстройств у лиц женского пола, преимущественной коморбидностью с депрессией и эффективностью терапии антидепрессантами. При изучении частоты депрессии при паническом расстройстве было выявлено её наличие в 34 % случаев, из них в 68 % выявлялось биполярное течение (R. Bowen и соавт., 1994). Концепция «депрессивного спектра» (в англо-американской психиатрии) характеризует также различную степень коморбидности тревожных, фобических, обсессивных, соматоформных расстройств и дистимии – депрессивному расстройству (J. Hudson и соавт., 1994; M.B. Keller, 1994; D.F. Klein, 1993; S. McElroy, 1994). Например, тревожные расстройства коморбидны депрессии в 80 %, а обсессивные – в 35 % случаев (S. McElroy, 1994).

Таким образом, концепция спектра расстройств оказывается тесно связанной с проблемой **комор-**

бидности, то есть сочетаемости психических нарушений. Под коморбидностью понимается «...сочетание двух или нескольких самостоятельных заболеваний или синдромов, ни один из которых не является осложнением другого...» (76, с. 246). Это понятие широко используется в современной отечественной психиатрии (А.Б. Смулевич, 2003; Ю.Л. Нуллер, 1997; О.П. Вертоградова, 1998). По данным литературы, непсихотические аффективные расстройства характеризуются высокой частотой коморбидности с паническими, тревожно-фобическими расстройствами, различными вариантами зависимости, в том числе у подростков (Д. Кредитор, 1998; С.Н. Мосолов, В.В. Калинин, 1998; R.S. Bowen и соавт., 1994; Т.П. Царук, 2003). Ю.Л. Нуллер (1997) указывает на общие патогенетические механизмы депрессии и деперсонализации. Тесная связь депрессии и деперсонализации подтверждается в работе М.В. Ахапкиной (1993). Тревножно-анестетические депрессии с наличием в их картине разнообразных деперсонализационных расстройств, выходящих за рамки психической анестезии, описывает П.А. Баранов (1989) при манифестации шизофрении в юношеском возрасте. D. Marcelli (1998), анализируя особенности симптоматики пубертатных депрессий, подчеркивал, что сопутствующие проявления или коморбидность у 50–70 % подростков выступает на первый план и депрессии именно поэтому длительное время оказываются нераспознанными. К коморбидным он относил тревожные расстройства, нарушения поведения, наркотизацию, расстройства пищевого поведения, личностные девиации, гипердинамический синдром с нарушениями внимания. Эта точка зрения подтверждается в ряде работ. В исследовании В.А. Степанченко (2007) обнаружено, что 39 % детей с гиперкинетическими расстройствами имеют депрессивные проявления, а 10 % – клинически очерченные депрессивные состояния. На сочетание проявлений депрессии, биполярного расстройства с нервной анорексией указывали M. Rastam и соавт. (1995), T. Ivarsson и соавт. (2000).

Многочисленные публикации в периодической научной печати посвящены специфике подростковых и юношеских депрессий **при разных нозологиях**. Так, Н.М. Иовчук (1989) подчеркивала типичный для подростковых **шизофренических депрессий** полиморфизм и незавершённость депрессивных расстройств. Характерным для этой группы больных были вялодинамические депрессии, в структуре которых преобладали нарушения энергетического полюса. Л.Ю. Данилова (1987), изучавшая циклотимоподобные депрессии при малопрогрессирующей шизофрении в пубертатном возрасте, также обращала внимание на то, что аффективные расстройства у подростков сочетаются с неврозоподобной симптоматикой, психопатоподобными нарушениями, непостоянными рудиментарными расстройствами шизофренического спектра и при этом образуют сложный, полиморфный, атипичный синдром, вызывающий диагностические затруднения. Н.А. Мазаева (1983), выделяя ряд общих закономерностей, характерных для шизофренического процесса с длительным латентным периодом, в том числе отметила возникновение приуроченных к кризовым (в частности к пубертатному) периодам протрагированных реактивных и аутохтонных фазовых состояний. В части случаев, когда латентные состояния формировались в рамках приступообразной шизофрении, в старшем пубертатном и юношеском возрасте предпочтительной для стёртых «шубов» оказывалась аффективная патология депрессивного круга с характерным для аффективных нарушений шизофренической природы преобладанием апато-динамиче-

ских расстройств, падением умственной продуктивности, нарушениями мышления. О преобладании вялости, адинамии, апатичности при депрессивных состояниях у больных шизофренией подростков ранее писали Г.Е. Сухарева, М.И. Лapidес, С.Д. Озерецковский, А.Е. Личко. В работе А.В. Горюнова (2002), изучавшего первые депрессивные эпизоды у подростков, отмечены характерные особенности депрессивного синдрома в зависимости от типа течения эндогенного процесса. У больных вялотекущей шизофренией типичным являлся дисфорический аффект, на фоне которого доминировали идеаторные нарушения с эпизодами анергии, отмечалось наличие рудиментарных продуктивных расстройств других регистров. В депрессиях больных приступообразной шизофренией преобладал сочетанный аффект с наличием в структуре одного эпизода тревожного, меланхолического и дисфорического аффектов в разных комбинациях. У больных с эндогенным аффективным заболеванием депрессивные эпизоды имели более отчетливо выраженные компоненты депрессивной триады, отмечалось преобладание меланхолического аффекта. Автор приходит к выводу, что первые депрессивные эпизоды, развивающиеся в подростковом возрасте, могут наблюдаться в рамках **аффективного расстройства** (МДП), приступообразной **шизофрении**, вялотекущей шизофрении. Типологические разновидности депрессий коррелируют с клинко-нозологическими формами эндогенного заболевания: при аффективном заболевании обнаружилась предпочтительность депрессий меланхолического типа; при вялотекущей шизофрении преобладание дисфорического типа, а у больных приступообразной шизофренией – сочетанного тревожно-меланхолического.

Прогноз первых депрессивных эпизодов напрямую связан с нозологической принадлежностью депрессий. При аффективном заболевании, манифестирующем депрессиями в подростковом возрасте, течение его в 2/3 случаев было однопоступным и отмечался наиболее высокий уровень ремиссии. При приступообразной шизофрении отмечалось максимальное количество повторных приступов у половины больных за время катанестического наблюдения. В этой группе дефицитарные изменения личности ограничивались у большинства пациентов явлениями астенической аутизации, признаками лёгкого эмоционально-волевого обеднения. При вялотекущей шизофрении отмечались затяжные депрессивные эпизоды с ундулирующим течением, порой охватывающие весь подростковый период. По окончании депрессивного состояния у этих пациентов чаще выявлялись негативные изменения в виде выраженной в той или иной степени эмоциональной дефицитарности, интравертированности, утраты прежней широты интересов, признаков задержки психического созревания, чаще парциального характера. Установлено, что нарушения мышления в виде диссоциации мыслительной деятельности, а также изменение мотивационной сферы и психической активности имеют как дифференциально-диагностическое значение, так и являются показателями в оценке формирования дефекта (Н.В. Зверева, А.В. Горюнов, 2003). Вместе с тем клинический изоморфизм, известная атипичность и незавершенность психопатологических расстройств не всегда позволяют окончательно определить нозологическую сущность депрессивных эпизодов даже при катанестическом прослеживании, что приводит к необходимости выставлять дифференциальный диагноз между разными нозологиями (И.А. Козлова, А.В. Горюнов, 2006).

А.М. Этингер (2004) при изучении 123 больных юношескими дисморфофобическими депрессия-

ми установила, что они клинически неоднородны и различаются психопатологической структурой дисморфофобических расстройств, которая обуславливает их типологическую дифференциацию. Исходя из психопатологических особенностей тех компонентов депрессии, во взаимосвязи с которыми формировались картины дисморфофобических проявлений, она выделила три типологических варианта: классический, депрессивно-ипохондрический и депрессивно-деперсонализационный. Было установлено, что дисморфофобические депрессии наиболее часто наблюдались при **малопрогрессиентной шизофрении**, включая атипичный пубертатный приступ и юношескую вялотекущую шизофрению, реже – в рамках **аффективного заболевания** (МДП, циклотимии), и в рамках пубертатной динамики **психопатии** шизоидного и психастенического круга. Типологические варианты дисморфофобических депрессий являются важными диагностическими и прогностическими критериями нозологической оценки заболевания и обнаруживают чёткие корреляции каждого из этих типов с клинко-нозологическими группами больных. Так, классический депрессивный тип доминировал при эндогенном аффективном заболевании (в 39,3 %) и шизофрении (в 37,5 %), и реже – при психопатии (в 23,2 %). Депрессивно-ипохондрический тип, напротив, в половине случаев наблюдался при шизофрении (в 48,9 %), а при аффективном заболевании и психопатии наблюдался соответственно в 29,8 и 21,3 % случаев. Депрессивно-деперсонализационный тип встречался только при шизофрении.

Е.С. Крылова (2004) анализируя депрессии с синдромом «метафизической интоксикации» выяснила, их возможную вероятность реализоваться в рамках динамики **психопатии** (преимущественно шизоидного круга), **аффективного заболевания** (МДП, циклотимии), и **малопрогрессиентной шизофрении** (в том числе, при атипичном пубертатном приступе и вялотекущей форме). Так же как и в работе предыдущего исследователя, отмечено, что возникающие в юности протрагированные депрессии с преобладанием симптомокомплекса «метафизической интоксикации» могут рассматриваться как специфические для юношеского возраста психопатологические состояния, формирующиеся под патопластическим и патогенетическим влиянием возрастного фактора и при участии определенных конституционально-личностных особенностей.

Таким образом, пубертатные депрессивные расстройства требуют детального клинического анализа в связи с большой нозологической и синдромальной неоднородностью внешне сходных проявлений (М.Я. Цуцельковская и др., 2003; Г.И. Копейко, 1999; И.В. Олейчик и др., 2000). В недавних работах М.Я. Цуцельковской и др. (2003), Г.И. Копейко, И.В. Олейчика (2007), в которых рассматриваются клинко-психопатологические закономерности юношеских депрессий средней и тяжёлой степени, подчеркивается, что специфические феноменологические проявления аффективных расстройств определяются особым психобиологическим фоном, свойственным подростково-юношескому периоду. Для юношеских депрессий характерно иное соотношение элементов депрессивной триады с преобладанием особых когнитивных расстройств, наличием специфичных только для этого периода идеаторных построений и типологических разновидностей депрессий, а также тенденция этих состояний к затяжному, ундулирующему течению в пределах юношеского возраста. Доминирующее положение (37,9 %) в изученной популяции занимали депрессии с картиной «юношеской астенической несостоятельности», «психастенопо-

добные», «дисморфобические» и «метафизические» аффективные состояния обнаруживались с одинаковой частотой (примерно у 12 %), реже выявлялись «деперсонализационные» (10,7 %) и «гебоидные» (9,3 %) аффективные синдромы, наименее представленными были депрессии «с психогенным содержанием» (5,5 %). Нозологическая квалификация этих состояний с помощью отечественной систематики в основном определяла их как **эндогенные** (циклотимия и МДП юношеского возраста – 51,9 %, малопрогрессирующая шизофрения – 33,8 %), реже – в рамках **расстройств личности** (14,3 %). Депрессивные состояния, возникающие в дебюте **малопрогрессирующей шизофрении**, характеризовались полиморфизмом синдрома с включением в их клиническую картину коморбидных расстройств (сенесто-ипохондрических, навязчивых, неразвернутых бредовых), когнитивных нарушений процессуального характера и затяжным (более 1 года) течением. Депрессивный синдром при **аффективном заболевании** (МДП и циклотимии) отличался простотой клинической картины, редкостью и рудиментарностью коморбидных расстройств, более гармоничной депрессивной триадой, характерным идеаторным торможением без других признаков когнитивных нарушений, меньшей продолжительностью фазы. Депрессии при пубертатной декомпенсации **психопатий** возникали в ситуациях с высокой индивидуальной значимостью психотравмирующего фактора, для них было характерно усиление конституциональных психопатических черт, играющих существенную роль в оформлении картины синдрома.

Среди пубертатных депрессий нередкими оказываются психогенно обусловленные аффективные состояния. В работах Т.Б. Дмитриевой (1981), В.А. Гурьевой и др. (2001) указывается, что **психогенные депрессии** в подростковом возрасте встречаются намного чаще, чем другие варианты реакций, характерными для них являются **невротический уровень** дезорганизации психической деятельности, выраженность вегетососудистых расстройств и включение в клиническую картину специфических подростковых реакций. И.О. Калачевой и др. (2003) среди психогенных депрессий наиболее часто выявлялись астенодепрессивный и дисфорический варианты, реже – тревожный, истерический и ипохондрический типы депрессивных синдромов. К психогенно провоцированным аффективным состояниям были отнесены поведенческие расстройства, выражающиеся в реакциях оппозиции, протеста, эксплозивных эпизодах с агрессией и выраженным дисфорическим аффектом, а также являющееся частым проявлением депрессии в подростковом возрасте асоциальное поведение со злоупотреблением психоактивными веществами. Отмечено, что течение психогенных депрессивных расстройств у подростков принимает затяжной волнообразный характер. Для таких состояний характерна малая выраженность, незавершенность клинической картины, неустойчивость и волнообразность течения, полиморфизм симптоматики. Преобладание среди других психогений депрессивных расстройств, основным проявлением которых было сниженное настроение, плаксивость, непосредственность и нестойкость переживаний, отмечено у подростков с непсихотической психической патологией (О.А. Суетина, 2004; Н.Е. Кравченко, О.А. Суетина, 2001; Н.А. Мазаева и др., 2004). В работе Н.А. Мазаевой и др. (2004) подчеркивалось, что полиморфная клиническая картина психогений у подростков с непсихотической психической патологией создавала трудности их типологического разграничения, а выделение клинических вари-

антов реакций оказывалось возможным лишь исходя из преобладавшей симптоматики. Депрессивные переживания характеризовались непродолжительностью и относительной простотой, без признаков скорби и глубокого душевного потрясения. Основным проявлением депрессивных состояний было нерезко сниженное настроение, в некоторых случаях отмечалась аффективная неустойчивость, когда депрессивный аффект сменялся злобностью, чувством обиды, раздражительностью.

Д.Ю. Борисовой (2007) изучались подростки с шизоидным **расстройством личности**. Несмотря на то, что ведущее место в клинической картине занимала аномальная структура личности, в ней нередко присутствовала неразвёрнутая, непостоянная психопатологическая симптоматика лёгких регистров. Наиболее широко представленными оказались аффективные расстройства (у 83 % больных), выступавшие в форме сезонных монополярных субдепрессий (26 %), биполярных нарушений (10,2 %), аутохтонной аффективной лабильности (18,3 %), сезонных колебаний общего тонуса (12 %) и аффективной реактивной патологии. Депрессии у шизоидов отличались невыразительностью клинической картины, полиморфной коморбидной симптоматикой, стертым апатическим либо тоскливым аффектом.

Непсихотические расстройства настроения, совпадающие с периодами декомпенсаций **резидуально-органической недостаточности**, у подростков 15–17 лет наблюдала Н.Е. Кравченко (2002). В этих случаях аффективная симптоматика как бы скрывалась за выступающими на передний план проявлениями резидуально-органического синдрома. Собственно депрессивные проявления характеризовались усилением эмоциональной лабильности с возникновением реакций сниженного настроения в ответ на обыденные психологические проблемы и длительной фиксацией на отрицательно окрашенных эмоциональных переживаниях, типичным было снижение интеллектуального контроля над эмоциональной сферой с лёгким возникновением всплеск злости, раздражения, неадекватных по силе вызвавшим их причинам. Частое повторение подобных проявлений в течение определённого промежутка времени и приуроченность к сезону отражали подспудное изменение аффективного фона.

Е.В. Железнова и А.А. Земляная (2003), изучавшие аффективные расстройства у больных **эпилепсией**, выявили особенности, характерные для пациентов подростково-юношеского возраста. Депрессии с ведущим аффектом тоски формировались по типу реактивных, достигая субклинического уровня, и в отличие от взрослого контингента не коррелировали с полиморфизмом припадков, длительностью заболевания и антиэпилептической терапией. Тревожные депрессии чаще были связаны с симптоматической парциальной эпилепсией, более поздним дебютом (в 15–17 лет) и высоким уровнем интеллекта. Дисфорические депрессии коррелировали с симптоматической парциальной эпилепсией с ранним дебютом и большой длительностью заболевания. По мнению автора, указанный круг расстройств в значительной мере усложнял клинику болезни.

В.В. Коноваловой и др. (2003) при обследовании учащихся коррекционной школы были выявлены депрессивные проявления у 21,2 % **умственно отсталых** детей и подростков. Среди девочек-сирот отмечены наиболее высокие показатели выраженности депрессии, что позволило авторам высказать предположение о большей значимости фактора сиротства в генезе депрессивных состояний у девочек, чем у мальчиков.

Необозримое множество работ посвящено проблеме **терапии** депрессивных расстройств пубертатного периода. Интерес к этой проблеме во многом обусловлен тем, что любое психическое расстройство (в т. ч. депрессия), возникающее в подростковом возрасте, приводит к нарушению социального функционирования, затруднению процесса психологического созревания и социализации, снижению способности к обучению.

В 2005 году была опубликована работа В. Dubicka и I. Goodyer, посвященная рискам и преимуществам назначения антидепрессантов у детей и подростков. Поводом написания статьи послужили рекомендации Комитета по контролю за безопасностью лекарственных препаратов не применять антидепрессанты нового поколения, т. е. ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), у детей и подростков. Как сообщили авторы статьи, решение было принято в связи с результатами подробного обзора данных, полученных из фармацевтических кампаний, об отрицательных последствиях клинических испытаний СИОЗС при депрессиях детского возраста. В частности, согласно итогам мета-анализа, проведенного С. J. Whittington и соавт. (2004, цит. по В. Dubicka, I. Goodyer, 2005), отмечена тенденция усиления суицидального поведения при приеме большинства ингибиторов реаптейка серотонина. Данные о преувеличении благоприятных и преуменьшении неблагоприятных свойств СИОЗС были также приведены J. N. Jureidini и соавт. (2004, цит. по В. Dubicka, I. Goodyer, 2005) в обзоре исследований безопасности и эффективности антидепрессантов у детей и подростков. В 2004 г. FDA опубликовала заявление, что у лечившихся антидепрессантами детей и подростков отмечен повышенный риск суицидального поведения, однако не рекомендовала считать эти препараты запрещенными в США. Приведенные данные вызвали много споров среди исследователей в разных странах мира, которые не утихают до сих пор. В частности, целый ряд свежих публикаций посвящен взаимосвязи депрессии, использования СИОЗС и самоубийства (R. D. Gibbons и соавт., 2007; G. E. Simon и J. Savarino, 2007; R. A. Friedman, A. C. Leon, 2007; C. R. Pfeffer, 2007; C. R. Pfeffer и соавт., 2007). Новые аргументы в дискуссии о соотношении пользы и вреда при назначении СИОЗС детям приведены в работе R. Gibbons и соавт. (2006). Проанализировав данные о назначении СИОЗС по различным штатам США, авторы выяснили, что там, где частота назначения СИОЗС была самой высокой, отмечался самый низкий уровень самоубийств среди детей и подростков от 4 до 15 лет. Таким образом, был сделан вывод, что соотношение риск/польза при назначении СИОЗС детям и подросткам в возрасте от 5 до 14 лет является благоприятным. Высокую эффективность серотонинергических антидепрессантов при терапии депрессий подросткового и юношеского возраста отметила в своей диссертационной работе В. В. Артюх (2005). Результаты некоторых современных отечественных исследований показывают, что ингибиторы реаптейка серотонина оказываются весьма эффективными при лечении депрессивных состояний не только у взрослых, но и в детско-подростковом возрасте (С. Н. Мосолов, 2000; В. М. Волошин и др., 2001; Л. Ю. Данилова, 2003; А. А. Северный, 2002).

Вместе с тем, подчеркивает Л. Ю. Данилова (2003), традиционная осторожность в отношении новых препаратов привела к парадоксальному явлению – широкому употреблению в педопсихиатрии «тяжелых» трициклических антидепрессантов и практически отсутствующему опыту применения малотоксичных и редко дающих выраженные побочные эффекты СИОЗС. По выражению D. Mar-

celli (1998), «если строго придерживаться буквы закона, то лицензия на применение антидепрессантов для возрастной категории до 15 лет существует только для амитриптилина». Хотя трициклические антидепрессанты не противопоказаны несовершеннолетним пациентам и широко назначаются, однако в одном из последних систематических обзоров продемонстрировано, что они малоэффективны у детей и дают лишь очень скромный результат у подростков (H. Hazell и соавт., 2003). Кроме того, трициклические антидепрессанты вызывают нежелательные побочные эффекты и токсичны при передозировке (S. Chetta и соавт., 2004), следовательно, риск назначения этих препаратов превышает возможные благоприятные результаты у детей и подростков с депрессией (В. Dubicka, I. Goodyer, 2005). В более ранних публикациях зарубежных и отечественных авторов также отмечается, что применение трициклических антидепрессантов в указанной возрастной группе сопряжено с отсутствием достаточного терапевтического эффекта и значительно большей, чем у больных зрелого возраста, частотой и выраженностью нежелательных побочных проявлений (P. J. Ambrossini и соавт., 1993; С. Н. Кые, 1996; М. Cambell, J. Cueva, 1995; Т. В. Владимирова, И. В. Олейчик, 1998). Следует отдавать предпочтение селективному ингибитору обратного захвата серотонина, а не трициклическому антидепрессанту, учитывая как безопасность, так и эффективность первого, утверждают V. G. Emslie и соавт. (1997) и A. Clark, (2001). Т. В. Владимирова, И. В. Олейчик (1998), Г. И. Копейко И. В. Олейчик (2007) полагают, что положительный терапевтический ответ на применение СИОЗС в пубертатном периоде подтверждает тезис о существовании особой «психобиологии» депрессий юношеского возраста (P. J. Ambrossini и соавт., 1993; M. Strober и соавт., 1990), которая определяет как патоморфоз и возрастной характер клинических проявлений, так и особенности ответа на фармакотерапию.

Пубертатный возраст, играя патофизиологическую роль, участвует не только в оформлении клинической картины психической болезни, но и в некоторой степени предопределяет особенности реагирования, в частности, повышенную чувствительность, на внешние (в т. ч. лекарственные) воздействия. Это создаёт дополнительные трудности при определении терапевтической стратегии в случаях аффективной патологии в данном возрастном интервале (Н. А. Мазаева, Н. Е. Кравченко, 2006). Степень доверия врачу и согласие пациента следовать его назначениям (комплаенс), являющиеся важными составляющими терапевтического процесса, зачастую связаны с качеством и переносимостью назначаемых препаратов. Поэтому появление в арсенале антидепрессантов новых лекарственных средств – селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, отличающихся удобством применения и меньшим числом побочных эффектов по сравнению с их классическими трициклическими предшественниками, открывает новые возможности подхода к лечению подростковых депрессий и ставит перед клиницистами задачу адекватного выбора препарата в зависимости от особенностей и степени выраженности депрессивных проявлений (В. М. Волошин и др., 2001; Л. Ю. Данилова, 2003; А. А. Северный, 2002; Н. А. Мазаева, Н. Е. Кравченко, 2006).

При лечении пубертатных депрессий редко применяются только лекарственные препараты, обычно их назначают в комбинации с каким-нибудь типом индивидуального психологического вмешательства либо, главным образом, поддерживающей психотерапии или когнитивной психоте-

рапии (A. Clark, 2001; L. Mufson и соавт., 2003; B. Dubicka и I. Goodyer, 2005).

В ряде работ ставится вопрос о большей предпочтительности у подростков нефармакологических методов лечения лёгких и умеренных депрессий как более безопасных. Лекарственную терапию, полагают B. Dubicka и I. Goodyer (2005), нельзя считать средством первой очереди, у многих больных состояние может обойтись после применения элементарного психообразовательного подхода, если же депрессия имеет затяжной характер и сравнительно лёгкая, следует проводить когнитивно-поведенческую терапию. Мнения, что лёгкие или умеренные депрессии лучше всего лечить, используя психологические методы, придерживаются R. Harrington и соавт. (1998), D. Marcelli (1998). Добиться участия подростка в процессе терапии особенно трудно, если у него снижена критика к своему состоянию. По мнению D. Marcelli (1998), слишком поспешное назначение лекарственных препаратов скорее вредит установлению доверительных взаимоотношений между врачом и пациентом, чем оказывает благотворное воздействие. Поэтому при неглубоких депрессиях (тревожно-депрессивном кризисе) вполне оправдано использование психотерапевтических методов лечения. Психотропные препараты вообще не должны быть единственным средством лечения. Часто при депрессивном состоянии необходимо проводить длительные курсы психоанализа в сочетании с другими методами: семейной терапией, изменениями условий жизни, назначением лекарств.

Этика взаимоотношений между врачом и пациентом должна позволить подростку быть активным участником лечебного процесса, а не только подчиняться ему (D. Marcelli, 1998). Эффективное лечение может уменьшить тяжесть последствий заболевания и привести к формированию правильного отношения к болезни и пониманию необходимости соблюдения лечебного режима в более отдалённой перспективе (A. Clark, 2001). Приведённые данные показывают, что большинство современных зарубежных и отечественных исследователей рассматривают развивающиеся в подростковом возрасте депрессии как состояния мультифакторной этиологии, требующие мультимодального терапевтического подхода с разработанными и более дифференцированными показаниями к психофармакотерапии, психотерапевтическому, психокоррекционному и психообразовательному воздействию.

Подводя итоги, следует подчеркнуть, что **проблема депрессий пубертатного периода** сохраняет свою актуальность и в настоящее время. Пубертатные депрессии являются нозологически неспецифичными и, возможно, одними из наиболее частых проявлений психической патологии у подростков. По степени выраженности большая часть их относится к состояниям средней тяжести и лёгким, а среди всего массива аффективной патологии доминируют непсихотические депрессии с субклиническим уровнем аффективных расстройств. Жесткой границы, разделяющей патологические и психологически адекватные состояния сниженного настроения, зачастую не обнаруживается. В связи с этим нозологическая верификация и диагностика депрессий, находящихся в области «неоднозначности», чрезвычайно трудна, а прогноз не определен. Пубертатные депрессии имеют специфические, определяющиеся возрастом феноменологические особенности (в том числе «маски» как соматические, так и психопатологические). Развитие депрессивных состояний в части случаев обусловлено эндогенно, может возникать в контексте личностной патологии, в рамках других

психических нарушений, оказывающих на клиническую картину пубертатных депрессий свое патопластическое влияние. Аффективные расстройства могут выступать изолированно или (чаще) в сочетании с другими психопатологическими (коморбидными) проявлениями. В формировании этих состояний участвуют разные механизмы (генетические, конституциональные, психогенные, социальные), а их прогноз в большей степени зависит от того в рамках какой нозологии они реализуются, а также от психологических и личностных составляющих. Как отмечено в обзоре Т.Б. Дмитриевой и др. (2001), посвященном расстройствам аффективной сферы у детей и подростков, несмотря на неослабевающий интерес отечественных и зарубежных исследователей к изучению аффективной патологии несовершеннолетних, этот раздел современной подростковой психиатрии остаётся одним из недостаточно разработанных. Учитывая высокую встречаемость этих расстройств у подростков, их значимость для последующего психического здоровья и ассоциированность с психическими нарушениями в периоде взрослости, необходима дальнейшая систематизация научных представлений на эту тему с целью последующего уточнения не только типологии депрессивных расстройств и получения исчерпывающих характеристик клиники и динамики этих состояний, но и углубления понимания их нозологической и патопсихологической сущности.

Литература

1. Амбрумова А.Г., Вроно Е.М. Диагностика и профилактика суицидального поведения детей и подростков с депрессивными расстройствами. Методические рекомендации, оставленные проф. А.Г. Амбрумовой и Е.М. Вроно, М. 1983.
2. Амбрумова А.Г., Вроно Е.М. Журн. невропатол. и психиатрии., 1983, 10: 1544–1547.
3. Антропов Ю.Ф. Психосоматические депрессии у детей и подростков (клиника, патогенез, систематика и дифференцированная терапия) М., 1997; 198.
4. Антропов Ю.Ф. Невротическая депрессия у детей и подростков. М. 2001.
5. Артюх В.В. Место антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина в терапии юношеских депрессий (клинико-терапевтические корреляции и возрастные особенности). Автореферат канд. Дис. М. 2005.
6. Ахапкина М.В. Психопатология и клиника деперсонализационных расстройств при шизофрении. Автореф. дис. канд. мед. наук. М. 1993; 24.
7. Баранов П.А. Психопатология анестетических депрессий в клинике приступообразно-прогредиентной шизофрении. Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 1989; 24.
8. Барденштейн Л.М., Можгинский Ю.Б. Патологическое гетероагрессивное поведение у подростков. М.: 2000.
9. Башина В.М. Аффективные нарушения у детей. Руководство по психиатрии. М.: Медицина, 1999; 1: 570–578.
10. Борисова Д. Ю. Социальная адаптация подростков с шизоидным расстройством личности (клинико-катамнестическое исследование). Автореф. дис. канд. наук М.: 2007.
11. Борисова О.А. Клинические особенности доманифестных состояний у больных эндогенным аффективным психозом. Автореферат дис.канд.мед.наук. М.: 1989; 22.
12. Буркин М.М. Карашурова М.С. Клиника и динамика сезонных аффективных расстройств у детей. Материалы III Международного конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья». Казань. 23-26 мая 2006; 263–264.
13. Вельтищев Д.Ю. Клинико-патогенетические закономерности ситуационных расстройств депрессивного спектра. Автореф. дис.докт.мед.наук. М.: 2001.
14. Вельтищев Д.Ю. Социальная и клиническая психиатрия. 2006; 3: 104–108.
15. Вельтищев Д.Ю., Гуревич Ю.М. Значение личностных и ситуационных факторов в развитии пограничных психических расстройств пограничного спектра. (Методические рекомендации составлены сотрудниками отделения клинико-биологических исследований пограничных состояний Московского НИИ психиатрии МЗ РФ под общей редакцией профессора В.Н. Краснова). М.: 1994; 12.
16. Вертоградова О.П. Возможные подходы к типологии депрессий / О.П. Вертоградова // Депрессия (психопатология, патогенез). М.: 1980; 3–15.

17. Вертоградова О.П. Тревожно-фобические расстройства и депрессия. Тревога и обсессии /Под ред. А.Б. Смулевича/. 113–131.
18. Вертоградова О.П., Шахматов Н.Ф., Сосюкало О.Д. Возрастные аспекты проблемы депрессий. // Возрастные аспекты депрессий (клиника, диагностика, терапия). Сб. научных трудов. М.: Изд. Моск. НИИ Психиатрии МЗ РСФСР. 1987; 5–14.
19. Владимирова Т.В., Олейчик И.В. Место антидепрессантов нового поколения в терапии юношеских эндогенных депрессий. Аффективные и шизоаффективные психозы (современное состояние проблемы). Материалы научно-практической конференции с международным участием 7–8 апреля 1998; 340–346.
20. Владимирова Т.В. Юношеские депрессии (диагностика, типология и вопросы прогноза) Автореф. дис. канд. М.: 1986; 23.
21. Возрастные аспекты депрессий (клиника, диагностика, терапия), сборник научных трудов, М.: изд. Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1987.
22. Волошин В.М., Кашникова А.А., Татарова И.Н., Ким Л.В., Корень Е.В. Применение сертралина в детской и подростковой психиатрии // Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова, 2001; 8: 25–28.
23. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия тревожных и депрессивных расстройств на основе когнитивной модели // Московский психотерапевтический журнал 1996; №3. 141–163.
24. Герших А.А. Эндогенные соматизированные депрессии у детей младшего школьного возраста. Дис. канд.мед.наук. М.: 1995; 172.
25. Горюнов А.В. Клинико-психопатологические особенности первых депрессивных эпизодов у подростков. Автореферат дис. канд. мед. наук. М.: 2002.
26. Зверева Н.В., Горюнов А.В. Место патопсихологического метода в нозологической диагностике первых депрессивных эпизодов в подростковом возрасте // Психиатрия 2003; 2: 26–31.
27. Гоштаутас А., Шинкаревал., Перминас А., Густайнене Л., Пилкаускас И. Связь между депрессивностью, факторами риска ишемической болезни сердца и смертностью от этого заболевания // Обзорение психиатрии и медицинской психологии 2004; 1: 15–18.
28. Гурьева В.А., Гиндикин В.Я. Раннее распознавание шизофрении. М.: Высшая школа психологии, 2002; 304.
29. Гурьева В.А., Гиндикин В.Я. Макушкин Е.В. Психология и психопатология аффективных расстройств (нозологические и возрастные аспекты, принципы терапии) Издательство МБА. 2005; 276.
30. Гурьева В.А. Клиническая и судебная подростковая психиатрия. М.: 2001; 478.
31. Данилова Л.Ю. Клинические особенности подростковой шизофрении, протекающей в виде стертых аффективных приступов (циклотимоподобный вариант). Автореф. дис. канд. мед. наук. М.: 1987; 24.
32. Данилова Л.Ю. Современные антидепрессанты в терапии депрессий у подростков. II Международный конгресс «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья», 2003; 73–74.
33. Данилова Л.Ю. Терапия подростковых депрессий ципрамилом. Материалы Российской конференции «Аффективные и шизоаффективные расстройства». Сопровождение Главных психиатров, наркологов и руководителей учреждений, оказывающих психиатрическую помощь. Пленум Правления Российского общества психиатров. Москва 1–3 октября, 2003; 186–187.
34. Дмитриева Т.Б. Психогенные депрессии в юношеском и подростковом возрасте (клиника, патогенез, лечение). Автореф. канд.дис., М.: 1981; 17.
35. Дмитриева Т.Б., Макушкин Е.В., Федина М.А. Расстройства аффективной сферы у детей и подростков // Психиатрия и психофармакотерапия 2001; 5: 154–158.
36. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001г. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. Женева ВОЗ, 2001.
37. Дубровская О.В. Власенко В.И. Субдепрессивные расстройства у практически здоровых подростков. Материалы Российской конференции «Аффективные и шизоаффективные расстройства». Сопровождение Главных психиатров, наркологов и руководителей учреждений, оказывающих психиатрическую помощь. Пленум Правления Российского общества психиатров. Москва 1–3 октября, 2003; 188.
38. ЕРБ ВОЗ/03/03
39. Железнова Е.В., Земляная А.А. Аффективные расстройства у больных эпилепсией подростково-юношеского возраста. - Материалы Российской конференции «Аффективные и шизоаффективные расстройства». Сопровождение Главных психиатров, наркологов и руководителей учреждений, оказывающих психиатрическую помощь. Пленум Правления Российского общества психиатров. Москва 1–3 октября, 2003; 189–190.
40. Иванова Т.И. Суицидальное поведение у детей с депрессивными расстройствами. Современные проблемы охраны психического здоровья детей. Проблемы диагностики, терапии и инструментальных исследований в детской психиатрии. Волгоград. 24–26 апреля 2007 г. Волгоград: ВолГМУ, 2007; 87–88.
41. Исаев Д.Н. Психопатология детского возраста СПб.: СпецЛит, 2001; 463.
42. Иовчук Н.М. Эндогенные аффективные расстройства в детском возрасте. Автореферат дис. докт. мед. наук М.: 1989; 47.
43. Иовчук Н.М., Батыгина Г.З. Распространенность и клинические проявления депрессий в школьной подростковой популяции // Журнал невропатологии и психиатрии им.С.С.Корсакова 1998; 9: 33–36.
44. Иовчук Н.М., Батыгина Г.З. Депрессии в школьной подростковой популяции. // Росс психиатр журнал 1999; 3:37–40.
45. Иовчук Н.М., Северный А.А. Депрессии у детей и подростков. М.: Школа-Пресс. 1999; 79.
46. Иовчук Н.М., Северный А.А. «Дидактогенные» депрессии у детей. Современные проблемы охраны психического здоровья детей. Проблемы диагностики, терапии и инструментальных исследований в детской психиатрии.-Волгоград. 24–26 апреля 2007 г. Волгоград: ВолГМУ, 2007; 170–175.
47. Кабанов М.М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни // Журн Социальная и клиническая психиатрия 2001; 1: 22–27.
48. Калачева И.О., Карнаухова Е.Н., Мазур А.Г. Психогенные расстройства у детей и подростков (вопросы диагностики и реабилитации) // Психиатрия и психофармакотерапия 2003; 1: 23–25.
49. Калачева И.О., Пронина Л.А., Ларионов В.А. Социально-личностные факторы, влияющие на суицидальное поведение подростков // Росс Психиатр Журн 2006; 4: 41–45.
50. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М.: Медицина, 1985; 286.
51. Козидубова В.М. Депрессии у подростков. Дисс. докт., 1992.
52. Козлова И.А., Горюнов А.В. Клинико-психопатологическая характеристика депрессий детского возраста // Психиатрия 2006; 4–6: 24–32.
53. Комлач И.Л. Особенности клиники и прогноза депрессивных состояний, манифестирующих в подростковом возрасте. Автореф. дис.канд.мед.наук М.:1986.
54. Конавалова В.В., Прилепская Т.Н., Куприянова Т.А., Рязанова Т.Б. Маринчева Г.С. Результаты обследования умственно отсталых детей по детскому депрессивному опроснику. Материалы Российской конференции «Аффективные и шизоаффективные расстройства». Сопровождение Главных психиатров, наркологов и руководителей учреждений, оказывающих психиатрическую помощь. Пленум Правления Российского общества психиатров. Москва 1–3 октября, 2003; 190–191.
55. Копейко Г.И. Аффективные расстройства в подростковом и юношеском возрасте Руководство по психиатрии. М: Медицина, 1999; 1: 579–581.
56. Копейко Г.И., Олейчик И.В. Вклад пубертатных психобиологических процессов в формирование и клинические проявления юношеских депрессий // Ж. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова 2007; 3: 3–11.
57. Корнетов А.Н. Мониторинг суицидальных попыток среди лиц подростково-юношеского возраста // Сибирский вестник психиатрии и наркологии 2001; 1: 33–38.
58. Кравченко Н.Е., Сутина О.А. К проблеме психогенных образований у подростков Мат. конгресса по детской психиатрии, М.: 2001; 189–190.
59. Кравченко Н.Е. Непсихотические расстройства настроения у подростков с резидуально-органической недостаточностью. Мат. 4 Международ. научно-практич. конференции «Здоровье и образование в XXI веке», 23–25 мая М.: 2003; 343–344.
60. Кравченко Н.Е. Непсихотические депрессивные расстройства у подростков психоневрологического диспансера. Материалы XIV съезда психиатров России (15–18 ноября 2005 г.), 205–206.
61. Кравченко Н.Е., Иванова Е.И. Стертые депрессивные состояния у подростков. // Материалы III Международного конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья». Казань. 23–26 мая 2006; 277–278.
62. Кредитор Д. Паническое расстройство и коморбидные состояния. Тревога и обсессии / Под ред. А.Б. Смулевича. 66–75.
63. Крылова Е.С. Юношеские депрессии с симптомокомплексом «метафизической интоксикации» (типология, диагностика, прогноз и вопросы терапии). Автореферат дис. канд. мед. наук. М.: 2004.
64. Крылова Е.С., Бебуришвили А.А. Об одном из вариантов пубертатной декомпенсации психопатии. Современные проблемы охраны психического здоровья детей. Проблемы диагностики, терапии и инструментальных исследований в детской психиатрии. Волгоград. 24–26 апреля 2007 г. Волгоград: ВолГМУ, 2007; 101–102.
65. Курашов А.С. Психопатоподобные состояния при основных психических заболеваниях подросткового возраста. Автореферат дис. докт. мед. наук. М.: 2001.
66. Курпатов А.В. Депрессия: от реакции до болезни (пособие для врачей общей практики) 2003; 78.
67. Лабун В.И. Сравнительно-возрастные особенности агрессивных

проявлений в структуре психических расстройств непсихотического уровня. Автореферат дис. канд. мед. наук М.: 2004.

68. Лекомцев В.Т., Уваров И.А., Матвеева Н.В., Панченко Е.А. К типологии депрессий у детей и подростков // Сибирский вестник психиатрии и наркологии 2000; 4: 23–27.

69. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. Руководство для врачей. 2-е изд., доп. и перераб. Л.: Медицина, 1985; 416.

70. Лобачева Л.С. Тенденции распространенности и изменения клинических проявлений эндогенных и неэндогенных депрессий в последние десятилетия. Мат. Межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 70-летию организации психиатрической помощи в Иркутской области. Иркутск, 2005; 217–219.

71. Мазаева Н.А. Латентная шизофрения (статика и динамика). Автореферат дис. докт. мед. наук, М.: 1983; 30.

72. Мазаева Н.А., Сиряченко Т.М., Суетина О.А. Возрастные особенности непсихотических форм психогений, вызванных повседневными стрессами. Ж. Неврологии и психиатрии, 2004, 36, 14–20.

73. Мазаева Н.А., Кравченко Н.Е. К проблеме амбулаторной терапии непсихотических депрессивных расстройств у подростков // Психическое здоровье 2006; 4: 26–29.

74. Мазаева Н.А., Кравченко Н.Е. Современные проблемы терапии психических расстройств у подростков. Материалы III Международного конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья». Казань. 23–26 мая 2006; 386.

75. Максимова М.Ю. Особенности личности больных депрессиями юношеского возраста и ее динамика на преморбидном этапе. Автореферат дис. канд. мед. наук. М.: 2002.

76. Медицинский энциклопедический словарь / Под ред. В. И. Бородин. М.: Издательский дом «Оникс 21 век», 2002; 704.

77. Можгинский Ю.Б. Особенности аффективных нарушений и их связь с подростковыми психопатологическими расстройствами. Пограничные расстройства в судебно-психиатрической практике. М.: 1991; 3–7.

78. Мозговая Т.П. Формирование девиантного поведения у подростков (психопатологический и психологический аспекты) // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2000; 3: 24–27.

79. Мосолов С.Н. Применение современных антидепрессантов в терапии депрессий // Психиатрия и психофармакотерапия, приложение 1, 2000; 3–7.

80. Мосолов С.Н., Калинин В.В. Некоторые закономерности формирования, коморбидность, и фармакотерапия тревожно-фобических расстройств. Тревога и обсессии / Под ред. А.Б. Смулевича. 1998; 217–228.

81. Носатовский Г.А. Фенилпропаноламинавая наркомания (вопросы клиники, патогенеза, лечения). Автореферат дис. докт. мед. наук, М.: 2007.

82. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. Аффективные психозы. Л.: Медицина. 1988; 264.

83. Нуллер Ю.Л. Депрессия и деперсонализация: проблема коморбидности. Депрессия и коморбидные расстройства / Под ред. А. Б. Смулевича. М.: 1997; 103–112.

84. Озерцовский С.Д. О скрытых эндогенных депрессиях у подростков // Журн. невропатол. и психиатр. 1979; 2: 212–217.

85. Озерцовский С.Д. Особенности диагностики и лечения депрессий у подростков. Методические рекомендации Л. 1990; 34.

86. Олейчик И.В., Владимиров Т.В., Казьмина О.Ю., Савенко Г.В., Этингоф А.М., Артюх В.В., Егорова М.Ю. Юношеские эндогенные депрессии (психопатология, типология, нозологическая оценка, лечение). Методическое пособие для врачей. М.: 2000; 32.

87. Остроглазов В.Г. Психопатологические состояния пограничного уровня, сопровождающиеся функциональными расстройствами сердечно-сосудистой системы. Автореферат дис. докт. мед. наук. М.: 1988; 47.

88. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения. Отчет о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров. Всемирная организация здравоохранения, 2006 год.

89. Сосюкало О.Д., Кашникова А.А., Татарова И.Н. Психопатоподобные эквиваленты депрессий у детей и подростков // Журн. невропатол. и психиатр 1983; 10: 1522–1528.

90. Паничева Е.В. Популяционное исследование периодических эндогенных психозов (демографические данные и сравнительная характеристика течения) // Журн. невропат. и психиатр им. Корсакова 1982; 82: 4: 557–565.

91. Пантелева Г.П. Аффективные заболевания. Аффективный психоз. Руководство по психиатрии. М: Медицина, 1999; 1: 555–570.

92. Подольский А.И., Идובהва О.А., Хейманс П. Диагностика подростковой депрессивности. Теория и практика. СПб.: Питер. 2004; 202.

93. Пурич-Пейакович Й., Дунич Душан Й. Самоубийство подростков: пер. с сербск. М.: Медицина. 2000; 168.

94. Ротштейн В.Г., Богдан М.Н., Долгов С.А. Эпидемиология депрессий.

Депрессия и коморбидные расстройства; под ред. А. Б. Смулевича. М.: 1997; 138–164.

95. Северный А.А. Применение паксила у детей и подростков (по данным литературы) // Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2002; 3: 37–42.

96. Северный А. А., Иовчук Н.М., Киреева И.П., Брутман В.И. Вегетосудистые расстройства как проявления патологического реагирования подростков // Российский психиатрический журнал 1999; 3: 43.

97. Симуткин Г.Г. К вопросу о систематике сезонных аффективных расстройств. «Вопросы ментальной медицины и экологии». Москва-Павлодар, 2001; VII: 3: 60–66.

98. Симуткин Г.Г. Клинико-конституциональные и хронобиологические закономерности при сезонных аффективных расстройствах. Дисс. докт. мед. наук. Томск. 2002.

99. Сеницкий В.Н. Депрессивные состояния. Киев. 1986.

100. Синягин Ю.В., Синягина Н.Ю. Детский суицид. С-Петербург, 2006.

101. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. – М.: Медицинское информационное агентство, 2003; 432.

102. Смулевич А.Б. Депрессия как общемедицинская проблема // Психиатрия и психофармакотерапия 2006; 3: 4–10

103. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б. Аффективные заболевания непсихотического уровня – циклотимия, дистимия. Руководство по психиатрии. М: Медицина, 1999; 1: 608–636.

104. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Тхостов А.Ш. и др. Психопатология депрессий (к построению типологической модели). Депрессия и коморбидные расстройства / Под ред. А. Б. Смулевича. М.: 1997; 28–53.

105. Снежневский А.В. Клиническая психиатрия (избранные труды). Симптоматология и нозология психозов. М.: 2004; 156–179.

106. Степанченко В.А. Депрессивные расстройства у детей с гиперкинетическими расстройствами по данным клинико-психологического обследования. Современные проблемы охраны психического здоровья детей. Проблемы диагностики, терапии и инструментальных исследований в детской психиатрии. Волгоград. 24–26- апреля 2007г. Волгоград: ВолГМУ, 2007, с.120–121.

107. Суетина О.А. Психогенные расстройства у подростков с непсихотической психической патологией. Автореферат дис. канд. мед. наук, М.: 2004; 23.

108. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. М.: 1974; 320.

109. Терехина Т.В. Патологические формы девиантного поведения у детей - несовершеннолетних правонарушителей. Автореферат дис. канд. мед. наук, М.: 1990.

110. Тiano С. (Tiano S.), Мэнор И., Вэнсон М. Желание умереть и желание совершить самоубийство у подростка – последовательное желание или два разных феномена. Обзор психиатрии и медицинской психологии. 2005; 2: 19–20.

111. Тиганов А.С. Эндогенные депрессии: вопросы классификации и систематики. Депрессия и коморбидные расстройства / Под ред. А. Б. Смулевича. М.: 1997; 12–26.

112. Тиганов А.С. Аффективные расстройства и синдромообразование // Журн. неврол. и психиатр 1999; 1: 8–10.

113. Тиганов А.С. Современные проблемы общей психопатологии // Ж. социальная и клиническая психиатрия 2001; 31: 28–30.

114. Тиганов А.С., Пантелева Г.П., Цуцупольковская М.Я. Эндогенные психические заболевания в адаптированной для использования в Российской Федерации версии международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) // Психиатрия 2003; 1: 17–23.

115. Точилев В.А. Неглубокие депрессии и их распознавание, история вопроса и современное состояние (обзор) // Обзор психиатрии и медицинской психологии 1999; 3: 39–43.

116. Тротт Г.Э., Вирт С., Фрайслер Ф.И. Особенности формирования депрессивного синдрома у детей и подростков // Социальная и клиническая психиатрия 1994; 2: 41–45.

117. Усов М.Г. Клиника, ранняя диагностика и прогноз депрессий у подростков. Автореферат дисс... докт. мед. наук. Томск 1996; 33.

118. Фрайслер Ф.И., Тротт Г.Э. Дифференциальная диагностика депрессивных расстройств в детском и подростковом возрасте // Социальная и клиническая психиатрия 1994; 2: 36–40.

119. Хмелева Ю.Б., Дроздовский Ю.В. Роль конституционально-психологического фактора при совершении суицидов детьми и подростками // Сибирский вестник психиатрии и наркологии 2002; 4: 20–22.

120. Царук Т.П. Депрессии и злоупотребления психоактивными веществами у подростков и юношей // Ж. Социальная профилактика и здоровье 2003; 3: 17–25.

121. Циркин С.Ю. Психопатологический анализ аффективно-эмоциональной сферы: депрессивный аффект // Российский психиатрический журнал 2002; 3: 33–37.

122. Циркин С.Ю. Аналитическая психопатология. М.: Фолиум, 2005; 200.

123. Цуцульковская М.Я., Копейко Г.И., Олейчик И.В., Владимиров Т.В. Роль психобиологических характеристик юношеского возраста в формировании клинической картины депрессий и особенностях терапии // Психиатрия 2003; 5: 21–28.
124. Цуцульковская М.Я., Олейчик И.В., Владимиров Т.В., Казьмина О.Ю., Савенко Г.В., Этингф А.М., Артюх В.В., Егорова М.Ю. Юношеские эндогенные депрессии (психопатология, типология, нозологическая оценка, лечение) // Психиатр 2005; 3: 17–27.
125. Чайка Ю. Ю., Чайка Ю. В. К постановке проблемы ранговой структуры депрессивного синдрома // Украинский медицинский альманах 2005; 8: 4: (дополн.): 259–261.
126. Чеховская М.В. Клиническая характеристика психических нарушений у лиц с гетероагрессивным поведением. Автореф. дис. канд. мед. наук. Томск, 1997.
127. Шинкарева Л., Гоштаутас А., Перминас А., Густайнене Л., Пилкаускаене И. Связь психологических и поведенческих факторов риска со смертностью в течение 10 лет наблюдения // Обзор психиатрии и медицинской психологии 2004; 2.
128. Этингф А.М. Юношеские дисморфофобические депрессии (типология, диагностика, прогноз). Автореферат дис. канд. мед. наук. М.: 2004.
129. Akiskal H.S. Distimic disorder // Am J Psychiatry 1983; 140: 11–20.
130. Akiskal H.S. An integrative perspective on recurrent mood disorders: The mediating role of personality. J. Becker & A. Kleinman, Psychosocial aspects of depression, 1991; 215–235. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
131. Akiskal H.S., Weller E.B., Kaplan H.J., Sadock B.E., eds. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore: Williams and Wilkins, 1989.
132. Ambrossini P.J., Bianchi M.D., Rabinovich H., Ella J. Antidepressant treatments in Children and Adolescent. Affective Disorders // J Am Acad Child Adolescent Psychiatry 1993; 32: 1: 1–6.
133. Angst J. Depression and anxiety: implications for nosology, course and treatment // J Clin Psychiatry 1997; 58: Suppl 8: 3–5.
134. Angst J., Dobler-Mikola A., Binder J. The Zurich Study – a prospective epidemiological study of depressive, neurotic and psychosomatic syndromes // Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1984; 234: 13–20.
135. Angst J., Merikangas K. The depressive spectrum: diagnostic classification and course // J Affect Dis 1997; 5: 8: 31–39.
136. Bauer M., Whybrow P. C., Angst J., Verciani M., Moller H.J. (WFSBP) Task Force on Treatment Guidelines for Unipolar Depressive Disorders, Part 2: Maintenance treatment of major depressive disorder and treatment of chronic depressive disorders and subthreshold depressions // World J Biol Psychiatry 2002; Apr: 3: 2: 69–86.
137. Blochl L. Депрессивные расстройства. Клиническая психология. 2-е изд. / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. СПб.: Питер, 2003; 1046–1078.
138. Bowen, R., South, M., & Hawkes, J. Mood swings in patients with panic disorder // Canadian Journal of Psychiatry 1994; 39: 91–94.
139. Braconnier A. Syndrome de menace depressive et adolescence // Perspectives Psy 1996; 35: 309–311.
140. Brown G.W., Harris T.O. Aetiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population. 1. Early adversity // Psychol Med 1993; Feb: 23: 1: 143–154.
141. Cambell M., Cueva J. Psychopharmacology in Child and Adolescent Psychiatry: A Review of the Past 7 years: part II // J Am Acad Child Psychiatry 1995; 34: 10: 1262–1272.
142. Carson R.C., Butcher J.N., Mineka S. Аномальная психология. 11-е изд. СПб.: Питер, 2004; 1167.
143. Casey P., Dowrick C., Wilkinson G. Adjustment disorders. Fault line in the psychiatric glossary. British Journal of Psychiatry 2001; 179: 479–481.
144. Chetta S., Schifano F., Oyefeso A., Webb L., Ghodse A.H. Antidepressant-related deaths and antidepressant prescriptions in England and Wales, 1998–2000 // British Journal of Psychiatry 2004; 184: 41–47.
145. Christodoulou G.N. Профилактика депрессии // WPA Bulletin on Depression 2002; 5: 24: 3–8.
146. Clark A. Proposed treatment for adolescent psychosis. 2: Bipolar illness. Advances in Psychiatric Treatment 2001; 7: 143–149.
147. Collishaw S., Maughan B., Goodman R., Pickles A. Time trends in adolescent mental health // Journal of the Child Psychology and Psychiatry 2004; 45: 1350–1362.
148. Covacs M., Devlin B. Internalizing disorders in childhood // J Child Psychol Psychiatr 1998; 39: 1: 47–63.
149. Dixon L., Haas G., Weiden P.J., Sweeney J., Frances A.J. Drug abuse in schizophrenic patients: clinical correlates and reasons for use // Am J Psychiatry 1991; Feb: 148: 2: 224–230.
150. Downs W.R., Rose S.R. The relationship of adolescent peer groups to the incidence of psychosocial problems // Adolescence 1991; Summer: 26: 102: 473–492.
151. Dubicka B., Goodyer I. Should we prescribe antidepressants to children? // Psychiatric Bulletin 2005; 29: 164–167.
152. Eisenberg L. Psychiatry and health in low-income populations // Compr Psychiatry 1997; Mar-Apr: 38: 2: 69–73.
153. Emslie G.J., Rush A.J., Weinberg W.A. et al. A double blind randomized placebo controlled trial of fluoxetine in children and adolescent with depression // Archives of General Psychiatry 1997; 54: 1031–1037.
154. Fergusson D.M., Horwood L.J., Lynskey M.T. The effects of unemployment on psychiatric illness during young adulthood // Psychol Med 1997; Mar: 27: 2: 371–381.
155. Fleming J.E., Offord D.R., Boyle M.H. Prevalence of childhood and adolescent depression in the community: Ontario Child Health Study // British Journal of Psychiatry 1989; 155: 647–654.
156. Fombonne E. Depressive disorders: Time trends and possible explanatory mechanisms. I: Rutter M., Smith D. (red) Psychosocial disorders in young people. Time trends and their causes. Wiley, Chichester 1995.
157. Fombonne E. Increased rates of psychosocial disorders in youth. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience // 1998; 248: 14–21.
158. Fombonne E., Wostear G., Cooper V., Harrington R., Rutter M. The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression. Psychiatric outcomes in adulthood // British journal of psychiatry 2001; 179: 210–217.
159. Fombonne E., Wostear G., Cooper V., Harrington R., Rutter M. The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression Suicidality, criminality and social dysfunction in adulthood // British Journal of Psychiatry 2001; 179: 218–223.
160. Friedman R.A. and Leon A.C. Expanding the Black Box – Depression, Antidepressants, and the Risk of Suicide // N Engl J Med 2007; June: 7: 356: 23: 2343–2346.
161. Furman E. (1992). What is depression in childhood? A discussion of definition, assessment and some developmental factors // Child Analysis, 3: 101–123 [packet].
162. Gibbons R.D., Brown C.H., Hur K., Marcus S.M., Bhaumik D.K., and Mann J.J. Relationship Between Antidepressants and Suicide Attempts: An Analysis of the Veterans Health Administration Data Sets // Am J Psychiatry 2007; July: 1: 164: 7: 1044–1049.
163. Gibbons R.D., Hur K., Bhaumik D.K., Mann J.J. Antidepressant Prescription Rates and Rate of Early Adolescent Suicide // J Psychiatry 2006; 163: 1898–1904.
164. Glaser K. Masked depression in children and adolescents // Am J Psychother 1967; 21: 7: 565.
164. Grove V.M., Andreasen N.S. (1992) Concepts, diagnosis and classification / E.S. Paykel, ed, Handbook of affective disorders (2 ed., 22–41). Edinburgh: Churchill Livingstone.
166. Harrington R., Whittaker J., Shoebridge P., et al. Systematic review of efficacy of cognitive behaviour therapies in childhood and adolescent depressive disorder // British Medical Journal 1998; 316: 1559–1563.
167. Hazell P., O'Connell D., Heathcote D., Henry D. (2003) Tricyclic drugs for depression in children and adolescents (Cochrane Review). The Cochrane Library, issue 4. Chichester: John Wiley.
168. Hell D. Ландшафт депрессии. Пер с нем. И.Я. Сапожниковой. М.: Алтейя. 1999: 277.
169. Horwath E., Jonson J., Klerman G.L., Weisman M.M. What are the public health implications of subclinical depressive symptoms? // Psychiatric Quarterly 1994; 65: 323–337.
170. Hudson J., Pope Y. Affective spectrum disorder // American Journal of Psychiatry 1994; 147: 5: 552–564.
171. Ivarsson T., Larsson B., Gillberg C.A. 2–4-year follow-up of depressive symptoms, suicidal ideation, and suicide attempts among adolescent psychiatric inpatients // Eur Child Adolescent Psych 1998; 7: 96–104.
172. Ivarsson T., Rasatam M., Wentz E., Gillberg I.C., Gillberg Chr. Depressive disorders in teenage-onset anorexia nervosa: A controlled longitudinal partly community based study // Comp Psychiatry 2000; 41: 5: 398–403.
173. Judd L.L., Rapaport M.H., Paulus M.P., Brown J.L. : Subsyndromal symptomatic depression: a new mood disorder? // J Clin Psychiatry 1994; 55: April: Suppl: 18–28.
174. Juon H.S., Ensminger M.E. Childhood, adolescent, and young adult predictors of suicidal behaviors: a prospective study of African Americans // J Child Psychol Psychiatry 1997; Jul: 38: 5: 553–63.
175. Kaplan S.L., Hong G.K., Weinhold C. Epidemiology of depressive symptomatology // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1984; 23: 1: 91–98.
176. Keller M.B. Course outcome and impact on the community // Acta Psychiatrica Scandinavica 1994; 89: 24–34.
177. Keller M.B., Beardslee W.R., Lavori P.W., Wunder J. Course of major depression in nonreferred adolescents: A retrospective study // Journal of Affective Disorders 1988; 15: 235–243.
178. Kempinski A. Меланхолия. Пер с польск. СПб.: Наука 2002; 405.
179. Kielholz P. Фармакотерапия при депрессивном синдроме // Де-

- прессии. Вопросы клиники, психопатологии, терапии. М., 1970; 117–128.
180. Kielholz, P. ed. Masked Depression. Bern/Stuttgart/Vienna: Hans Huber Publishers, 1st Edition. 1973; 379.
 181. Klein D.F. The treatment of atypical depression // *European Psychiatry* 1993; 8: 5: 251–255.
 182. Klerman G.L. The current age of youthful melancholia // *British Journal of Psychiatry* 1988, 152, 4–14.
 183. Knox M., King C., Hanna G.L. et al. – Aggressive behavior in clinically depressed adolescents // *J Amer Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 611–618 (из Психиатрия 2003; 6).
 184. Kraus A. Новые психопатологические концепции личности больных маниакально-депрессивным психозом. Лекция // *Ж неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова* 1996; 6: 70–76.
 185. Kye C.H., Waterman G.S., Ryan N.D. et al. (1996) A Randomized, Controlled Trial of Amitriptyline in the acute treatment of adolescent Major Depression // *J Am Acad Child adolesc psychiatry* 35: 9: 1139–1144.
 186. Lecrubier Y. Depression in medical practice // *WPA Bull. on depression* 1993; 1: 1–2.
 187. Lewinsohn P.M., Hoberman H.M., Rosenbaum M. A prospective study of risk factors for unipolar depression // *Journal of Abnormal Psychology* 1988; 97: 251–264.
 188. Libby A.M., Brent D.A., Morrato E.H., Orton H.D., Allen R., and Valuck R.J. Decline in treatment of pediatric depression after FDA advisory on risk of suicidality with SSRIs // *Am J Psychiatry* 2007; June: 1: 164: 6: 884–891.
 189. Maag J.W., Irvin D.M., Reid R., Vasa S.F. Prevalence and predictors of substance use: a comparison between adolescents with and without learning disabilities // *J Learn Disabil* 1994; Apr: 27: 4: 223–234.
 190. Marcelli D. Depression de l'adolescent // *Perspectives Psy* 1998; 37: 4: 241–248.
 191. Marneros A. Das neue Handbuch der Bipolaren und Depressiven Erkrankungen. – Stuttgart–New York: Georg Thieme Verlag, 2004; 781.
 192. Mash E.J., Wolf D.A. (Beautrais, 2000) Детская психопатология. Нарушения психики ребенка. СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2003; 384.
 193. McConanghly S.N., Stanger C., Achenbach T.M. Three-year course of behavioral-emotional problems in a national sample of 4- to 16 year old argument among informants // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 932–940.
 194. McClure G.M.G. Suicide in children and adolescents in England and Wales 1970–1998; *British Journal of Psychiatry* 2001; 178: 469–474.
 195. McCullough J.P. Лечение хронической депрессии /Пер. с англ. Н.Алексеевой, О.Исаковой. СПб.: Издательство «Речь», 2003; 368.
 196. McElroy S. Comorbidity of depression // *New direction of drug therapy of mental disorders*. Indianapolis, 1994; 56–89.
 197. McElroy S. L., Hudson J. I., Pope H. G., Jr. Keck P. E., Aizley H. G. The DSM-III-R Impulse Control Disorders Not Elsewhere Classified: Clinical characteristics and relationships to other psychiatric disorders // *American Journal of Psychiatry* 1992; 149: 318–327.
 198. Meltzer H., Gatward R., Goodman R. et al. The Mental Health of Children and Adolescents in Great Britain. London: 2000. The Stationery Office.
 199. Moran P.B., Eckenrode J. Protective personality characteristics among adolescent victims of maltreatment // *Child Abuse Negl* 1992; Sep–Oct: 16: 5: 743–754.
 200. Mufson L., Moreau D., Weissman M., Klerman G.L. – Подросток и депрессия. Межличностная психотерапия. Пер. с англ. Е. Хромовой. М.: Из-во Эксмо, 2003. 320.
 201. Nissen G. Depressive Syndromes in Childhood and Adolescents / G. Nissen. Berlin. 1986.
 202. Oldehinkel A.J., Wittchen H.U. and Schuster P. - Prevalence, 20-month incidence and outcome of unipolar depressive disorders in a community sample of adolescents // *Psychological Medicine* 1999; 29: 655–668.
 203. Olie J.P., Poirier M.F., Loo H. Les maladies depressives. Paris: Flammarion Medicine-Sciences, 1995.
 204. Offer D. (1969) Adolescent turmoil. In *The Psychological World of the Teenager: A Study of Normal Adolescent Boys* (pp. 174–193). New York: Basic Books.
 205. Offer D., Schonner-Reichl K.A. – Debuncing the depressive disorder of adolescents: finding from recent research // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 1003–1014.
 206. Offord D., Boyle M.H., Szatmari P., Rae-Grant N., Links P.S., Cadman D.T., Byles J.A., Grawford J.M., Blum H.M., Byrne C., Thomas H., Woodward C.A. – Ontario Child Health Study: II. Six month prevalence of disorder and rates of service utilization // *Archives of General Psychiatry* 1987; 44: 832–836.
 207. Pfeffer C.R. The FDA pediatric advisories and changes in diagnosis and treatment of pediatric depression // *Am J Psychiatry* 2007; June: 1: 164: 6: 843–846.
 208. van. Praag H.M. Депрессия, тревожные расстройства, агрессия: попытки распутать Gordiev узел. Медиография 1998; 20: 2: 27–35.
 209. van. Praag H.M. Минусы современных исследований стресса в психиатрии // *Социальная и клиническая психиатрия* 2005; 1: 76–80.
 210. Pine D., Cohen E., Cohen P., Brook J. Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: moodiness or mood disorder? // *Am J Psychiatry* 1999; 156: 133–135.
 211. Rasatam M., Gillberg I.C., Gillberg Chr. Anorexia nervosa 6 years after onset: Part II. Comorbid psychiatric problems. *Comp Psychiatry* 1995; 36, 1: 70–76.
 212. Reynolds I., Rob M.I. The role of family difficulties in adolescent depression, drug-taking and other problem behaviours // *Med J* 1988; Aust: 5: 149: 5: 250–256.
 213. Reynolds W.M., Johnston H.F. Handbook of depression in children and adolescents. New York: Plenum. 1994.
 214. Rutter M., Graham P., Chadwick F.D. Yule W. Adolescent turmoil: Fact of fiction // *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1976; 17: 35–56.
 215. Rutter M., Tizard J., Yule W., Graham P., Whitmore K. Isle of Wight studies 1964–1974 // *Psychological Medicine* 1976; 6: 313–332.
 216. Ryan N.D., Puig-Antich J., Cooper T., Ambrosini P., Rabinovich H., Rbinson D., Nelson B., Iyengar S., Twomey J. Imipramine in adolescent major depression in children and adolescents // *Archives of General Psychiatry* 1986; 44: 854–861.
 217. Sartorius N. Депрессия: всемирные аспекты проблемы. WPA Bulletin on Depression. 2003; 6: 25: 3–4.
 218. Simon G.E. and Savarino J. Suicide attempts among patients starting depression treatment with medications or psychotherapy // *Am J Psychiatry* 2007; July: 1: 164: 7: 1029–1034.
 219. Smart R.G., Ogbome A.C. Street youth in substance abuse treatment: characteristics and treatment compliance // *Adolescence* 1994; Fall: 29: 115: 733–745.
 220. Strober M., Freeman R., Rigali J. The pharmacotherapy of depressive illness in adolescence: I An open label trial of imipramine // *Psychopharmacol Bull* 1990; 26: 80–84.
 221. Tyson P., Tyson R. (1990) Psychoanalytic Theories of Development. An Integration. New Haven, Connecticut: Yale University Press.
 222. Wasserman D., Cheng Q., Jiang G.X. Global suicide rates among young people aged 15–19. *World Psychiatry* 2005; 4: 2: 114–120.
 223. Weiss R.D., Griffin M.L., Mirin S.M. Drug Abuse as Self-Medication for Depression: an Empirical Study // *Am J Drug Alcohol Abuse* 1992; 18: 2: 121–129.
 224. Weissman M.M., Wolk S., Goldstein R.B., Morean D., Adams P. et al. Depressed adolescents grown up. *Journal of American Medical Association* 1999; 281: 18: 1707–1713.
 225. Winokur G., Gardoret R. Baker M., Dorzab J. Depression spectrum disease versus pure depressive disease // *Brit. J. Psychiat* 1975; 127: 75–77.