

# ДЕПРЕСИВНИЙ РОЗЛАД ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ

Михайлова Е. А., Матковська Т. М., Мітельов Д. А.

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», Харків

*Представлено типологію симптомів і клінічних варіантів перебігу депресивного розладу у підлітків у віковому аспекті. Визначено значущі кореляції між клінічними показниками депресивного розладу і поведінковими паттернами.*

**Ключові слова:** депресивний розлад поведінки, підлітки, паттерни соціальної дезадаптації

## ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Михайлова Е. А., Матковская Т. Н., Мителев Д. А.

*Представлена типология симптомов и клинических вариантов течения депрессивного расстройства у подростков в возрастном аспекте. Определены значащие корреляции между клиническими показателями депрессивного расстройства и поведенческими паттернами дезадаптации*

**Ключевые слова:** депрессивное расстройство поведения, подростки, паттерны социальной дезадаптации

## DEPRESSIVE BEHAVIORAL DISORDERS IN ADOLESCENTS

Mykhailova E., Matkovska T., Mitelov D.

*A typology of symptoms and clinical variants of the course of depressive disorder in adolescents in the age aspect is presented. Significant correlations between clinical indicators of depressive disorder and behavioral patterns of maladjustment are determined.*

**Keywords:** depressive disorder of conduct, adolescents, patterns of social maladjustment

### ВСТУП

Медико-соціальна актуальність проблеми депресії – основної причини інвалідності в світі (Інформаційний бюлетень ВООЗ № 369, 2012), визначається фактом її дезадаптующого впливу, вимірюваного високими значеннями показника глобального тягаря хвороби. Цей факт пов'язаний з перешкодами на шляху отримання ефективної допомоги – невчасною діагностикою депресії і застосуванням неадекватної терапії.

Депресія представляється однією з ключових патогенетичних, клінічних і методологічних проблем сучасної клінічної психіатрії. Про її масштаб і актуальність свідчить вже той факт, що сам феномен депресії виходить за межі статусу медичної проблеми, зачіпаючи глибинні аспекти людського існування. Депресія – це міжнародна проблема, що являє собою серйозну загрозу соціальному розвитку будь-якої нації.

На сьогоднішній день, незважаючи на велику кількість досліджень, проблема депресивних розладів у підлітків залишається і актуалізується в зв'язку з тим, що збільшується число дітей з особистісними і поведінковими відхиленнями, неуспішністю в навчанні, агресією, суїцидальною поведінкою.

Поширення поведінкових порушень у підлітків із депресивними розладами, складність їх кваліфіка-

ції, лікування і реабілітації, необхідність медико-соціального прогнозу є дуже актуальною проблемою для практичної охорони здоров'я дітей та підлітків.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я депресіями страждає близько 5,8 % населення земної кулі, в найближчі 20 років очікується зростання поширеності цього захворювання, а інвалідизація за причиною депресії до 2020 р. може вийти на другу місце серед всіх інших захворювань [1, 2].

Депресивні розлади підліткового віку представляють одну із складних медичних проблем також зважаючи на тяжкі соціальні наслідки, до яких належать самогубство, насильство, наркоманія і поведінкові девіації. У свою чергу, депресивні полягання у підлітковому і юнацькому віці зв'язані із суїцидальною поведінкою [3–9].

Проблема афективних розладів у дітей і підлітків є однією з найбільш актуальних у сучасній психіатрії у зв'язку з почастішанням і «омолоджуванням» депресивних порушень [10–11].

За даними вітчизняних і зарубіжних дослідників, поширеність депресій у підлітковому віці досягає 30,0 % а середній вік їх виникнення наближається до дев'яти років [12–20]. У тематичних дослідженнях і роботах психологів висловлюється точка зору, згідно якої розуміння вікових закономірностей психічних розладів і їх діагностика у дітей і підлітків неможли-

ві без чіткого уявлення про кореляції клініки і порушень психічного розвитку дизонтогенеза [20].

Комплексне лікування, яке адекватно емоційному стану та проводиться на максимально ранніх вікових етапах (фармако- і психотерапія, методи відновної медицини), є не тільки терапевтичним, реабілітаційним, але і профілактичним засобом, що дозволяє запобігти формуванню хронічних психічних захворювань у подальші вікові періоди і у дорослому житті [21–25].

### МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Визначити варіанти перебігу депресивного розладу поведінки у підлітків у віковому аспекті і тактику терапевтичного втручання.

### МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Сформовано робочу гіпотезу дослідження, згідно якої депресивні розлади – це психопатологічні гетерогенні стани, у формування і типологічні характеристики яких вносять істотний внесок чинники преморбідної уразливості. Відбір пацієнтів здійснювався на основі кваліфікації депресії на момент обстеження у межах депресії неспихотичного рівня коморбідної з порушеними формами поведінки.

Критерії включення: підлітковий вік (12-18 років), неспихотичний рівень депресивного розладу, коморбідного з порушеними формами поведінки.

Критерії виключення: маніфестні психози (органічні/ендогенні), деменція (F 70), важке соматичне захворювання у стадії декомпенсації.

Оцінка психічної патології, що вивчається, проводилася на підставі двох сучасних методологічних підходів: категоріального і дименціонального. Перший забезпечує клінічно необхідний шлях до об'єднання симптомів, що визначають статус хворого, а другий – розширює можливості детального розгляду окремо взятої ознаки або групи ознак/симптомів.

Об'єм дослідження: 109 пацієнтів із депресією, в тому числі 47 хлопців (з них 20 осіб віком 12-14 років та 27 осіб віком 15-18 років) і 62 дівчини (з них 24 особи 12-14 років та 38 осіб віком 15-18 років).

Передбачені заходи по забезпеченню безпеки для здоров'я пацієнта, дотримання його прав, людської гідності та морально-етичних норм у відповідності до принципів Гельсінської декларації прав людини, Конвенції Ради Європи про права людини і біомедицини та відповідних Законів України. Дослідження схвалила Комісія з етики ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей і підлітків НАМН України». Було отримано інформовану згоду пацієнтів і їх батьків перед тим, як будь-які дослідницькі процедури були зроблені.

Основним методом рішення поставлених в роботі задач є клінічний, який дозволяє визначити диференційовані психопатологічні характери-

стики депресивного та поведінкового розладів. Для оцінки депресії використовувалися: Шкала депресії CDRS-R, створена на основі шкали HAM, яка оцінює 17 симптомів, зокрема симптоми, що входять у критерії «Діагностичного і статистичного керівництва по психічних хворобах» для діагностування депресивних розладів; Шкала загального клінічного враження (CGI), Коротка шкала оцінки психічного стану (Mini Mental State Examination – MMSE). У дослідженні був використаний вимірювальний метод різних видів пристрастей і залежностей – AUDIT-комплекс І.В. Лінського та співавт. [26]. Об'єктивна шкала ПДО А.Е. Лічко, окрім діагностики типів акцентуації характеру, дала можливість отримання додаткових діагностичних показників, що дозволило судити про переважання тих або інших в загальній системі відносин. До них відносяться: а) показники дисимуляції і відвертості, що дозволяють оцінити достовірність результатів; б) показник відображення реакції емансипації – прагнення звільнитися від контролю, опіки старших; в) показник психологічної схильності до делінквентності; г) показник мужності-жіночності. Статистична обробка результатів дослідження виконувалася на РС ІВМ. Для визначення значущості розбіжностей між ознаками, що порівнювались, використовували критерій Стьюдента [27, 28] з використанням табличних процесорів SPSS Statistics 17,0.

### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вивчено психопатологічний спектр симптоматики та клінічні варіанти депресії у підлітків у віковому і гендерному аспектах. Характеристику підлітків із депресивними розладами у гендерному та віковому аспектах представлено у таблиці 1.

У нашому дослідженні переважали дівчата над хлопцями – 55,0 % і 43,1 %, відповідно,  $p < 0,05$ . Серед хлопців превалював вік 15-18 років (57,4 % і 42,6 %, відповідно,  $p < 0,01$ ). Таку ж закономірність виявлено і в групі дівчат: у дівчат віком 15-18 років достовірно частіше діагностовано депресивний розлад поведінки в порівнянні з дівчатами 12-14 років (61,3 %, і 38,7 %, відповідно,  $p < 0,01$ ).

У всіх досліджуваних пацієнтів реєстровано депресивний розлад поведінки. У таблиці 2 представлено феноменологію симптомів депресивного розладу поведінки в залежності від гендерної приналежності та віку. Для порівняння середніх значень в двох вибірках використовувався непараметричний критерій Манна-Уїтні.

Результати порівняння показали відмінності у питомій вазі симптомів депресії у підлітків в залежності від віку. Аналіз суб'єктивних скарг пацієнтів із депресією показав, що в структурі депресії найбільш часто були присутні симптоми в емоційній, поведінковій когнітивній, комунікативній та соціальній сферах.

**Таблиця 1.1 – Характеристика підлітків із депресивними розладами (гендерний та віковий аспекти)**

Гендерна характеристика	Вік підлітків				P
	12-14 років		15-18 років		
	N	%	N	%	
Хлопці, n = 47	20	42,6	27	57,4	< 0,01
Дівчата, n = 62	24	38,7	38	61,3	< 0,01

**Таблиця 2 – Значущі кореляції між клінічними показниками депресивного розладу і поведінковими паттернами дезадаптації**

Показник	Кореляція з показниками	Коефіцієнт кореляції
Патологічний варіант поведінкового порушення	анорексія	-0,87
	аутоагресія	-0,86
	аддиктивна поведінка	-0,84
Депресія	тривожність	-0,88
	суїцидальна поведінка	0,76
Когнітивна дисфункція	самооцінка	-0,87
	рівень депресії	0,98
Ангедонія	роздратованість	-0,86
	стомлюваність	0,71
Тривожність	суїцидальна поведінка	-0,65
	аддиктивна поведінка	-0,55
Почуття провини	погіршення успішності в школі	-0,65
Агресивність	гіпоактивність	0,61
Суїцидальна поведінка	фобії	0,63
	тривожність	-0,65

Як відомо, загальні критерії депресії припускають наявність як мінімум двох симптомів з наступних трьох – депресивний стан, зниження інтересу або задоволення від діяльності, яка раніше була сприятливою, зниження енергії і підвищена стомлюваність, а також наявність двох додаткових симптомів – зниження впевненості і самооцінки, безпричинне почуття самоосуду і провини, повторювані думки про смерть і суїцид, скарги на зниження концентрації уваги, нерішучість, порушення сну та апетиту. Ключовим для постановки діагнозу депресивного розладу є симптоми зниженого настрою, втрати інтересів і почуття задоволення, зниження енергійності. Аналіз скарг і симптомів депресії у підлітків показав, що багато представлених скарг досить неспецифічні для депресивного розладу. Присутні безліч соматичних скарг, поведінкових паттернів, включаючи афективну неадекватність. В такому випадку розпізнати депресію дуже складно. Специфікація і кластеризація симптомомокомплексів дасть можливість визначити діагностичні критерії депресивного розладу поведінки у підлітків.

Питома вага суїцидальної поведінки у підлітків із депресивними розладами склала 35,8 %. Суїцидальну поведінку достовірно частіше було реєстровано у дівчат 15-17 років із депресією (у 19 із 38 дівчат – 50,0 %) в порівнянні з дівчатами 12-14 років (8 із 24 дівчат – 33,3 %,  $p < 0,01$ ). У хлопців 15-17 років із депресією питома вага суїцидальної поведінки склала 40,7 % (у 11 із 27 хлопців).

В цілому питома вага відмінності варіантів суїцидальної поведінки у підлітків із депресивними розладами склала більше однієї третини пацієнтів. Останнє узгоджується з літературними даними інтенсифікації випадків суїцидальної поведінки серед молоді віком 15 років і старше. По суті, суїцидальна поведінка розглядається як результат формування і розвитку певного «життєвого сценарію», що закладається ще в ранньому дитинстві.

Слід зазначити, що підлітки зі стійкою суїцидальною поведінкою відрізнялися певними характерологічними особливостями – реакціями протесту, опозиції, інфантилізму. Серед підлітків, що відрізняються рецидуванням суїцидних спроб, частіше від-

значалася психологічна схильність до делінквентності і ознаки соціальної дезадаптації (відходи з дому, групування з асоціальними підлітками, відсутність мотивації до відвідування школи).

Структура суїцидальної поведінки частіше була представлена у вигляді демонстративного типу суїцидальної поведінки (у 36 із 109 пацієнтів – 33,0 %). Такий тип суїцидальної поведінки – це зображення спроб самогубства без реального наміру покінчити з життям, з розрахунком на порятунок. Афективний тип суїцидальної поведінки реєстрований переважно у дівчат-підлітків незалежно від віку (у 23 із 62 дівчат – 37,0 %). Афективний тип суїцидальної поведінки характеризується діями, що здійснюються на висоті афекту. Підлітки з багаторазовими суїцидними спробами відрізнялися вираженою делінквентною поведінкою – у них часто відзначалися епізоди інгаляцій токсичних речовин, ін'єкцій наркотичних засобів, куріння похідних канабісу, випадки вживання алкогольних напоїв з енергетиками.

Істинна суїцидальна поведінка – навмисна, обдуманна поведінка, спрямована на реалізацію самогубства – в досліджуваній групі пацієнтів не було реєстровано. Далі нами було проаналізовано причинно-наслідкові зв'язки суїцидальної поведінки у підлітків із депресивними розладами. Суїцидальна поведінка, як відомо – це наслідок соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах пережитого мікросоціального конфлікту. При розгляді стадій формування суїцидальної поведінки умовно можна виділити наступні: антивітальні переживання, пасивні суїцидальні думки, задуми, наміри і реалізація останніх у вигляді спроб. Як правило, більшість суїцидальних дій спрямована не на самознищення, а на відновлення соціальних зв'язків з оточуючими.

Так, серед факторів психологічної депривації, найбільш значущих в формуванні суїцидальної поведінки у підлітків із депресивними розладами, виділено хронічну фрустрацію у зв'язку з насильством з боку батьків (86,8 %), хронічну фрустрацію у зв'язку з насильством з боку однолітків (84,2 %), руйнування захисних механізмів особистості у результаті вживання алкоголю, гіпногенних наркотичних засобів і наркотиків (81,6 %).

Порушення харчової поведінки у вигляді анорексії реєстровано переважно у дівчат із депресивними розладами (44,9 %) і тільки у хлопців 15-18 років (у 5 із 27 хлопців – 18,5 %). Встановлено, що у дівчат 12-14 років в порівнянні з дівчатами 15-18 років порушення харчової поведінки переважало (66,7 % і 60,5 %, відповідно,  $p < 0,05$ ).

Порушення харчової поведінки у вигляді булімії реєстровано в 44,9 % випадків і цей симптом включений в реєстр психопатології депресивного розладу у підлітків. Переважно даний симптом превалював у хлопців обох вікових груп і склав у хлопців із депресією 12-14 років 35,0 % і у хлопців 15-18 років

48,1 %,  $p < 0,01$ . Булімія достатньо частіше зустрічається в структурі депресії у дівчат 15-18 років у порівнянні з підлітками 12-14 років (60,5 % і 25,0 %, відповідно,  $p < 0,001$ ). При цьому симптом відмови від їжі у дівчат часто змінюється на напади обжерливості і переїдання. Порушення формули сну зафіксовано практично у всіх пацієнтів: пресомнічні розлади у 89 із 109 пацієнтів (81,6 %) і інтрасомнічні у 100,0 % хворих. Інтрасомнічні розлади проявлялися у вигляді поверхневого сну, бруксизму, сноговоріння, сноходження. Стомлюваність є однією з симптомостворюючих депресії у підлітків. Реєстрований факт як фізичної, так і інтелектуальної стомлюваності. Труднощі концентрації уваги, порушення зосередженості, висока стомлюваність при інтелектуальних навантаженнях, погіршення пам'яті переважно за нестійким і астеничним типами спостерігалися у більшості досліджуваних пацієнтів (у 101 із 109 хворих – 91,7 %).

Моторну загальмованість зафіксовано у 56 із 109 підлітків (51,4 %). Достовірно частіше цей симптом домінує у хлопців-підлітків 12-14 років в порівнянні з дівчатами аналогічного віку (55,0 % і 37,5 %, відповідно,  $p < 0,01$ ). У хлопців та дівчат 15-18 років цей показник досить високий і становить у хлопців підлітків 77,7 %, а у дівчат 55,3 %, відповідно,  $p < 0,001$ . Погіршення успішності в школі реєстровано у всіх досліджуваних підлітків із депресивним розладом поведінки. Достовірної різниці у частоті зустрічаємості у залежності від статі та віку не виявлено.

Нестриманість афекту виявлено у всіх підлітків із депресивними розладами (100,0 % випадків) – так звана афективна неадекватність. Причому превалює дисфорічний афект, який має певну питому вагу в залежності від віку та статі. Дисфорію реєстровано у 15 із 20 хлопців 12-14 років (75,0 %) та у 24 із 27 хлопців 15-18 років (88,9 %). Дисфорічний афект реєстровано у всіх дівчат 15-18 років (100,0 %), на відміну від дівчат 12-14 років (33,3 %). Тривожний афект достовірно частіше реєстрований у хлопців 12-14 років в порівнянні з хлопцями 15-18 років (80,0 % і 40,7 %, відповідно,  $p < 0,01$ ). Така ж закономірність зберігається і в когорті дівчат (40,0 % і 22,2 %, відповідно). Отже, тривожний афект характерний для підлітків 12-14 років незалежно від гендерної приналежності. Меланхолійний афект реєстрований в 54,1 % випадків.

Диференціація клінічних типів афектів у підлітків із депресивними розладами дозволяє вибрати найбільш ефективну тактику психотерапевтичного втручання, що значимо в здійсненні профілактики порушених форм поведінки. При цьому важливо визначити і спрямованість афекту.

В цілому спрямованість вектору афективних переживань у підлітків із депресивним розладом поведінки орієнтована на себе (59,7 %), що частіше ніж направленість вектору зовні – на оточуючих (40,3 %),

$p < 0,01$ . Так, відмічено спрямованість вектору у хлопців обох вікових груп переважно у зовні (40,0 % і 57,9 %, відповідно). Така ж тенденція зберігається і у дівчат 12-14 років (50,0 %). Рідше констатовано спрямованість вектору афекту у зовні у дівчат 15-18 років (16,7 %). Спрямованість вектору на себе преважує у дівчат незалежно від віку (в 100,0 % випадків). У хлопців як молодших, так і старших, спрямованість вектору на себе становить одну п'яту частину (26,7 % і 26,3 %, відповідно).

Кластеризація симптомокомплексів депресивного розладу дозволила визначити типологію депресивного розладу у підлітків з порушеними формами поведінки. В цілому по групі переважав дисфоричний варіант депресивного розладу (35,8 %), причому достовірно частіше в групі хлопців в порівнянні з дівчатами (44,6 % і 29,0 %, відповідно,  $p < 0,01$ ). Апатичний варіант достовірно частіше реєстрований в групі хлопців (36,2 % і 20,9 %, відповідно,  $p < 0,01$ ). Тривожно-обсесивний варіант реєстрований як у хлопців, так і у дівчат без достовірної різниці (17,0 % і 19,5 %, відповідно).

Агресію зареєстровано у всіх пацієнтів незалежно від віку та статі. Аутоагресію як симптом зареєстровано у 63,3 % пацієнтів Цей показник достовірно частіше реєстровано в когорті дівчат в порівнянні з хлопцями (78,4 % і 42,5 %, відповідно,  $p < 0,005$ ). В основному це були порізи в області верхніх і нижніх кінцівок, в області плечей, шиї та інших частинах тіла, сліди від гасіння сигарет. Селфі реєстровано тільки у дівчат-підлітків (17,4 %,  $p < 0,005$ ). Екстремальні види спорту зареєстровано тільки в групі хлопців із депресивними розладами (7,3 % і 0,0 %, відповідно,  $p < 0,001$ ). Надцінні психопатологічні захоплення зустрічались в 42,2 %. Цей показник зареєстровано частіше у хлопців, ніж у дівчат (78,7 % і 14,5 %, відповідно,  $p < 0,001$ ). Комунікативні девіації також реєстровані у всіх пацієнтів із депресивним розладом поведінки. Аморальна поведінка зареєстровано у 35,8 % пацієнтів і достовірно частіше в групі хлопців із депресивними розладами, ніж у дівчат (35,8 % і 32,3 %, відповідно,  $p < 0,05$ ). Неестетична поведінка склала 41,3 % і преважувала в групі дівчат (59,7 %) у порівнянні з хлопцями (17,0 %),  $p < 0,001$ . Аморальна поведінка була у вигляді дій і діяльності, результати яких об'єктивно суперечать етичним нормам і не залежать від оцінки особи, що їх здійснює. Девіації стилю поведінки у підлітків з депресією характеризувались стильовими змінами і порушеннями (девіації стилю рухів і манери поведінки – міміки, жестикуляції, руху; девіації стилю мови – вимови, голоси; девіації стилю погляду).

Тяжкість депресивних проявів за CDRS-R статистично відрізнялась між групами підлітків різного віку, середній ранг для підлітків 15-18 років становив 121,44 балів, для підлітків 12-14 років – 99,98 балів. При дослідженні інтерналізації клінічної картини за

шкалою CBCL у підлітків с депресією не встановлено статистично значущої різниці між молодшими і старшими підлітками. Тяжкість симптомів екстерналізації за шкалою CBCL статистично відрізнялася ( $p = 0,001$ ) у когорті підлітків 15-18 років.

За результатами регресивного аналізу встановлено, що тяжкість симптомів інтерналізації збільшувалась у підлітків з поведінковими порушеннями та депресією із збільшенням віку дитини ( $p < 0,001$ ) та тяжкості депресивних проявів ( $p < 0,001$ ), що було особливо виражено у осіб жіночої статі ( $p < 0,01$ ). Тяжкість симптомів екстерналізації збільшувалась із збільшенням віку підлітків ( $p < 0,01$ ) та важкості депресивних проявів ( $p < 0,001$ ), що було особливо виражено серед осіб чоловічої статі ( $p < 0,001$ ).

Тяжкість депресивних проявів за CDRS-R статистично відрізнялась між групами підлітків 12-14 років і 15-18 років (117,76 балів та 121,44 балів, відповідно,  $p = 0,001$ ). За результатами окремого логістичного аналізу встановлено, що маніфестація депресивного розладу у підлітків із порушеними формами поведінки була пов'язана із наявністю вторинних травматичних факторів (95,0 %,  $p < 0,001$ ).

Таким чином, нами визначено клінічні варіанти депресивного розладу поведінки у підлітків в залежності від віку та статі, структуру і спрямованість афекту, локус екстерналізації і інтеріоризації афекту, що істотно в визначенні тактики лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів.

## ВИСНОВКИ

Більшість підлітків із депресивними розладами демонструють поступове зростання психопатології афективного реєстру та тяжкості поведінкових девіацій з часом. Тяжкість депресивної симптоматики поступово зростає, в першу чергу за рахунок підлітків з деструктивною поведінкою. Серед підлітків із депресивними розладами спостерігався нижчий рівень соціальної адаптації, що призводило до того, що багато з них нерегулярно відвідували навчальні заклади, не отримували необхідну медичну, психологічну та соціальну допомогу.

Визначено клінічні варіанти депресивного розладу поведінки у підлітків в залежності від статі: тривожно-фобічний (17,0 % і 19,5 %, відповідно), апатичний (31,2 % і 20,9 %, відповідно,  $p < 0,01$ ), дисфоричний (35,8 % і 29,0 %, відповідно,  $p < 0,05$ ) варіанти. У дівчат-підлітків достовірно частіше реєстрований дісморфофобічний варіант депресії (30,0 % і 17,0 %, відповідно,  $p < 0,01$ ).

## БІБЛІОГРАФІЧНІ ПОСИЛАННЯ

1. Угрин Д. Подходы к диагностике и лечению депрессии у детей и подростков в Великобритании / Д. Угрин // *Нейронews*. – 2007. – № 2. – С. 35-40.
2. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология / Л.Н. Юрьева. – Днепропетровск: Днепр, 2006. – 471 с.

3. Пырков С.Г. Девиантное поведение у подростков с поведенческими расстройствами / С.Г. Пырков, Е.М. Выговская // Психічне здоров'я. – 2007. – № 3 (16). – С. 56-57.
4. Куликов А.В. Суицидальное поведение у детей и подростков с эндогенными заболеваниями / А.В. Куликов // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2007. – Т. 107, № 8. – С. 15-23.
5. Suicide and Suicidal Behavior / М.К. Nock [et al.] // Epidemiol. Rev. – 2008. – Vol. 30. – P. 133-154.
6. Закондырина В.А. Аутоагрессивные суицидальные тенденции среди подростков / В.А. Закондырина // Наука – культура – общество. – 2008. – № 3. – С. 131-137.
7. Березанцев А.Ю. Клинико-социальные факторы формирования поведенческих нарушений у подростков / А.Ю. Березанцев, В.Г. Булыгина // Соц. и клинич. психиатрия. – 2006. – Т. 16, вып. 4. – С. 41-46.
8. Войцех В.Ф. Нарушение адаптации и суицидальное поведение молодежи / В.Ф. Войцех, Е.В. Гальцев // Соц. и клинич. психиатрия. – 2009. – Т. 19, вып. 2. – С. 17-25.
9. Клинико-патогенетические аспекты типологии депрессий / О.П. Вертоградова [и др.] // Соц. и клинич. психиатрия. – 2012. – Т. 22, № 3. – С. 5-10.
10. Ким Л.В. Депрессивные расстройства среди подростков: социально-психологические особенности / Л.В. Ким // Вопр. психического здоровья детей и подростков (научн.-практ. журн. психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин). – 2006. – № 6. – С. 122-129.
11. Ульев А.В. Проблемы роста депрессивных расстройств в условиях социально-экономической нестабильности и пути их минимизации / А.В. Ульев // Управление общественными и экономическими системами. – 2009. – № 1. – С. 1-21.
12. Kovacs M. Internalizing Disorders in Childhood / М. Kovacs, J. Child // Psychol. Psychiatr. – 1998. – Vol. 39, N 1. – P. 47-63.
13. Антропов Ю.Ф. Невротическая депрессия у детей и подростков (клиника, типология, динамика и дифференцированная терапия) / Ю.Ф. Антропов. – М.: Эксмо, 2001. – 151 с.
14. Бохан Н.А. Депрессивные реакции при пеницициарной дезадаптации у подростков / Н.А. Бохан, Н.Е. Буторина, Е.Н. Кривулин. – Челябинск: Север, 2006. – 206 с.
15. Weller E.B. Depression in children and adolescents does gender make a difference ? / E.B. Weller, A. Kloos, J. Kang // Current Psychiatry Reports. – 2006. – Vol. 8, N 2. – P. 108-14.
16. Sartorius N. Депрессия: всемирные аспекты проблемы / N. Sartorius // WPA Bul. on Depression. – 2003. – Vol. 6, N 25. – P. 3-4.
17. Major depressive disorder and accelerated cellular aging: results from a large psychiatric cohort study / J.E. Verhoeven, D. Révész, E.S. Epel [et al.] // Molecular Psychiatry. – 2013. – P. 1-7.
18. Wasserman D., Sokolowski M. Stress-vulnerability model of suicidal behaviours / D. Wasserman, M. Sokolowski // Suicide. An Unnecessary Death. 2nd Edition. – 2016. – NY: Oxford University Press. – P. 27-37.
19. Heeringen van K. Stress–Diathesis Model of Suicidal Behavior / Heeringen van K. // The Neurobiological Basis of Suicide. – Yogesh Dwivedi (Ed.). Boca Raton (FL): CRC Press/Taylor & Francis, 2012. – 312 p.
20. Карауш И.С. Подпороговая депрессия у подростков / И.С. Карауш, Б.А. Дашиева, И.Е. Куприянова // [Вопр. психического здоровья детей и подростков](#). – 2017. – Т. 17, № 2. – С. 109-110.
21. Бабарахимов С.Б. Исследование поведенческих нарушений у подростков как варианта маскированной депрессии / С.Б. Бабарахимов, Ж.М. Искандарова // [Психические и наркологические расстройства: социальная стигма и дискриминация: есть ли выход?](#): материалы межрег. научн.-практ. конф. с междунар. уч. – Тула, 2015. – С. 15-17.
22. Бабиянц К.А. Особенности проявления депрессивных состояний в подростковом возрасте / К.А. Бабиянц, М.И. Шульжицкая // [Северо-Кавказский психологический вестн.](#) – 2017. – Т. 15, № 2. – С. 29-38.
23. Малыгина М.П. Психологическая компетентность подростков в контексте помощи сверстникам в состоянии эмоционального дистресса / Малыгина М.П. // [Психологические исследования](#). – М.: Медицина, 2018. – С. 78-87.
24. Израйлева М.Н. Склонность к риску, стратегии конфликтного поведения и эмоциональные нарушения у подростков с девиантным поведением / М.Н. Израйлева [и др.] // [Психическое здоровье](#). – 2018. – Т. 16, № 4 (143). – С. 53-60.
25. Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013-2020 г.г. // Женева: ВОЗ, 2013. – Режим доступа: [http://who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_R8-ru.pdf?ua=1](http://who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-ru.pdf?ua=1);
26. Лінський І.В. Система AUDIT-подобных тестов для комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции [Электронный ресурс] / І.В. Лінський [та інш.] // [Новости украинской психиатрии](#). – Киев-Харьков, 2009. – Режим доступа: <http://www.psychiatry.ua/articles/paper313.htm>
27. Лакин Г.Ф. Биометрия [Текст] / Г.Ф. Лакин. – М.: Высшая школа, 1990. – 352 с.
28. Атраментова Л.А. Статистические методы в биологии / Л.А. Атраментова, О.М. Утевская. – Горловка: Дом, 2008. – 247 с.