Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова
2023, т. 123, №11, вып. 2, с. 9–13
https://doi.org/10.17116/jnevro20231231129

S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry
2023, vol. 123, no. 11, issue 2, pp. 9–13
https://doi.org/10.17116/jnevro20231231129

Поведенческие феномены депрессий в подростковом возрасте

© Е.В. МАЛИНИНА, И.В. ЗАБОЗЛАЕВА, А.Е. МИТЮШКИН

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Челябинск, Россия

Резюме

Цель исследования. Изучение поведенческих феноменов депрессивных расстройств в подростковом возрасте.

Материал и методы. Были обследованы 95 пациентов в возрасте от 12 до 17 лет со смешанным расстройством эмоций и поведения без когнитивных нарушений и психотических расстройств. Использовались методы: клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, шкалы Бека, Спилбергера—Ханина, опросник Зунга, патохарактерологический диагностический опросник, статистический анализ.

Результаты. В структуре данного синдрома были выявлены следующие аффективные нарушения: сниженное настроение (n=84; 88,4%), потеря интереса к учебе, к повседневной жизни (n=81; 85,3%) и расстройства поведения: проявление агрессии (n=47; 49,5%), аутоагрессии (n=44; 46,3%), суицидальные мысли (n=34 35,8%), снижение успеваемости (n=35; 36,8%), низкая мотивация к обучению, отказ посещать школу (n=24; 25,3%). Клиническая оценка особенностей поведенческих расстройств продемонстрировала неоднородность симптоматики, что позволило выделить две группы: психопатоподобное и тревожное поведение. В 1-й группе (n=47; 38,3%) преобладали агрессия, протестные реакции (72,3%), (p<0,001), конфликты с учителями, одноклассниками (87,2%), (p=0,014), аддикции (25,5%), (p=0,011). Во 2-й группе (n=48; 22,9%) отмечалась тревожная симптоматика (60,4%), (p=0,00015), эмоциональная лабильность, замкнутость, с преобладанием шизоидных личностных черт (62,5%) (χ^2=5,56, p=0,024, φ=0,242) и со слабой реакцией эмансипации (78,6%) (χ^2=5,16, p=0,04, φ=0,233).

Заключение. За поведенческими феноменами депрессивных расстройств могут скрываться психопатоподобные и тревожные симптомокомплексы. Данные нарушения определяют динамический аспект формирования депрессивного расстройства и встречаются преимущественно в дебюте синдрома. Только долгосрочное наблюдение за такими пациентами может ответить на вопрос, к какой нозологической форме относится подростковая депрессия.

Ключевые слова: *поведенческие феномены, психопатоподобное поведение, подростковый возраст, депрессия, тревога.*

Информация об авторах:
Малинина Е.В. — https://orcid.org/0000-0002-5811-4428
Забозлаева И.В. — https://orcid.org/0009-0002-1722-6914
Митюшкин А.Е. — https://orcid.org/0009-0001-7631-3068
Автор, ответственный за переписку: Малинина Е.В. — e-mail: malinina.e@rambler.ru

Как цитировать:
Малинина Е.В., Забозлаева И.В., Митюшкин А.Е. Поведенческие феномены депрессий в подростковом возрасте. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2023;123(11 вып. 2):9–13. https://doi.org/10.17116/jnevro20231231129

Behavioral phenomena of depression in adolescence

© E.V. MALININA, I.V. ZABOZLAEVA, A.E. MITYUSHKIN

South-Ural State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Chelyabinsk, Russia

Abstract

Objective. To study behavioral phenomena of depressive disorders in adolescence.

Material and methods. Ninety-five patients, aged 12 to 17 years, with a mixed disorder of emotions and behavior without cognitive impairment and psychotic disorders were examined. Clinical-psychopathological, clinical-follow-up methods, Beck scales, the Spielberger-Khanin scale, Zung and PDO questionnaires, statistical analysis were used.

Results. The structure of this syndrome included affective disorders: low mood (n=84 88.4%), loss of interest in studies, everyday life (n=81, 85.3%) and behavioral disorders: manifestation of aggression (n=47, 49.5%), auto-aggression (n=44, 46.3%), suicidal thoughts (n=34, 35.8%), decrease in academic performance (n=35, 36.8%), low motivation for learning, refusal to attend school (n=24, 25.3%). Clinical assessment of the characteristics of behavioral disorders demonstrated the heterogeneity of symptoms, which made it possible to distinguish two groups: psychopathic and anxious behavior. In group I, (n=47, 38.3%) predominated aggression, protest reactions (72.3%), (p<0.001), conflicts with teachers, classmates (87.2%), (p=0.014), addictions (25.5%), (p=0.011). In group II (n=48, 22.9%), there were anxiety symptoms (60.4%, p=0.00015), emotional lability, isolation, with a predominance of schizoid personality traits (62.5%) (χ^2=.56, p=0.024, φ=0.242) and with a weak emancipation reaction (78.6%) (χ^2=5.16, p=0.04, φ=0.233).

Conclusion. Behind the behavioral phenomena of depressive disorders, psychopathic and anxious symptom complexes can occur. These disorders determine the dynamic aspect of the formation of a depressive disorder and occur mainly at the onset of the syndrome. Only long-term follow-up of such patients can answer the question of which nosological form adolescent depression belongs to.

Keywords: *behavioral phenomena, psychopathic behavior, adolescence, depression, anxiety.*

Information about the authors:
Malinina E.V. — https://orcid.org/0000-0002-5811-4428
Zabozlaeva I.V. — https://orcid.org/0009-0002-1722-6914
Mityushkin A.E. — https://orcid.org/0009-0001-7631-3068
Corresponding author: Malinina E.V. — e-mail: malinina.e@rambler.ru

To cite this article:
Malinina EV, Zabozlaeva IV, Mityushkin AE. Behavioral phenomena of depression in adolescence. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry = Zhurnal nevrologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2023;123(11 vyp 2):9–13. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/jnevro20231231129

Депрессия, согласно Всемирной организации здравоохранения, является психическим расстройством, характеризующимся длительными периодами подавленного настроения, утратой интереса к привычной деятельности или способности получать от нее удовольствие [1]. Она входит в число четырех наиболее значимых нозологий у подростков, что обусловлено высокой сопряженностью с аутоагрессивным поведением, а также значительным бременем для самих больных, их семей и общества в целом [2—4].

Многие авторы сообщают о высокой частоте депрессий у детей прежде всего субклинического непсихотического уровня, заболеваемость которыми возрастает при наступлении подросткового возраста [5, 6]. Представлены данные, что на протяжении жизни хотя бы один депрессивный эпизод возникает у 20—25% подростков старшего возраста [7]. В данном периоде депрессия редко соответствует классическим описаниям. Прежде всего обращает на себя внимание рудиментарность собственно тимического компонента депрессивной триады (свойственного для взрослых), который представлен в основном двумя видами аффектов —апатическим и дисфорическим [8, 9]. Клиническая картина приобретает атипичную или маскированную форму, сопровождается коморбидными психическими нарушениями и поведенческими феноменами [10, 11].

Проявления депрессии у подростков часто связаны с повышенной восприимчивостью к стрессовым ситуациям, проблемами в межличностных и семейных отношениях, снижением успеваемости и социальной активности в школе, а также с задержкой эмоционального и когнитивного развития. Однако до сих пор неясно, является ли это предвестниками или следствием депрессии [12].

Клиническую ситуацию усугубляет факт учащения у таких подростков эпизодов агрессивного и аутоагрессивного, в том числе суицидального, поведения, правонарушений, раннего формирования зависимостей (от алкоголя, психоактивных веществ, интернета) [13]. Повышенная частота деструктивных психопатоподобных тенденций, зачастую несоразмерных выраженности депрессивного аффекта, связана с недостаточной психосоциальной зрелостью [14]. В связи с этим депрессия ставит под угрозу своевременное развитие молодых лиц, это влечет за собой возникновение дополнительного стресса, способствует нарушению нейробиологического развития и провоцирует различные психосоциальные проблемы, включая дисфункциональные межличностные и семейные отношения, правонарушения, низкий уровень образования и профессиональной квалификации, низкую работоспособность и безработицу, что совокупно значительно снижает качество жизни [15—17].

Таким образом, ряд существенных особенностей, определяющихся ролью пубертатной фазы созревания в возникновении данных состояний и формировании их клинической картины, обусловливает необходимость специального рассмотрения проблем поведенческих феноменов депрессий подросткового возраста.

Цель исследования — изучение поведенческих феноменов депрессивных расстройств в подростковом возрасте.

Материал и методы

Работа проводилась на кафедре психиатрии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России и в детских отделениях ГБУЗ «Областной клинической специализированной психоневрологической больницы №1» Челябинска. В клиническом исследовании приняли участие 95 пациентов: 29 мальчиков и 66 девочек (средний возраст 14,6±1,6 года). Все пациенты или их родители подписывали информированное согласие на участие в исследовании. Исследование было одобрено локальным Этическим комитетом.

Критерии включения: возраст от 12 до 17 лет; смешанное расстройство эмоций и поведения, рубрика F92.0 (МКБ-10); клиническая картина сопровождалась симптомами сниженного настроения, вспышками агрессии, ухудшением успеваемости, отказом ходить в школу, тревогой, страхами.

Критерии исключения: когнитивные нарушения (пограничный уровень, умственная отсталость), психотические расстройства.

Выборку составили пациенты, впервые поступившие в психиатрическое отделение с целью обследования и лечения.

Использовались следующие методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-анамнестический с целью выявления симптомов эмоциональных и поведенческих нарушений, верифицированных согласно диагностическим критериям Международной классификации болезней (МКБ-10); шкала тревожности Спилбергера—Ханина (СХ) выявляла уровень личностной и реактивной тревоги, где количество баллов до 30 соответствовало низкому уровню тревоги, до 45 — умеренной тревожности и свыше 46 — выраженной; для выявления выраженности депрессии применялись шкалы Зунга и Бека; изучение личностных особенностей проводилось с помощью патохарактерологического диагностического опросника (ПДО)

Статистический анализ включал методы описательной статистики (среднее значение, среднее квадратическое отклонение). Для сравнения двух групп применены методы сравнительной статистики: непараметрический *U*-критерий Манна—Уитни для двух несвязанных групп; критерий χ^2 Пирсона с поправкой Йетса и точный критерий Фишера (сопоставление двух эмпирических распределений одного и того же признака), критерий φ (оценки силы взаимосвязи исследуемых факторов). Расчеты прово-

дили с использованием статистического пакета программ Statistica 10.0. Различия считали статистически достоверными при уровне доверительного интервала $p \leqslant 0,05$.

Результаты

Следует отметить, что 52 (54,7%) подростка ранее обращались за амбулаторной помощью, но преимущественно к психологам (15,8%), психотерапевтам (12,6%), неврологам (7,4%). И 45,3% обследуемых не обращались ранее ни к каким специалистам. Основными причинами госпитализации в психиатрический стационар были суицидальные поступки и мысли, отказы посещать школу, агрессия и аутоагрессия. Родители пациентов прежде всего отмечали проблемы в школе (39%), агрессивное поведение (29,5%), аутоагрессию (16,8%). При этом, со слов родителей, 35,8% детей стали замкнутыми, необщительными, а 19% — агрессивными, вспыльчивыми и раздражительными. Как правило, при первичной верификации психопатологической картины симптоматика рассматривалась в рамках «Смешанного расстройства эмоций и поведения». В структуре данного синдрома преобладающими были аффективные нарушения — подростки жаловались на сниженное настроение (n=84; 88,4%), потерю интереса как к учебе, так и к повседневной жизни (n=81; 85,3%). Они говорили о скуке, отсутствии радостей в привычных делах. Одновременно с этим были выявлены тревожные (41%) и фобические (28,4%) симптомы с разными страхами: будущего, осуждения, животных (насекомые, пауки, змеи и др.) и темноты, в отдельных случаях имелись указания на социофобию (20%) и панические атаки (11,6%).

Для подтверждения эмоциональных симптомов проводилось психологическое обследование (шкала Бека, шкала Зунга и Спилберга—Ханина). Так, у 77 (81,1%) пациентов была выявлена тяжелая и выраженная депрессия по шкале Бека (20—29 баллов), по шкале Зунга (>70 баллов), у 55 (57,9%) — умеренная по шкале Бека (16—19 баллов) и по шкале Зунга (60—69 баллов), у 4 (35,8%) — легкая по шкале Бека (10—15 баллов) и по шкале Зунга (50—59 баллов), т.е. клинические симптомы депрессии подтвердились психологическими методами. Уровень тревоги по шкале Спилбергера—Ханина был высоким (45 баллов) у 69 (72,6%) пациентов и умеренным (31—44 балла) у 26 (27,4%).

Кроме того, четко определялись расстройства поведения. В большинстве случаев (n=47; 49,5%) это были проявления различных форм агрессии — вербальной, физической, жестокого обращения с животными, порчей домашних вещей и аутоагрессии у 44 (46,3%) пациентов, в виде нанесения порезов на руках, ногах, туловище, ударов, самоизбиений, царапания, щипания, укусов. У 34 (35,8%) подростков были суицидальные мысли в виде планирования суицидальной попытки, открытого высказывания намерений, у 11 (11,6%) — суицидальные попытки путем нанесения самопорезов, отравления медикаментами, удушения, утопления. Свое поведение подростки объясняли подменой «душевной боли» физической, как демонстративно-шантажное в конфликтных ситуациях или не были способны объяснить причину. Также у 15 (15,8%) пациентов отмечались химические формы аддикции в виде употребления алкоголя, табакокурения, у 26 (26,4%) — нехимические (интернет-зависимость), которые оценивались как предпочтительный досуг и метод общения, деятельность, занимающая большую часть времени, независимо от обстоятельств. В семье поведение подростков в 31 (32,6%) случае характеризовалось конфликтным, агрессивным, 19 (20,0%) пациентов были замкнутыми, необщительными, стремились к уединению, у 13 (13,7%) — отмечались протестные реакции.

Изменения в поведении отражались на когнитивной и социальных сферах. Так, в 35 (36,8%) случаях снижалась успеваемость, в 24 (25,3%) — имелись низкая мотивация к обучению и полный отказ посещать школу, жалобы на плохую память и сообразительность, 12 (12,6%) пациентов становились конфликтными с одноклассниками и учителями (11,6%). В результате проблем в школе подростки меняли несколько учебных заведений (7,4%), переводились на другие формы обучения, например домашнее, или отчислялись (5,3%). В социальном общении отмечались трудности в поддержании дружеских отношений у 25 (26,3%) пациентов, 5 (5,26%) — вступили в асоциальные компании.

Кроме того, были зафиксированы соматические симптомы в виде нарушений сна (52,6%): бессонница (16,8%), повышенная сонливость (11,6%), нерегулярный сон (11,6%). Расстройства пищевого поведения наблюдалось у 18 (18,9%) пациентов — снижение аппетита (9,5%), избирательность в еде (3,2%) и нерегулярное, ситуативное питание (2,1%). В структуре соматического вектора были жалобы со стороны подростков на утомляемость (4,2%) и болевые ощущения (2,1%).

Таким образом, клиническая картина впервые выявленного смешанного расстройства эмоций и поведения была полиморфна и представляла констелляцию эмоциональных, поведенческих, когнитивных и соматовегетативных симптомов **(см. таблицу)**. По причинам обращаемости, степени представленности и дезадаптирующему компоненту преобладали в большей степени поведенческие феномены.

Учитывая такой полиморфизм поведенческих симптомов и преобладание возбудимых и тормозимых личностных форм реагирования, были выделены две группы. Первая (I) группа обследуемых была представлена возбудимым вариантом, с так называемым психопатоподобным поведением — 47 (49,5%) пациентов. Вторая (II) группа включала тормозимый тип реакций, с тревожным типом поведения — 48 (50,5%) пациентов. В обеих группах преобладали девочки.

При оценке симптомов были получены следующие данные: в I группе достоверно чаще встречались вербальная и физическая агрессия, драки, протестные реакции (72,34%) (χ^2=26,05 p<0,001, φ=0,524), конфликты с учителями, одноклассниками (87,23%) (χ^2=6,29, p=0,014, φ=0,258), аддикции (25,5%) (χ^2=6,64, p=0,011, φ=0,264). По ПДО превалировали преимущественно шизоидные (n=18), эпилептоидные (n=14), эмоционально-неустойчивые (n=12) и истерические (n=7) характерологические особенности. Во II группе преобладали тревожная симптоматика, панические атаки (60,4%), (χ^2=15,03, p=0,00015, φ=0,398), эмоциональная лабильность, замкнутость, с преобладанием шизоидных личностных черт (62,5%) (χ^2=5,56, p=0,024, φ=0,242) и слабой реакцией эмансипации (78,6%) (χ^2=5,16, p=0,04, φ=0,233) по ПДО.

Был проведен клинико-анамнестический анализ наследственных показателей по всей выборке. Он показал, что у ближайших родственников первой линии были установленны диагнозы психических заболеваний: депрессия, алкоголизм, а также завершенные суициды или попытки в 35 (36,8%) случаях. Можно полагать, что аффективная патология у близких родственников играла определенную роль в возникновении депрессивной симптоматики у обследу-

Симптоматика смешанного расстройства эмоций и поведения
Symptoms of mixed emotion and behavior disorder

Психопатологические синдромы	Симптомы	Частота встречаемости (%)
Аффективные (эмоциональные)	Сниженное настроение	88,4
	Тревога	41,1
	Фобии	28,4
	Потеря интересов и побуждений	85,3
Поведенческие (социальные)	Агрессия	49,5
	Аутоагрессия	46,3
	Суицидальные мысли	35,8
	Суицидальные попытки	11,6
	Аддикции химические и нехимические	15,8 и 26,4
	Замкнутость	20,0
	Отсутствие друзей	26,3
	Непосещение школы	25,3
	Аутоагрессия	46,3
Когнитивные	Снижение успеваемости	36,8
	Нарушение сообразительности	13,7
	Трудности запоминания	13,7
Соматовегетативные	Нарушения сна	52,6
	Нарушения аппетита	18,9
	Утомляемость	4,2
	Болевые симптомы	2,1

емых пациентов. В рассмотрении наследственных факторов играют роль и характерологические особенности родителей подростков. Было выявлено, что результаты достоверно различались по группам. Так в I группе у родителей преобладали черты конфликтности, агрессивности (25,5%) (χ^2=5,203, p=0,03, φ=0,230), психопатоподобные формы поведения (31,9%) (χ^2=6,604, p=0,012, φ=0,264), во II группе — тревожные, астеничные черты (18,8%) (χ^2=6,606, p=0,016, φ=0,261). Данное обстоятельство говорит о возможности наследования личностных особенностей обследуемых как биологической составляющей поведенческих нарушений при депрессии у подростков.

Обсуждение

Представленные результаты исследования еще раз демонстрируют разнообразие и неспецифичность клинической картины депрессии в подростковом возрасте. Для понимания всех выявленных особенностей следует обратиться к психопатологии развития. Незрелость и несформированность эмоциональной сферы в детско-подростковом возрасте делают клиническую картину депрессии отличной от взрослых, не наблюдаются типичные и классические симптомы. Имеется нечеткая синдромологическая очерченность психопатологических проявлений. Включение в клиническую картину поведенческих симптомов демонстрирует нейробиологическую основу возрастного аспекта со всплеском сексуального и агрессивного поведения, с типичными подростковыми реакциями. Не исключена роль и наследственной психической патологии, характерологических особенностей родителей в возникновении поведенческих феноменов в структуре депрессии. Поэтому зачастую именно поведенческие расстройства маскируют депрессивную симптоматику.

Проведенное исследование показывает, что особенностью первичных депрессивных эпизодов в подростковом возрасте является сочетание психопатологических симптомов аффективной, поведенческой, когнитивной и соматической сфер. Это выражается в агрессии и аутоагрессии, преимущественно в виде порезов, суицидальных попыток, аддикции в виде интернет-зависимости и табакокурения, необщительности, стремлении к уединению, замкнутости в семье и школе, протестных реакциях, ухудшении успеваемости, полном отказе ходить в школу, конфликтах с одноклассниками, учителями, нарушениях сна, повышенной сонливости, нарушениях пищевого поведения, проявлениях тревоги, фобий.

Психопатоподобный вариант депрессии сформирован из кардинальных признаков депрессии — гипотимии, на фоне которой ярко представлен аффективно-возбудимый симптомокомплекс с вербальной и физической агрессией, драками, протестными реакциями, конфликтами с учителями, одноклассниками, аддикциями, а также когнитивный вектор с низкой концентрацией внимания, снижением самооценки, чувством несостоятельности.

Тревожный вариант депрессии представлен сочетанием тоскливого настроения с утратой интересов, паническими атаками, эмоциональной лабильностью, замкнутостью с преобладанием шизоидных личностных черт и слабой реакцией эмансипации. Все это способствует формированию когнитивных расстройств с мрачным представлени-

ем о будущем, сниженной самооценкой, беспомощностью. Важным аспектом таких форм депрессии у подростков является их социальная значимость — невозможность продолжать учебный процесс в школе, колледже и т.д., утрата интересов, потеря социальных связей и мысли о смерти.

Заключение

Таким образом, за поведенческими феноменами депрессивных расстройств могут скрываться психопатоподобные и тревожные симптомокомплексы. Совокупность этих феноменов и дает сложную для диагностики и терапии психопатологическую структуру депрессии. Особенно это неоднозначно при первичном эпизоде расстройства, когда требуется не только синдромальная, но и нозологическая квалификация депрессивного дебюта. Можно полагать, что данные нарушения определяют динамический аспект формирования депрессивного расстройства и встречаются преимущественно в дебюте синдрома. Только долгосрочное наблюдение за такими пациентами может ответить на вопрос, является ли подростковая депрессия дебютом депрессии у взрослых и в рамках какой нозологической формы.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
The authors declare no conflicts of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. *Всемирная организация здравоохранения: Депрессивное расстройство (депрессия)* [сайт]. Ссылка активна на 21.05.23.
World Health Organization: Depressive disorder (depression) [website]. (In Russ.). Accessed May 21, 2023.
https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/depression
2. Мазаева Н.А., Кравченко Н.Е. Нозоспецифические и половозрастные особенности депрессий у подростков. *Современная терапия в психиатрии и неврологии*. 2018;(2):18-23.
Mazaeva NA, Kravchenko NE. The nosospecific and age-sex dependent peculiarities of adolescent depressions. *Sovremennaya Terapiya v Psikhiatrii i Nevrologii*. 2018;2:18-23. (In Russ.).
3. Roberts C. Depression. Chapter in: *Handbook of Adolescent Behavioral Problems: Evidence-based Approaches to Prevention and Treatment*. Gullotta TP, et al.; 2015:173-191.
https://doi.org/10.1007/978-1-4899-7497-6
4. Lynch FL, Clarke GN. Estimating the economic burden of depression in children and adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*. 2006;31(6):43-151.
https://doi.org/10.1016/j.amepre.2006.07.001
5. Gledhill J, Garralda ME. Sub-syndromal depression in adolescents attending primary care: frequency, clinical features and 6-month outcome. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2013;48(5):735-744.
https://doi.org/10.1007/s00127-012-0572-z
6. Noval-Aldaco E, Ruiz-Torres M, Lopes-Gil J, Paya-Gonzales B. *Psychopathology in women*. Saenz-Herrero M. (ed). Springer International Publishing Switzerland; 2015;409-421.
https://doi.org/10.1007/978-3-319-05870-2_17
7. Waslick BD, Kandel R, Kakouros A. *Depression in children and psychiatry. The many faces of depression in children and adolescents*. Shaffer D, Waslick BD, eds. American Psychiatric Publishing. Washington. DC, London, England. 2002;Chapter 1:1-26.
8. Левченко Н.С., Олейчик И.В. Клинико-психопатологические особенности эндогенных депрессий у пациенток молодого возраста. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2021;121(5-2):27-34.
Levchenko NS, Oleichik IV. Clinical and psychopatological features of endogenous depressions in young women. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2021;121(5-2):27-34. (In Russ.).
https://doi.org/10.17116/jnevro202112105227
9. Копейко Г.И., Олейчик И.В. Вклад пубертатных психобиологических процессов в формирование и клинические проявления юношеских депрессий. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2007;107(3):4-17.
Kopeyko GI, Oteychik IV. Contribution of pubertal psychobiological processes to the formation and clinical manifestations of juvenile depressions. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2007;107(3):4-17. (In Russ.).
10. *Проект клинических рекомендаций по диагностике и лечению непсихотических депрессий в детском возрасте* [сайт]. Ссылка активна на 21.05.23.
Proekt klinicheskikh rekomendatsij po diagnostike i lecheniyu nepsikhoticheskikh depressij v detskom vozraste [website]. (In Russ.). Accessed May 21, 2023.
https://old.serbsky.ru/images/stories/doc/KlinRek6.pdf
11. Логинов И.П., Солодкая Е.В., Савин С.З. Психопатологические проявления и особенности течения депрессивных расстройств в подростковом возрасте: транскультуральные клинические наблюдения. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2021;1(110):78-84.
Loginov IP, Solodkaya EV, Savin SZ. Psychopathological manifestations and features of the course of depressive disorders in adolescents: transcultural clinical observations. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2021;1(110):78-84. (In Russ.).
https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1
12. Geller B, Zimerman B, Williams M, et al. Adult psychosocial outcome of prepubertal major depressive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2001;40(6):673-677.
https://doi.org/10.1097/00004583-200106000-00012
13. Rao U, Chen LA. Characteristics, correlates, and outcomes of childhood and adolescent depressive disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2009;11(1):45-62.
https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.1/urao
14. Бабарахимова С.Б. Клинические проявления суицидального поведения в подростковом возрасте. *Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие*. 2017;41(16):62-71.
Babarahimova SB. Clinical manifestations of suicidal behavior in puberty period. *Lichnost' v Menyayushchemsya Mire: Zdorov'e, Adaptatsiya, Razvitie*. 2017;41(16):62-71. (In Russ.).
15. Rao U, Chen LA. Neurobiological and psychosocial processes associated with depressive and substance-related disorders in adolescents. *Current Drug Abuse Reviews*. 2008;1(1):68-80.
https://doi.org/10.2174/1874473710801010068
16. Rao U. Development and natural history of pediatric depression: Treatment implications. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*. 2006; 3(3):194-204.
17. Zisook S, Lesser I, Stewart JW, et al. Effect of age at onset on the course of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2007;164(10):1539-1546.
https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06101757

Поступила 26.05.2023
Received 26.05.2023
Принята к печати 25.06.2023
Accepted 25.06.2023