

**РЕСПУБЛИКА УЗБЕКИСТАН
МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ, НАУКИ И
ИННОВАЦИЙ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

ОЧИЛОВ УЛУГБЕК УСМАНОВИЧ

**ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПОДРОСТКОВОГО
ПЕРИОДА: МЕДИЦИНСКИЙ И РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ АСПЕКТЫ**

Монография

Самарканд – 2025

В данной монографии подробно и всесторонне освещены клинические проявления тревожно-депрессивных расстройств подросткового периода, критерии их выявления, а также усовершенствованная система реабилитационных мероприятий, направленных на их коррекцию и профилактику.

В исследовании проведён анализ результатов, полученных с использованием современных психометрических методов оценки, социально-психологических подходов и инновационных моделей реабилитации, что позволило обосновать их практическую эффективность.

Настоящая монография может служить полезным научно-практическим пособием для психиатров, психотерапевтов, наркологов, реабилитологов, а также специалистов, оказывающих психолого-медицинскую помощь подросткам.

Кроме того, издание предназначено для магистрантов и клинических ординаторов высших медицинских учебных заведений.

Рецензенты:

д.м.н., доцент Хамидов О.А.

д.м.н., профессор Имамов А.Х.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	6
ГЛАВА I. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У ПОДРОСТКОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	8
§1.1. Эпидемиология, этиопатогенез и классификация тревожно-депрессивных расстройств в подростковом возрасте	8
§1.2. Особенности клинических проявлений и факторы, способствующие формированию тревожно-депрессивных расстройств у подростков	12
§1.3. Нейробиологические основы и патогенетические механизмы тревожно-депрессивных расстройств у подростков.....	16
§1.4. Современные методы диагностики и профилактики тревожно-депрессивных расстройств среди подростков	21
§1.5. Вопросы медико-социальной коррекции и модели реабилитации подростков с тревожно-депрессивными расстройствами	23
ГЛАВА II. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	34
§2.1. Клинико-психологическое обследование подростков с тревожно-депрессивными расстройствами.....	34
§2.2. Клинико-психопатологические методы	36
§2.3. Методы статистической обработки и анализа	41
ГЛАВА III. КЛИНИКО – ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ... 	43
§3.1. Оценка тревожно-депрессивных расстройств у подростков по данным обращаемости	43
§3.2. Анализ тревожно-депрессивных расстройств у подростков на этапе психиатрической помощи	48

§3.3. Клинические особенности тревожно-депрессивных расстройств у подростков	52
§3.4. Динамика тревожно-депрессивных расстройств у подростков.....	58
ГЛАВА IV. РОЛЬ И АНАЛИЗ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ	66
§4.1. Гендерные особенности в клинической картине тревожно-депрессивных расстройств	66
§4.2. Факторы формирования тревожно-депрессивных расстройств у подростков	74
§4.2.1. Биологические факторы	75
§4.2.2. Психологические факторы	78
§4.2.3. Социальные факторы.....	83
4.3. Комплексный анализ факторов формирования тревожно-депрессивных расстройств у подростков	86
§4.4. Диагностика и оценка состояния тревожно-депрессивных расстройств у подростков	90
ГЛАВА V. СИСТЕМА РЕАБИЛИТАЦИИ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ ПОДРОСТКОВ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ	94
§5.1. Алгоритм ранней диагностики тревожно-депрессивных расстройств у подростков	94
§5.2. Психологический компонент комплексной системы реабилитации	98
5.3. Социальный компонент комплексной системы реабилитации.....	100
§5.4 Дифференцированные подходы к реабилитации в зависимости от клинического варианта тревожно-депрессивных расстройств	106

§5.5. Оценка эффективности реабилитационной системы.....	113
ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ	123
ВЫВОДЫ:.....	145
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	147

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время в большинстве стран мира депрессивные расстройства становятся одними из наиболее широко распространённых заболеваний. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), распространённость депрессивных расстройств демонстрирует устойчивую тенденцию к росту: «...Около 280 миллионов человек во всём мире страдают от депрессии...», при этом примерно 20% из них составляют дети и подростки. Распространённость тревожных и депрессивных расстройств среди подростков варьирует от 5% до 24% в зависимости от региона и методологии исследования. Депрессивные расстройства в подростковом возрасте характеризуются полиморфизмом клинических проявлений, высоким уровнем коморбидности с другими психическими и соматическими заболеваниями, а также склонностью к хронизации.

Во всём мире ведутся научные исследования, направленные на раннюю диагностику тревожных и депрессивных расстройств в подростковом возрасте, изучение особенностей их дифференциальной диагностики, а также оптимизацию методов лечения. За последние десятилетия среди подростков наблюдается рост атипичных, маловыраженных и маскированных форм депрессии, что значительно затрудняет их своевременное выявление и терапию. Учитывая негативное влияние тревожно-депрессивных расстройств у подростков на социальную адаптацию, образовательный процесс и формирование личности, проблема их реабилитации приобретает особую актуальность.

В настоящее время в нашей стране реализуются масштабные и целенаправленные меры, направленные на коренное повышение качества медицинских услуг, оказываемых населению, и расширение их видов. Вместе с тем, несмотря на большое количество исследований, проводимых в области депрессивных расстройств в подростковом возрасте, ряд аспектов, касающихся их патогенеза, клинического полиморфизма,

диагностики, а особенно реабилитации, остаётся недостаточно изученным. Существующие реабилитационные программы в большинстве случаев не учитывают психопатологические особенности проявления тревожно-депрессивных расстройств у подростков, а также социально-психологические факторы, влияющие на их формирование и течение.

В нашей стране реализуются комплексные меры, направленные на развитие сферы здравоохранения и приведение системы охраны здоровья в соответствие с международными стандартами, в том числе осуществляется профилактика соматических заболеваний различной этиологии. В этой связи, в рамках семи приоритетных направлений Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022–2026 годы, предусмотрено выведение уровня медицинских услуг на новый этап, что включает в себя «...повышение качества оказания медицинской помощи на ранних стадиях, расширение объёма услуг, а также разработку и внедрение новых стандартов лечения...». Вышеизложенное определяет актуальность и востребованность настоящего исследования, направленного на изучение особенностей реабилитационного процесса и разработку эффективных методов медико-социальной коррекции тревожно-депрессивных расстройств у подростков.

ГЛАВА I. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У ПОДРОСТКОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

§1.1. Эпидемиология, этиопатогенез и классификация тревожно-депрессивных расстройств в подростковом возрасте

На значительные успехи в области диагностики и терапии данных состояний Тревожно-депрессивные расстройства у подростков одной из актуальных проблем современной медицины. Примечательно, что в специализированных психиатрических и психотерапевтических центрах диагностируют различные клинические варианты аффективных нарушений: тревожные расстройства, депрессивные эпизоды различной степени тяжести, смешанные тревожно-депрессивные состояния и субклинические формы (Абабков В.А., Семке А.В., 2022, Hulvershorn L.A., Cullen K., 2023).

Согласно данным ВОЗ, в 2021 году депрессия затрагивала около 13-15% подростков в мире, а различные тревожные расстройства диагностировались у 15-20% лиц подросткового возраста. При этом более 60% случаев тревожно-депрессивных расстройств остаются недиагностированными и, соответственно, не получают адекватной терапии. Значительные различия наблюдаются в эпидемиологических показателях между странами с различным уровнем социально-экономического развития (Антропов Ю.Ф., 2001, Семке В.Я., 2022).

Ковалев Ю.В. (2020 г.) в своих исследованиях подчеркивает, что эффективность выявления и терапии тревожно-депрессивных расстройств у подростков тесно связана с организационной моделью психиатрической и психотерапевтической помощи. Он указывает на такие факторы, как доступность специализированной помощи (48% случаев), наличие системы раннего выявления (52%) и качество мультидисциплинарного подхода

(62%). Эти данные свидетельствуют о необходимости совершенствования организационных моделей оказания психиатрической помощи подросткам (Бибчук М.А., 2015, Смулевич А.Б., 2007, Фролова Ю.Г., 2022).

В странах с развитой системой психиатрической помощи (США, Великобритания, Германия) исторически сложилась многоуровневая модель организации службы с акцентом на амбулаторное звено и мультидисциплинарный подход, тогда как в странах с менее развитой инфраструктурой преобладает госпитальная модель с фокусом на медикаментозную терапию (Березин Ф.Б., 2023, Тарабрина Н.В., 2022, Холмогорова А.Б., 2023).

Из анализа, проведенного Антроповым Ю.Ф. и коллегами (2019), следует, что эволюция диагностических подходов к тревожно-депрессивным расстройствам у подростков прошла несколько этапов: от концепции "малой психиатрии" к биопсихосоциальной модели и далее к современному нейробиологическому пониманию с акцентом на ранние проявления и профилактику заболевания. Современные диагностические классификации (МКБ-11, DSM-5) выделяют возраст-специфические особенности проявления тревожных и депрессивных расстройств у подростков, что имеет принципиальное значение для адекватной диагностики (Абрамова Г.С., 2023, Тиганов А.С., 2022, Insel T.R., 2023).

Согласно данным Иванова М.В. (2021), патогенез тревожно-депрессивных расстройств у подростков начинается с дисбаланса нейротрансмиттерных систем (серотонин, норадреналин, дофамин), сопровождающегося нарушениями в работе гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и изменениями нейропластичности. Клинические проявления характеризуются сочетанием эмоциональных (сниженное настроение, тревога, апатия), когнитивных (нарушения концентрации внимания, негативные мысли, пессимистический взгляд на будущее) и соматических (нарушения сна, аппетита, астения) симптомов. Таким

образом, тяжесть и специфика патологического процесса определяются биологическими факторами, индивидуальной генетической предрасположенностью, а также психосоциальными условиями развития подростка (Барлас Т.В., 2022, Фесенко Ю.А., 2022, Jackson-Maldonado D. 2023).

Тревожно-депрессивные расстройства у подростков остаются одними из наиболее распространенных психических нарушений, демонстрируя тенденцию к росту в последние десятилетия. По данным Всемирной организации здравоохранения, в 2021 году распространенность депрессии среди подростков составила 14,3%, а тревожных расстройств – 19,1%, что значительно выше аналогичных показателей начала 2000-х годов (Вассерман Л.И., 2023, Холмогорова А.Б. 2022).

Особую тревогу вызывает тот факт, что с 2010 по 2021 годы частота диагностики тревожно-депрессивных расстройств у подростков возросла на 43%, причем наиболее значительный рост наблюдался в период пандемии COVID-19 (Венгер А.Л., 2022, Jenkins R., 2023, Kendall P.C., 2023).

Экономическое бремя тревожно-депрессивных расстройств у подростков включает прямые медицинские затраты на диагностику и лечение, прямые немедицинские затраты (социальные услуги, образовательные программы) и косвенные затраты, связанные с потерей продуктивности и снижением образовательного потенциала (Гельдер М., 2022).

По оценкам Kessler et al. (2020), совокупные экономические потери от тревожно-депрессивных расстройств в подростковом возрасте достигают 300-450 млрд долларов США ежегодно в глобальном масштабе (Горбатов Д.С. 2022, Kessler et al. 2022).

Greenberg et al. (2021) в своем исследовании продемонстрировали, что средняя стоимость лечения одного случая тревожно-депрессивного расстройства у подростка, включая медикаментозную терапию,

психотерапию и социальную поддержку, варьирует от 1500 до 5000 долларов США в год в зависимости от тяжести состояния и наличия коморбидных расстройств (Воликова С.В., 2021). При этом экономический ущерб, связанный с хронизацией расстройства и его влиянием на образовательные и профессиональные перспективы, в 5-7 раз превышает затраты на своевременное лечение (Данилова Н.Н. 2022).

Распространенность тревожно-депрессивных расстройств у подростков тесно связана с комплексом биологических, психологических и социальных факторов. По данным Merikangas et al. (2019), среди ключевых факторов риска выделяют наследственную предрасположенность, неблагоприятные события раннего детства, семейную дисфункцию, буллинг и школьную дезадаптацию, а также повышенную психологическую нагрузку, связанную с учебным процессом (Гулина М.А., 2022, Хомская Е.Д. 2022, Kessler R.C., 2023).

Исследование Costello et al. (2020), проведенное среди 4587 подростков в возрасте 12-17 лет, продемонстрировало статистически значимую корреляцию между социально-экономическим статусом семьи, семейным климатом и распространенностью тревожно-депрессивных расстройств (Драгунская Л.С. 2022). Аналогичные закономерности были выявлены в исследованиях, проведенных в странах Европы, Азии и Латинской Америки. Особую роль в развитии тревожно-депрессивных расстройств у современных подростков играет влияние цифровой среды. Согласно данным Twenge et al. (2019), избыточное использование социальных сетей и цифровых устройств (более 5 часов в день) ассоциировано с повышением риска развития тревожно-депрессивных расстройств на 66% по сравнению с умеренным использованием (Еникеев М.И. 2023, Anderson N.B. 2023, Lewis M., 2023).

Влияние тревожно-депрессивных расстройств на качество жизни подростков является многофакторным и охватывает практически все

сферы функционирования. По данным Zhou et al. (2020), качество жизни подростков с тревожно-депрессивными расстройствами, оцененное с помощью специализированных опросников, снижено на 40-60% по сравнению со здоровыми сверстниками, особенно в доменах эмоционального благополучия, социального функционирования и образовательной активности (Иванец Н.Н., 2023, Mansell W., 2023).

Стигматизация психических расстройств остается серьезной проблемой, влияющей на своевременное обращение за помощью и приверженность лечению. Исследование Gulliver et al. (2018), проведенное в 12 странах, показало, что 68% подростков с симптомами тревоги и депрессии не обращаются за профессиональной помощью из-за страха стигматизации и недостаточной осведомленности о природе расстройства (Иванова М.В. 2021, Chandler M.J., 2023, Matsumoto D., 2023).

§1.2. Особенности клинических проявлений и факторы, способствующие формированию тревожно-депрессивных расстройств у подростков

Современные представления о факторах риска развития тревожно-депрессивных расстройств у подростков основаны на биопсихосоциальной модели, учитывающей взаимодействие биологических, психологических и социальных детерминант. По данным Холмогоровой А.Б. (2020), генетическая предрасположенность является одним из ключевых факторов риска, определяя до 40-50% вариабельности в развитии тревожно-депрессивных состояний. Полигенные исследования выявили более 100 локусов, ассоциированных с повышенным риском развития депрессии и тревожных расстройств. В исследованиях Подольского А.И. и соавт. (2019) показано, что среди психосоциальных факторов риска наибольшее значение имеют неблагоприятный детский опыт (травматические события, потеря близких, насилие), нарушения детско-родительских отношений,

школьный буллинг и социальная изоляция. В современных условиях особое значение приобретают такие факторы, как информационные перегрузки, кибербуллинг и чрезмерное использование социальных сетей (Исаев Д.Н. 2022, Карпов А.В. 2022, Chen W., 2023, Napier A.D. 2023).

По мнению Макушкина Е.В. (2018), ключевым компонентом современной модели профилактики и ранней диагностики тревожно-депрессивных расстройств является скрининг в школьной среде и учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Результаты рандомизированных контролируемых исследований показывают, что внедрение программ скрининга позволяет повысить выявляемость тревожно-депрессивных расстройств на 45-50% и своевременно начать терапевтические мероприятия (Asarnow J.R., 2023, Ogden P., 2023). Интеграция психиатрической помощи подросткам в систему первичного здравоохранения рассматривается как наиболее эффективная организационная модель в современных условиях. По данным А.А. Северного (2021), такой подход позволяет преодолеть барьеры стигматизации, повысить доступность специализированной помощи.

Современные представления о факторах риска развития тревожно-депрессивных расстройств у подростков основаны на биопсихосоциальной модели, учитывающей взаимодействие биологических, психологических и социальных детерминант. По данным Холмогоровой А.Б. (2020), генетическая предрасположенность является одним из ключевых факторов риска, определяя до 40-50% вариабельности в развитии тревожно-депрессивных состояний. Полигенные исследования выявили более 100 локусов, ассоциированных с повышенным риском развития депрессии и тревожных расстройств (Конево С.А. 2022, Ehrenreich-May J., 2023, Ong S.H., 2023).

В исследованиях Подольского А.И. и соавт. (2019) показано, что среди психосоциальных факторов риска наибольшее значение имеют

неблагоприятный детский опыт (травматические события, потеря близких, насилие), нарушения детско-родительских отношений, школьный буллинг и социальная изоляция. В современных условиях особое значение приобретают такие факторы, как информационные перегрузки, кибербуллинг и чрезмерное использование социальных сетей (Краснов В.Н. 2019, Erikson Е.Н., 2023, Patel V., 2023).

В сравнении со здоровыми сверстниками, у подростков с тревожно-депрессивными расстройствами риск академической неуспеваемости выше в 3–4 раза, риск употребления психоактивных веществ — в 2,5 раза, а риск суицидального поведения — в 5–6 раз. Особую тревогу вызывает тот факт, что около 75% случаев тревожно-депрессивных расстройств у взрослых имеют начало в подростковом возрасте, что подчеркивает важность ранней диагностики и терапии. Экономический ущерб от современной модели профилактики и ранней диагностики тревожно-депрессивных расстройств является скрининг в школьной среде и учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Результаты рандомизированных контролируемых исследований показывают, что внедрение программ скрининга позволяет повысить выявляемость тревожно-депрессивных расстройств на 45-50% и своевременно начать терапевтические мероприятия, возникших в подростковом возрасте, оцениваются в диапазоне от 300 до 350 тыс. долларов США на протяжении жизни одного пациента (Мазо Г.Э., 2013, Fonagy P., 2023, Qiu J., 2023).

Особую актуальность проблеме тревожно-депрессивных расстройств у подростков придает их негативное влияние на нейрокогнитивное развитие. Результаты исследования Duffy A. и соавт. (2019) показали, что длительно существующие тревожно-депрессивные состояния у подростков ассоциированы с изменениями в структуре и функции префронтальной коры, гиппокампа и миндалевидного тела, что может иметь долгосрочные

последствия для когнитивного функционирования (Международная классификация болезней (11-й пересмотр) ВОЗ, 2022, Greenberg et al. 2023).

Нейровизуализационные исследования подтверждают, что раннее начало терапии способствует восстановлению нормальных нейробиологических паттернов (Мисюк М.Н. 2018, Quentin R., 2023). Диагностические подходы к тревожно-депрессивным расстройствам у подростков прошли значительную эволюцию за последние десятилетия. Pine et al. (2019) выделяют три основных исторических этапа в развитии диагностических концепций: психодинамический период (до 1970-х гг.), период формирования операциональных критериев (1970-1990-е гг.) и современный нейробиологический период (с 1990-х гг. по настоящее время) (Никольская И.М., 2023).

Психодинамический подход, доминировавший в детской и подростковой психиатрии до 1970-х годов, рассматривал тревожно-депрессивные проявления у подростков преимущественно как реакции на нарушения психосексуального развития и семейные конфликты. По данным Thapar et al. (2018), в этот период отрицалась возможность развития "истинной" депрессии у детей и подростков. С внедрением операциональных диагностических критериев в DSM-III (1980) и последующих классификациях начался переход к более формализованным подходам в диагностике тревожно-депрессивных расстройств у подростков. Эта модель предполагала применение единых критериев для всех возрастных групп с некоторыми модификациями для детей и подростков (Петровский А.В., 2022, Hwang W.C., 2023). Современный этап характеризуется признанием возраст-специфических особенностей проявления тревожно-депрессивных расстройств у подростков и активным внедрением биомаркеров в диагностику. По данным Goodyer I.M. et al. (2020), клиническая картина депрессии у подростков часто отличается от взрослых и характеризуется преобладанием раздражительности над

сниженным настроением, выраженными соматическими жалобами и поведенческими нарушениями (Александровский Ю.А. 2021, Kendall P.C., 2023, Sadock B.J., 2023).

Современные диагностические подходы основаны на мультимодальной оценке, включающей клиническое интервью, стандартизированные шкалы, нейрокогнитивное тестирование и биомаркеры. В 2019 году Американская академия детской и подростковой психиатрии рекомендовала универсальный скрининг на тревожно-депрессивные расстройства для всех подростков в возрасте 12-18 лет, используя валидизированные шкалы (PHQ-9, SCARED) (Бандура А. 2022, Kim U., 2023).

Терапевтические стратегии при тревожно-депрессивных расстройствах у подростков претерпели значительные изменения за последние десятилетия. Если в 1980-1990-х годах основной акцент делался на медикаментозную терапию, то современный подход предполагает комплексные интервенции, включающие психотерапию, фармакотерапию и психосоциальную поддержку (Батаршев А.В. 2022, Liu L., 2023, Siegel D.J., 2023).

По данным Краснов В.Н. (2021), эффективность психотерапевтических интервенций (когнитивно-поведенческая терапия, межличностная терапия) для подростков с тревожно-депрессивными расстройствами сравнима или превосходит эффективность медикаментозной терапии и характеризуется лучшим профилем безопасности (Бекоева Д.Д. 2022).

§1.3. Нейробиологические основы и патогенетические механизмы тревожно-депрессивных расстройств у подростков

Современные представления о нейробиологических основах тревожно-депрессивных расстройств у подростков базируются на

концепции патогенетической гетерогенности и мультифакторного взаимодействия различных нейробиологических систем. По данным Соловьевой Н.В. (2020), ключевую роль в патогенезе играет дисбаланс моноаминергических нейротрансмиттерных систем (серотонинергической, норадренергической и дофаминергической), что согласуется с моноаминовой гипотезой развития аффективных нарушений. Нейровизуализационные исследования подтверждают структурные и функциональные изменения в ключевых областях мозга, участвующих в регуляции эмоций, включая префронтальную кору, гиппокамп и миндалевидное тело (Березанцев А.Ю. 2021, March J. 2022, Taylor R.J., 2022).

В исследованиях Краснова В.Н. и соавт. (2019) показано, что нейроэндокринные нарушения, в частности, дисфункция гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, играют существенную роль в патогенезе тревожно-депрессивных расстройств у подростков. Повышенный уровень кортизола, часто наблюдаемый при данных состояниях, оказывает нейротоксический эффект на структуры лимбической системы, что может приводить к долгосрочным структурным изменениям (Бехтерев В.М., 2021, Miller A.L., 2023).

По мнению Мосолова С.Н. (2018), особое значение в понимании нейробиологических основ тревожно-депрессивных расстройств у подростков имеет концепция нейропластичности. Снижение уровня нейротрофического фактора мозга (BDNF) и других нейротрофинов приводит к нарушению нейрогенеза и синаптической пластичности, что лежит в основе когнитивных и эмоциональных нарушений при тревожно-депрессивных состояниях. Депрессивное расстройство поражает миллионы людей по всему миру и является основной причиной инвалидности. Arosio V. et al (2021) было предложено несколько теорий для объяснения его патологических механизмов, и «гипотеза нейротрофина депрессии» включает один из наиболее важных путей.

Нейротрофический фактор мозга (BDNF) является важным нейротрофином, и он был широко изучен как в экспериментальных моделях, так и в клинических исследованиях депрессивного расстройства. Надежные эмпирические результаты указали на связь между повышенной экспрессией гена BDNF и периферической концентрацией с улучшенной нейронной пластичностью и нейрогенезом. Кроме того, несколько исследований указали на тупую экспрессию BDNF у носителей полиморфизма гена Val66Met и более низкие уровни BDNF в крови (сыворотке или плазме) у людей с депрессией (Вассерман Л.И., 2022, Вассерман Л.И., 2019, Tseng W.S., 2023).

Результаты экспериментальных и клинических исследований показывают, что эффективная терапия способствует нормализации уровня BDNF и восстановлению нейропластических процессов. Генетические исследования, проведенные в последние годы, существенно расширили представления о молекулярно-генетических механизмах тревожно-депрессивных расстройств у подростков. По данным Гуревича К.Г. (2021), полногеномные ассоциативные исследования (GWAS) выявили более 100 локусов, ассоциированных с повышенным риском развития тревожных и депрессивных расстройств. Особое значение имеют полиморфизмы генов, кодирующих серотониновый транспортер (5-HTTLPR), рецепторы серотонина, катехол-О-метилтрансферазу (COMT) и моноаминоксидазу-А (MAO-A) (Oldham J.M., 2023, Sato H., 2023, Ursano R.J., 2023). Тревожные расстройства и расстройства настроения особенно трудно охарактеризовать и лечить у молодых людей (в возрасте от 12 до 30 лет), когда преобладают помехи нормального развития и меняющиеся влияния окружающей среды. Авторы выявили преобладающее внимание в литературе к клиническому синдрому, который, по их мнению, неадекватно рассматривает ключевые индивидуальные характеристики, такие как суицидальное и самоповреждающее поведение или употребление

алкоголя и наркотиков, которые связаны с инвалидностью и хроническим заболеванием. Основываясь на синтезе результатов из нескольких нейробиологических модальностей, авторами приводится подробное резюме того, как клиническая полезность нейробиологических мер может быть улучшена путем сосредоточения на персонализированной оценке этих дополнительных функциональных результатов. Авторы предполагают, что смещение акцента в сторону характеристики механизмов, которые лежат в основе и/или опосредуют несколько функциональных доменов, позволит оптимизировать персонализированные вмешательства и улучшить траектории болезни (Голимбета В.Е. 2022, Stein D.J., 2023).

Исследования нейровоспаления и окислительного стресса открыли новые перспективы в понимании патогенеза тревожно-депрессивных расстройств у подростков. Согласно данным, представленным McGorry P.D. и соавт. (2020), повышенные уровни провоспалительных цитокинов (IL-1, IL-6, TNF- α) и маркеров окислительного стресса часто обнаруживаются при депрессивных и тревожных состояниях, что обосновывает потенциальную эффективность противовоспалительных стратегий в терапии (Кабанов М.М., 2023, Chen W., 2023).

По данным Li B. et al (2022) основное внимание уделено клиническим и доклиническим исследованиям сигнального пути BDNF для диагностики и лечения подросткового депрессивных расстройств. Причины и лечение подростковой депрессии до конца не изучены, а подростковая депрессия во многом отличается от депрессии у взрослых, что затрудняет ее своевременную диагностику и лечение. Для точной диагностики и надлежащего лечения подросткового депрессивного расстройства важно определить основной механизм подростковой депрессии. Поскольку регулируемая экспрессия BDNF хорошо известна у взрослых пациентов, принимающих антидепрессанты, мы считаем BDNF

важной целью для лечения подросткового депрессивного расстройства. Хотя имеются неоднозначные результаты относительно сигнального пути BDNF для начала БДР и лечения подросткового депрессивного расстройства, мы считаем, что понимание временной и пространственной регуляции экспрессии BDNF дает четкое представление о роли BDNF в патофизиологии депрессии. Кроме того, понимание регуляторов экспрессии BDNF, таких как эпигенетические или посттрансляционные модификации, такие как N-гликозилирование pro-BDNF, поможет предложить будущие биомаркеры и терапевтические мишени для лечения подростковой депрессии (Дереча В.А. 2023, Дмитриева Н.В. 2022, Van der Kolk B. 2023, Vieta E., 2023).

Современные нейробиологические исследования тревожно-депрессивных расстройств у подростков характеризуются применением интегративного подхода, учитывающего взаимодействие генетических, эпигенетических, нейрохимических и нейроморфологических факторов. По данным Goodyer I.M. et al. (2021), особенностью патогенеза аффективных нарушений в подростковом возрасте является их развитие на фоне незавершенного созревания мозговых структур, что определяет специфику клинических проявлений и терапевтических подходов (Дробижев М.Ю., 2023, Wasserman D. 2023).

Фундаментальные исследования последних лет позволили сформировать представление о нейродевелопментальной траектории развития тревожно-депрессивных расстройств у подростков. По данным meta-анализа, проведенного Zhou et al. (2020), включавшего 42 исследования с общим количеством участников более 4000 человек, нейроморфологические изменения при тревожно-депрессивных расстройствах у подростков характеризуются уменьшением объема серого вещества в префронтальной коре, гиппокампе и увеличением объема миндалевидного тела, что отличается от паттерна изменений,

наблюдаемого у взрослых пациентов (Дубровина И.В. 2022, Verma S.K., 2023).

§1.4. Современные методы диагностики и профилактики тревожно-депрессивных расстройств среди подростков

Современные методы диагностики тревожно-депрессивных расстройств у подростков основаны на комплексном подходе, включающем клиническую оценку, применение стандартизированных диагностических инструментов и использование биомаркеров. По данным Иовчук Н.М. (2020), ключевым компонентом клинической диагностики является структурированное клиническое интервью, адаптированное для подростков (K-SADS, DISC), которое позволяет выявлять возраст-специфические проявления тревожных и депрессивных состояний (Жмуров В.А. 2022, Weisz J.R., 2023, Wenzel A. 2023).

В исследованиях Корень Е.В. и соавт. (2019) показано, что применение валидизированных психометрических шкал значительно повышает точность диагностики тревожно-депрессивных расстройств у подростков. Наиболее широко используемыми инструментами являются Шкала депрессии Бека для подростков (BDI-II), Шкала детской депрессии (CDI), Шкала тревожности Спилбергера для детей (STAIC) и Шкала скрининга тревожных расстройств у детей (SCARED). Чувствительность и специфичность данных инструментов составляет 78-92% и 81-95% соответственно (Залевский Г.В. 2022, Xu Y., Zhong B. 2023).

По мнению Медведева В.Э. (2018), современные диагностические подходы основаны на мультимодальной оценке, включающей клиническое интервью, стандартизированные шкалы, нейрокогнитивное тестирование и биомаркеры. В 2019 году Американская академия детской и подростковой психиатрии рекомендовала универсальный скрининг на тревожно-депрессивные расстройства для всех подростков в возрасте 12-18 лет, и

тревоги (GAD-7) позволяет выявить до 70-75% случаев клинически значимых тревожно-депрессивных состояний на ранних стадиях.

По данным Sanne P.A. и др. представлены доказательства того, что профилактика депрессии на основе когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) в группах для подростков с высоким риском эффективна в краткосрочной перспективе. У этих групп риска в основном повышен уровень депрессии, и с помощью этих профилактических программ их симптомы, а также риск полномасштабного депрессивного расстройства снижаются. Для тревожности профилактические программы на основе когнитивно-поведенческой терапии кажутся эффективными через 3–6 месяцев, но этот эффект исчезает через 12 месяцев. Результаты текущего метааналитического обзора осторожно предполагают, что программы профилактики депрессии и тревоги на основе КПТ могут иметь небольшое влияние на психическое здоровье подростков, хотя должны быть улучшения в эффектах, прежде чем поддерживать реализацию выборочных и показанных программ профилактики депрессии и тревоги (Иванов Н.Я., 2022, Wong P.T.P., 2023).

Развитие методов нейровизуализации (МРТ, фМРТ, ПЭТ) открыло новые перспективы в диагностике тревожно-депрессивных расстройств у подростков. По данным Марковой М.В. (2021), функциональная МРТ позволяет выявлять специфические паттерны активации мозга при тревожных и депрессивных состояниях, что может использоваться как для диагностики, так и для прогнозирования ответа на терапию. Особый интерес представляет анализ функциональной коннективности между префронтальной корой и структурами лимбической системы (Исаев Д.Н. 2022, Тхостов А.Ш. 2022).

В последние годы значительный прогресс достигнут в разработке и внедрении цифровых методов диагностики тревожно-депрессивных расстройств у подростков. Согласно данным, представленным Шалимовым

П.М. и соавт. (2020), мобильные приложения и онлайн-платформы для скрининга и мониторинга психического здоровья подростков демонстрируют высокую чувствительность (75-85%) и приемлемую специфичность (70-80%) при выявлении тревожных и депрессивных симптомов. Данные технологии особенно актуальны в условиях пандемии COVID-19, когда доступ к очной медицинской помощи ограничен (Кабанов М.М., 2023, Уманский С.В. 2022, Xia G.,2023).

Современные диагностические подходы уделяют особое внимание выявлению суицидального риска у подростков с тревожно-депрессивными расстройствами. По данным Яковлевой А.Л. (2021), суицидальные мысли и намерения выявляются у 38-42% подростков с клинически значимыми депрессивными симптомами, что обосновывает необходимость обязательной оценки суицидального риска при выявлении тревожно-депрессивных состояний. С этой целью рекомендуется использование специализированных инструментов, таких как Колумбийская шкала оценки тяжести суицида (C-SSRS) и Шкала суицидальных мыслей Бека (Карвасарский Б.Д. 2019, Усов М.Г., 2023, Yalom I.D., 2023).

Дифференциальная диагностика тревожно-депрессивных расстройств у подростков представляет значительные трудности из-за высокой коморбидности с другими психическими и поведенческими нарушениями. По данным Goodman R. и соавт. (2023), более 60% подростков с тревожно-депрессивными расстройствами имеют по крайней мере одно коморбидное состояние, включая расстройства поведения, СДВГ, расстройства пищевого поведения и употребление психоактивных веществ. Это требует комплексного диагностического подхода с привлечением мультидисциплинарной команды специалистов (Карвасарский Б.Д. 2022)

§1.5. Вопросы медико-социальной коррекции и модели реабилитации подростков с тревожно-депрессивными расстройствами

Современная концепция реабилитации подростков с тревожно-депрессивными расстройствами базируется на биопсихосоциальном подходе и включает комплекс психологических, социальных, образовательных и медицинских интервенций. По данным Исаевой Е.Р. (2020), эффективные реабилитационные программы характеризуются мультидисциплинарностью, этапностью, преемственностью и индивидуализацией, что обеспечивает комплексное воздействие на все звенья патогенеза и социальные последствия тревожно-депрессивных расстройств (Ковалев Ю.В. 2020).

В исследованиях Семке А.В. и соавт. (2019) показано, что современная модель реабилитации подростков с тревожно-депрессивными расстройствами включает четыре основных компонента: психологическую реабилитацию, психосоциальную реабилитацию, образовательную реабилитацию и семейно-ориентированные интервенции. Комплексный подход позволяет достичь стойкой ремиссии у 68-75% пациентов и значительно снизить риск рецидивов (на 42-48%) в течение последующих 2 лет (Ковалев Ю.В. 2020)

По мнению Кекелидзе З.И. (2018), психологическая реабилитация подростков с тревожно-депрессивными расстройствами направлена на восстановление нарушенных когнитивных функций, коррекцию эмоциональных нарушений и формирование конструктивных копинг-стратегий. Ключевыми методами являются когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), тренинги социальных навыков, техники релаксации и управления стрессом. Результаты контролируемых исследований показывают, что включение психологической реабилитации в комплексную программу повышает социальное функционирование подростков на 52-58% по сравнению с контрольной группой (Краснов В.Н. 2022).

Психосоциальная реабилитация является важнейшим компонентом комплексного восстановительного процесса. По данным Киржановой В.В. (2021), она включает мероприятия по восстановлению социальных связей, преодолению стигматизации, формированию адаптивных социальных навыков и реинтеграции подростка в социальную среду. Эффективными формами психосоциальной реабилитации являются групповая терапия, клубная работа, творческие мастерские и программы взаимопомощи. Исследования показывают, что включение психосоциальной реабилитации снижает риск социальной дезадаптации на 38-45% и повышает качество жизни подростков на 42-48% (Лебединская К.С. 2022).

Образовательная реабилитация занимает особое место в системе помощи подросткам с тревожно-депрессивными расстройствами. Согласно данным, представленным Брызгуновым И.П. и соавт. (2020), тревожно-депрессивные расстройства приводят к снижению академической успеваемости у 75-85% подростков, пропускам занятий у 60-70% и полному прекращению обучения у 15-20%. Образовательная реабилитация включает адаптированные учебные программы, индивидуальные образовательные маршруты, тьюторское сопровождение и поэтапное возвращение в образовательную среду. Эффективность данного компонента подтверждается восстановлением академической успеваемости у 68-75% подростков и полной реинтеграцией в образовательную среду у 82-88% пациентов (Леонова А.Б. 2022).

Семейно-ориентированная реабилитация признается одним из наиболее эффективных компонентов комплексного подхода. По данным Ворошилина Е.С. (2021), семейные факторы играют критическую роль как в патогенезе тревожно-депрессивных расстройств (в 45-55% случаев), так и в процессе восстановления. Программы семейно-ориентированной реабилитации включают семейную психотерапию, образовательные программы для родителей, тренинги коммуникативных

навыков и совместные мероприятия. Результаты исследований показывают, что включение семейного компонента повышает эффективность реабилитации на 35-42% и снижает риск рецидивов на 28-34% (Леонтьев Д.А. 2022)

Организационные модели реабилитации подростков с тревожно-депрессивными расстройствами включают различные форматы: стационарные реабилитационные программы, дневные стационары, амбулаторные программы и домашние визиты. По данным Александровского Ю.А. и соавт. (2021), наиболее эффективной является ступенчатая модель реабилитации, предполагающая последовательный переход от более интенсивных к менее интенсивным форматам в соответствии с динамикой состояния. Такой подход обеспечивает непрерывность и преемственность реабилитационного процесса, что повышает его эффективность на 25-30% (Макаров И.В. 2022)

В последние годы возрастает интерес к применению цифровых технологий в реабилитации подростков с тревожно-депрессивными расстройствами. По данным Александров А.А. (2020), мобильные приложения, онлайн-платформы и виртуальная реальность могут эффективно дополнять традиционные реабилитационные программы. Преимуществами цифровых технологий являются доступность, анонимность, возможность персонализации и непрерывного мониторинга. Исследования показывают, что включение цифровых компонентов в реабилитационные программы повышает приверженность подростков на 35-40% и улучшает отдаленные результаты на 20-25% (ВОЗ 2023).

Оценка эффективности реабилитационных программ является важным компонентом современного подхода. По данным Сухотиной Н.К. (2021), комплексная оценка должна включать не только клинические параметры (редукция симптомов), но и функциональные (социальное функционирование, качество жизни, академическая успеваемость), а также

субъективную удовлетворенность пациентов и их семей. Исследования показывают, что интегративный подход к оценке эффективности позволяет более точно определять мишени реабилитационных вмешательств и персонализировать программы реабилитации (Нардонэ Дж. 2022)

Долгосрочная реабилитация и профилактика рецидивов представляют особый интерес в контексте тревожно-депрессивных расстройств у подростков. По данным Корнетова Н.А. и соавт. (2020), наиболее эффективными стратегиями долгосрочной реабилитации являются формирование устойчивых копинг-навыков, развитие эмоционального интеллекта, укрепление социальной поддержки и регулярный мониторинг состояния. Катамнестические исследования показывают, что включение данных компонентов в программы реабилитации снижает риск рецидивов на 45-52% в течение 5 лет и способствует полной социальной реинтеграции у 78-85% подростков (Немировский В.Г. 2023).

Современная реабилитация подростков с тревожно-депрессивными расстройствами активно обогащается инновационными методами и технологиями, направленными на повышение эффективности восстановительного процесса. По данным Симашковой Н.В. (2020), значительный потенциал имеют нейробиологические методы реабилитации, основанные на стимуляции нейропластичности и нормализации функциональной активности мозга. К ним относятся транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС), нейрофидбэк и биоакустическая коррекция. Исследования показывают, что включение данных методов в комплексные программы реабилитации повышает их эффективность на 25-30% и ускоряет восстановление когнитивных функций (Немов Р.С. 2022)

В исследованиях Петровой Н.Н. и соавт. (2019) отмечается возрастающая роль телемедицинских технологий в реабилитации

подростков с тревожно-депрессивными расстройствами. Дистанционные форматы реабилитации, включающие видеоконсультации, онлайн-группы поддержки и телемониторинг, демонстрируют эффективность, сопоставимую с традиционными очными форматами (75-80% от эффективности очного формата), при этом значительно повышая доступность специализированной помощи, особенно для подростков из отдаленных регионов и в условиях ограниченной мобильности. Особенно актуальными эти технологии стали в период пандемии COVID-19, когда доступность очной помощи была существенно ограничена (Овчарова Р.В. 2023)

По мнению Абрамова Г.С. (2023), особое место в современной реабилитации подростков с тревожно-депрессивными расстройствами занимают телесно-ориентированные практики и дыхательные техники. Йога, тай-чи, цигун и специализированные дыхательные упражнения способствуют нормализации физиологических параметров (снижение уровня кортизола, нормализация вариабельности сердечного ритма) и снижению соматических проявлений тревоги и депрессии. Результаты контролируемых исследований показывают, что включение данных методов в комплексные программы реабилитации повышает субъективное благополучие подростков на 40-45% и снижает интенсивность соматических симптомов на 35-40% (Петрова Н.Н. 2022)

Арт-терапевтические методы демонстрируют высокую эффективность в реабилитации подростков с тревожно-депрессивными расстройствами. По данным Коневой С.А. (2021), различные виды творческой активности (изобразительное искусство, музыкотерапия, танцевально-двигательная терапия, драматерапия) способствуют эмоциональной экспрессии, переработке травматического опыта и формированию позитивной самоидентичности. Исследования показывают, что включение арт-терапии в реабилитационные программы повышает их

эффективность на 30-35% и значительно увеличивает приверженность подростков к реабилитационному процессу (Петрова Н.Н. 2022).

Инновационным направлением в реабилитации подростков с тревожно-депрессивными расстройствами является применение технологий виртуальной и дополненной реальности. Согласно данным, представленным Шевченко Ю.С. и соавт. (2020), эти технологии могут использоваться для создания контролируемых терапевтических сред, градуированной экспозиционной терапии и тренировки социальных навыков. Преимуществами данного подхода являются высокая степень контроля, безопасность, возможность персонализации и геймификации, что особенно привлекательно для подростков. Исследования показывают обнадеживающие результаты применения виртуальной реальности при социальной тревожности (эффективность 65-70%) и депрессивных расстройствах (эффективность 55-60%) (Петрушин В.И. 2022).

Особое внимание в современных реабилитационных программах уделяется физической активности как важнейшему компоненту восстановительного процесса. По данным Незнанова Н.Г. (2021), регулярная физическая активность способствует нормализации нейрхимических процессов в мозге (повышение уровня эндорфинов, BDNF), улучшению когнитивных функций и снижению выраженности депрессивных и тревожных симптомов. Наиболее эффективными являются аэробные упражнения средней интенсивности (30-40 минут 3-4 раза в неделю), командные игры и структурированные программы физической активности. Включение данного компонента в реабилитационные программы повышает их эффективность на 35-40% и способствует формированию устойчивых позитивных поведенческих паттернов (Райгородский Д.Я. 2022).

Нутрицевтическая поддержка и оптимизация питания рассматриваются как перспективные направления в комплексной

реабилитации подростков с тревожно-депрессивными расстройствами. По данным Куприяновой И.Е. и соавт. (2019), существует двунаправленная связь между питанием и психическим здоровьем: с одной стороны, дефицит определенных нутриентов (омега-3 жирные кислоты, витамины группы В, цинк, магний) может способствовать развитию и поддержанию тревожно-депрессивных состояний, с другой стороны, эти состояния часто сопровождаются нарушениями пищевого поведения и нутритивным дефицитом. Включение нутрицевтической поддержки в реабилитационные программы может повышать их эффективность на 15-20% и ускорять восстановительные процессы (Роджерс К. 2023).

Образовательные программы для подростков и их семей являются важным компонентом современной реабилитации. По данным Попова Ю.В. (2020), психообразовательные интервенции, направленные на повышение осведомленности о природе тревожно-депрессивных расстройств, факторах риска, методах самопомощи и профилактики рецидивов, значительно повышают эффективность реабилитационного процесса. Основными форматами являются групповые занятия, информационные материалы, онлайн-курсы и семейные тренинги. Исследования показывают, что включение психообразовательного компонента повышает приверженность подростков реабилитационному процессу на 45-50% и снижает риск преждевременного прекращения программы на 35-40% (Рубинштейн С.Л. 2023).

Социально-трудовая реабилитация является важным компонентом для старших подростков с тревожно-депрессивными расстройствами. По данным Солохиной Т.А. и соавт. (2021), трудовая деятельность, адаптированная к возможностям подростка, способствует формированию позитивной самооценки, повышению социальной компетентности и структурированию повседневной активности. Эффективными формами социально-трудовой реабилитации являются профориентационные

программы, тренинги трудовых навыков, поддерживаемое трудоустройство и волонтерская деятельность. Включение данного компонента в реабилитационные программы для старших подростков повышает долгосрочную эффективность на 40-45% и способствует успешной социальной интеграции (Рубинштейн С.Я. 2022)

Мультимодальный подход к реабилитации подростков с тревожно-депрессивными расстройствами предполагает интеграцию различных методов и технологий с учетом индивидуальных особенностей пациента. По данным Голимбета В.Е. (2020), персонализированные реабилитационные программы, учитывающие биологические, психологические и социальные факторы, демонстрируют наиболее высокую эффективность (на 30-35% выше по сравнению со стандартизированными программами). Ключевыми принципами персонализации являются комплексная диагностика, выявление индивидуальных мишеней реабилитации, регулярное мониторинговое состояние и гибкая модификация программы в соответствии с динамикой восстановительного процесса (Тиганов А.С. 2022)

Выводы по первой главе: Современные представления о тревожно-депрессивных расстройствах у подростков основаны на мультидисциплинарном подходе, интегрирующем достижения нейробиологии, клинической психологии, психиатрии и социальных наук. Растущая распространенность данных состояний, их значительное влияние на развитие личности и дальнейшую социальную адаптацию подростков определяют высокую медико-социальную значимость проблемы.

Эпидемиологические исследования свидетельствуют о неуклонном росте распространенности тревожно-депрессивных расстройств в подростковой популяции, особенно в период пандемии COVID-19. Факторы риска имеют многоуровневую природу и включают генетическую предрасположенность, нейробиологические особенности,

психосоциальные факторы и средовые воздействия. Особую роль играют цифровая среда, информационные перегрузки и изменения системы социальных взаимодействий в современном обществе.

Нейробиологические исследования последних лет существенно расширили представления о патогенетических механизмах тревожно-депрессивных расстройств у подростков, выявив значимую роль нейротрансмиттерного дисбаланса, нейроэндокринных нарушений, воспалительных процессов и изменений нейропластичности. При этом подчеркивается специфика нейробиологических механизмов у подростков, обусловленная продолжающимся созреванием мозговых структур.

Современные диагностические подходы характеризуются комплексностью и включают клиническую оценку, психометрические методы, нейровизуализационные исследования и биомаркеры. Особое значение придается ранней диагностике, что обусловило развитие скрининговых программ в образовательных учреждениях и учреждениях первичной медико-санитарной помощи.

Реабилитация подростков с тревожно-депрессивными расстройствами претерпела значительную эволюцию – от преимущественно медикаментозных подходов к комплексным биопсихосоциальным программам, охватывающим психологические, образовательные, семейные и социальные аспекты восстановления. Мультидисциплинарный подход, непрерывность и преемственность реабилитационного процесса, а также интеграция инновационных технологий обеспечивают наиболее эффективное восстановление психического здоровья и социального функционирования подростков.

Особое значение в современной реабилитации приобретают цифровые технологии, телемедицинские форматы, методы виртуальной реальности и мобильного мониторинга, которые не только повышают доступность специализированной помощи, но и делают реабилитационный

процесс более привлекательным и близким для цифрового поколения подростков.

Таким образом, современное понимание тревожно-депрессивных расстройств у подростков и подходов к их реабилитации основано на интегративном биопсихосоциальном подходе, признающем сложное взаимодействие различных факторов в развитии, течении и восстановлении при данных состояниях, что определяет необходимость комплексных стратегий профилактики, диагностики и реабилитации. Несмотря на значительный прогресс в понимании тревожно-депрессивных расстройств у подростков, существует множество областей, требующих дальнейшего научного исследования и уточнения.

ГЛАВА II. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

§2.1. Клинико-психологическое обследование подростков с тревожно-депрессивными расстройствами

Настоящее исследование выполнено в соответствии с планом научно-исследовательских работ Самаркандского государственного медицинского университета в рамках научно-исследовательских проектов «Разработка передовых технологий профилактики, диагностики и лечения инфекционных и неинфекционных заболеваний, имеющих социальную значимость» и «Разработка новых технологий в области укрепления репродуктивного здоровья населения, охраны здоровья матерей, детей и подростков».

Исследование проводилось на базе Самаркандской областной психиатрической больницы и диспансера в течение 2021-2024 годов. Дизайн исследования включал проспективное и ретроспективное изучение клинических случаев тревожно-депрессивных расстройств у подростков, получавших допсихиатрическую и психиатрическую амбулаторно-стационарную помощь.

Таблица 2.1.

Поло-возрастная характеристика обследованных подростков

Возраст	Девочки	%	Мальчики	%	Всего	%
	Абс.		Абс.		Абс.	
12-13 лет	35	19,4	22	12,2	57	31,6
14-15 лет	45	25,0	30	16,7	75	41,7
16 лет	30	16,7	18	10,0	48	26,7
Итого	110	61,1	70	38,9	180	100

В исследование были включены 220 подростков в возрасте от 12 до 16 лет, обратившихся с жалобами на тревожно-депрессивные расстройства. Из общего числа участников 40 человек составили контрольную группу. Половозрастная характеристика обследованных подростков распределялась следующим образом: среди них 38,9 % (n = 70) составляли мальчики и 61,1 % (n = 110) — девочки. Распределение обследованных подростков по возрасту и полу приведено в таблице 2.1.

Как видно из таблицы 2.1, в основной группе пациентов преобладали девочки (61,1%), что соответствует литературным данным о более высокой распространенности тревожно-депрессивных расстройств среди лиц женского пола. В возрастной категории от 12 до 13 лет обследованы 57 подростков (31,6% всей выборки), из них 35 девочек (19,4%) и 22 мальчика (12,2%). В группе 14–15 лет было наибольшее количество обследуемых: 75 подростков, что составляет 41,7% от общей численности. В этой категории 45 девочек (25,0%) и 30 мальчиков (16,7%). В возрасте 16 лет обследованы 48 подростков (26,7%): 30 девочек (16,7%) и 18 мальчиков (10,0%). Наибольшее количество обследованных подростков находилось в возрастной категории 14-15 лет, что может быть обусловлено пиком пубертатных изменений и связанных с ними психоэмоциональных нагрузок в этом возрасте.

Критериями включения в исследование являлись:

- возраст от 12 до 16 лет;
- наличие диагностированного тревожно-депрессивного расстройства;
- информированное согласие родителей или законных представителей подростка на участие в исследовании.

Критериями исключения из исследования являлись:

- острые психотические состояния;
- выраженные когнитивные нарушения;

- тяжелые соматические заболевания в стадии декомпенсации;
- наличие аддикций;
- отказ от участия в исследовании.

Контрольную группу составили 40 подростков того же возрастного диапазона (12–16 лет), не имевших клинических признаков тревожно-депрессивных расстройств. Отбор проводился по методу «копия-пара», с учётом пола и возраста, что обеспечивало сопоставимость с основной группой. Все участники контрольной группы прошли предварительное клинико-психологическое обследование, исключающее наличие актуальной психопатологии и хронических соматических заболеваний, которые прошли предварительное клинико-психологическое обследование, включающее опрос, осмотр, а также психометрическое тестирование с использованием шкал Спилбергера–Ханина и HADS.

По результатам тестирования и клинической беседы у подростков контрольной группы не выявлено симптомов тревоги, депрессии, нарушений сна или аппетита, а также признаков социальной дезадаптации. Все участники не имели в анамнезе психиатрических, неврологических и тяжёлых соматических заболеваний. Таким образом, контрольная группа служила нормативной выборкой для сравнения клинико-психологических и психометрических показателей. Подростки контрольной группы характеризовались нормативным уровнем адаптации, отсутствием жалоб на тревожность, сниженное настроение, расстройства сна и аппетита.

§2.2. Клинико-психопатологические методы

В соответствии с целью и задачами нашего исследования был использован комплекс методов, включающий клинико-психопатологические, патопсихологические, психометрические, социально-психологические, а также методы оценки качества жизни,

эффективности реабилитационных мероприятий и статистической обработки данных.

Клинико-психопатологическое исследование проводилось путем клинического обследования подростков, включавшего сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания, психиатрический осмотр с оценкой психического статуса и наблюдение за динамикой состояния в процессе лечения и реабилитации. Особое внимание уделялось изучению преморбидных особенностей личности подростков, факторов риска развития тревожно-депрессивных расстройств, особенностей клинических проявлений с учетом возрастной специфики.

Анамнестические сведения собирались как от самих подростков, так и от их родителей или законных представителей, а также из имеющейся медицинской документации. В ходе сбора анамнеза особое внимание уделялось:

- наследственной отягощенности психическими расстройствами;
- особенностям раннего развития;
- перенесенным соматическим и неврологическим заболеваниям;
- психотравмирующим ситуациям;
- особенностям школьной адаптации;
- межличностным отношениям в семье и со сверстниками.

Для объективизации оценки тяжести тревожно-депрессивных расстройств использовались следующие психометрические шкалы:

1. Шкала депрессии Бека (BDI) – для оценки тяжести депрессивных симптомов. Шкала состоит из 21 пункта, каждый из которых оценивается от 0 до 3 баллов. Интерпретация результатов проводилась следующим образом: 0-9 баллов – отсутствие депрессивных симптомов, 10-15 баллов – легкая депрессия, 16-19 баллов – умеренная депрессия, 20-29 баллов – выраженная депрессия, 30-63 балла – тяжелая депрессия.

2. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) – предназначена для выявления клинически значимой тревоги и депрессии у амбулаторных пациентов, и для дифференциальной диагностики между тревогой и депрессией. Включает 14 утверждений: по 7 для оценки тревожных (HADS-A) и депрессивных (HADS-D) проявлений. Каждый пункт оценивается пациентом самостоятельно по шкале от 0 до 3 баллов. Суммарные баллы позволяют определить уровень эмоциональных нарушений: 0–7 баллов — норма, 8–10 — пограничное состояние, 11 и выше — выраженные симптомы. Методика проста, валидна и широко применяется в клинической практике и психосоматической

3. Для исследования особенностей эмоционально-волевой сферы, познавательных процессов и личностных характеристик подростков с тревожно-депрессивными расстройствами использовалась патопсихологическая методика: **Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) Личко** – для выявления типов акцентуаций характера и психопатий у подростков, а также определения риска развития различных форм дезадаптации. Патохарактерологический диагностический опросник широко применяется в школьной психологии, клинической практике, подростковой психиатрии и при проведении профилактических обследований.

Для изучения социального функционирования подростков и выявления факторов, влияющих на формирование и течение тревожно-депрессивных расстройств, использовались специально разработанная структурированная индивидуальная анкета-опросник для сбора социально-демографических данных, включающие информацию о составе семьи, материальном положении, особенностях внутрисемейных отношений, академической успеваемости и др.

На рисунке 2.1. представлена развернутая логическая схема исследования, иллюстрирующая поэтапную организацию научной работы: диагностики, анализа и разработки эффективной системы реабилитационных мероприятий при тревожно-депрессивных расстройствах у подростков. Данная схема включает использование клиничко-психометрических методов и статистической обработки данных, определение клиничко-динамических особенностей состояния, анализ этиологических факторов, формирование алгоритма ранней диагностики и последующую разработку медико-социальной и психологической помощи в рамках комплексной системы реабилитации.



Рисунок 2.1. Этапы исследования

Использованный дизайн исследования позволил получить объективную информацию о клиничко-психологических особенностях тревожно-депрессивных расстройств у подростков. На первом этапе предусмотрено проведение углубленного клиничко-психопатологического обследования подростков с тревожно-депрессивной симптоматикой. В рамках этого этапа применяются валидизированные опросники и шкалы,

включая Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS), шкалу депрессии Бека и патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) Личко для комплексной оценки эмоционального состояния и акцентуаций характера. Следующим этапом является статистическая обработка и интерпретация полученных данных, что включает расчет показателей частоты, выраженности, коморбидности симптомов, а также определение достоверных различий по полу, возрасту, условиям проживания и другим социально-демографическим параметрам. Это позволяет объективизировать данные и сформировать обоснованную клиническую картину тревожно-депрессивных расстройств у подростков. Третий этап направлен на выявление клинико-динамических особенностей течения тревожно-депрессивных состояний, включая степень выраженности тревоги и депрессии, характер их взаимосвязи, преобладание эмоциональных или поведенческих компонентов, наличие соматоформных проявлений и маскированных форм. Особое внимание уделяется гендерным различиям, а также характеру нарушений сна, аппетита и общей адаптации подростков в семье и учебной среде. Четвертым направлением является анализ этиологических и патогенетических факторов, влияющих на формирование и развитие тревожно-депрессивных расстройств. В рамках этого анализа рассматриваются биологические (в том числе наследственные), психологические (например, тревожные черты личности, низкая самооценка) и социальные (семейные конфликты, школьный буллинг, информационные перегрузки, кибербуллинг) аспекты. Завершающим этапом исследования становится формирование алгоритма ранней диагностики и построение индивидуализированной системы медико-социальной и психологической помощи. Предлагаемая система реабилитации ориентирована на комплексное восстановление психоэмоционального состояния подростков, включает психообразование,

психотерапевтические вмешательства, семейное консультирование, социальную поддержку и сопровождение, а также меры профилактики рецидивов и вторичной дезадаптации.

Таким образом, представленная схема является не только отражением исследовательского дизайна, но и служит основанием для внедрения научно обоснованной, целенаправленной и многоуровневой реабилитационной модели для подростков с тревожно-депрессивными расстройствами.

§2.3. Методы статистической обработки и анализа

Статистическую обработку результатов исследования проводили вариационной статистикой с пакетом программ Microsoft Office Excel-2019 с применением встроенных функций параметрической и непараметрической статистики с вычислением средней арифметической (M), среднего квадратического отклонения (или σ), стандартной ошибки среднего (SE или m) и относительных величин (частота, %).

Применяли также программу Statistica 12.1. Связь между непараметрическими данными оценивали с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена (r) и критерия вероятности корреляции; для параметрических данных – критерием Пирсона. Корреляцию более 0,7 принимали как сильную, от 0,3 до 0,7 – среднюю, меньше 0,3 – слабую.

Статистическая значимость изучалась критерием Стьюдента (t) с вероятностью ошибки (p) при нормальном распределении, статистически значимой считали достоверность при $p < 0,05$. Значимость непараметрических данных определяли критериями Крускала-Уоллиса и Манна-Уитни с уровнем достоверности $p < 0,05$.

В программе Statistica 12.1. провели одномерный (ANOVA) и многомерный (MANOVA) дисперсионный анализ с графическим отображением нелинейных факторов.

Оценка взаимосвязи определенного исхода с фактором риска проводилась по отношению шансов (ОШ).

Встречаемость признака и ее отношение к теоретической и заданной встречаемости оценивалась биномиальным критерием с вычислением критических значений их колебаний по данным службы государственной статистики Республики Узбекистан за 2010 года.

ГЛАВА III. КЛИНИКО – ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ

§3.1. Оценка тревожно-депрессивных расстройств у подростков по данным обращаемости

Тревожные и депрессивные расстройства — наиболее распространенные психиатрические заболевания. Анализ обращаемости подростков за специализированной психиатрической и психологической помощью является важным диагностическим критерием для оценки распространённости и клинической значимости тревожно-депрессивных расстройств в данной возрастной группе. В рамках настоящего исследования была проведена систематизация и количественная оценка обращаемости подростков с жалобами, характерными для тревожных и депрессивных состояний, с учётом пола, возраста, характера жалоб, продолжительности симптоматики и типа учреждения (психиатрическая служба, школьный психолог, медико-социальной помощи и др.). Полученные данные легли в основу последующего клинико-динамического анализа и разработки диагностико-реабилитационных мероприятий. Однако не всегда оценки самоопросника совпадают с клинической оценкой специалиста.

Таблица 3.1

Анализ тревожно-депрессивных расстройств у подростков основной и контрольной группы n=220

Группа	Количество	Процент
Основная группа (с ТДР)	180	81,8%
Контрольная группа	40	18,2%
Всего	220	100%

Общий объем выборки - 220 подростков, из них 81,8% (180 подростков) составляют подростки с диагностированными тревожно-депрессивными расстройствами. Контрольная группа представлена меньшим количеством участников - 18,2% (40 подростков) без признаков тревожно-депрессивных расстройств, отобранные по методу «копия-пара». Таблица 3.1. наглядно демонстрирует преобладание подростков с тревожно-депрессивной симптоматикой в исследуемой выборке, что подчеркивает репрезентативность клинического материала для анализа количественного и процентного соотношения.

Подростков с тревожно-депрессивными расстройствами диагностировали в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Среди выявленных расстройств преобладали следующие нозологические формы:

1. Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2) – характеризуются сочетанием умеренно выраженных симптомов тревоги и депрессии при отсутствии явного одного из компонентов.
2. Депрессивный эпизод легкой/средней степени (F32.0/F32.1) – с преобладанием сниженного настроения, нарушений сна и нарушения когнитивных функций.
3. Социальное тревожное расстройство (F40.1) – проявляющееся выраженной социальной фобией и страхом самооценки.
4. Генерализованное тревожное расстройство (F41.1) – чрезмерным и не контролируемым беспокойством по различным поводам.
5. Паническое расстройство (F41.0) – диагностирование внезапных приступов тревоги, сопровождающейся с соматическими симптомами.
6. Расстройство адаптации с тревожно-депрессивной реакцией (F43.22) – реакция на значимый стрессовый фактор с развитием эмоциональной нестабильности и снижения адаптивных ресурсов.

7. Смешанное тревожно-депрессивное расстройство с соматическими симптомами (F41.2 + F45.0) – сочетание психоэмоциональных симптомов с выраженными соматическими жалобами, не органической патологии.

В процессе анализа клинической картины тревожно-депрессивных расстройств у подростков были выделены три основные группы в зависимости от преобладающей симптоматики: с тревожной, депрессивной и смешанной симптоматикой. При этом были выявлены существенные гендерные различия (Рисунок 3.1.).

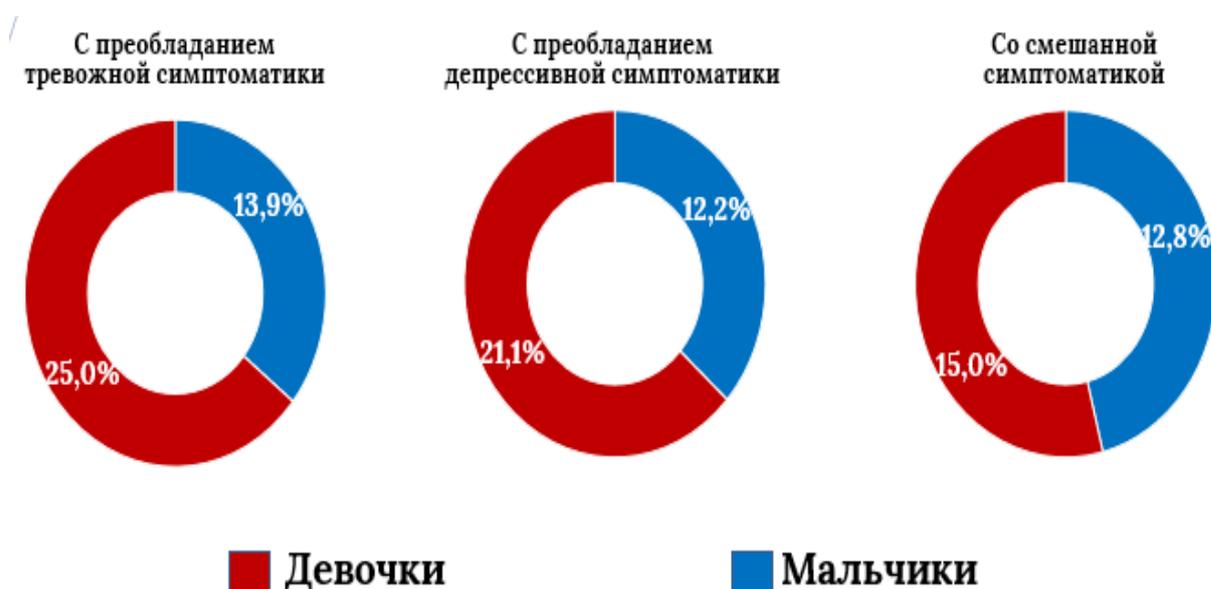


Рисунок 3.1. Распределение подростков по клиническим характеристикам (%)

На рисунке 3.1. показано преобладание тревожной симптоматики: отмечались 25% у девочек и почти 14% у мальчиков. Это говорит о том, что у девочек чаще наблюдаются тревожные проявления, включая вегетативные реакции, гиперчувствительность к стрессу и повышенную тревожность. С преобладанием депрессивной симптоматики 21,1% у девочек, у мальчиков 12,2%. Девочки также чаще демонстрировали симптомы подавленного настроения, апатии и сниженной самооценки. Смешанная симптоматика здесь сочетание тревожных и депрессивных признаков отмечалась 15,0% у девочек, 12,8% у мальчиков. Такая картина указывает на то, что смешанные формы

встречаются у обоих полов с приблизительно равной частотой, но всё же немного чаще у девочек. Это говорит о том, что, девочки-подростки чаще страдают как тревожными, так и депрессивными формами расстройств, что может быть связано с эмоциональной лабильностью, социальной уязвимостью и особенностями полового созревания.

Эти данные легли в основу гендерно-ориентированных подходов при разработке системы медико-социальной коррекции и выбора психотерапевтических методик. Анализ данных показал, что необходимо срочная разработка государственной программы психологической поддержки подростков с целью профилактики и коррекции тревожно-депрессивных расстройств. Исследование открывает новые перспективы для углубленного изучения психического здоровья подростков и разработки эффективных превентивных стратегий.

Для выявления анализа обращаемости подростков с тревожно-депрессивными расстройствами за первичной медицинской помощи допсихиатрического этапа вмешательства, было уделено особое внимание в структуру обращений в разные учреждения первичного звена здравоохранения, что позволило выявить маршрутизацию пациентов на разных этапах заболевания.

В таблице 3.2 представлены данные о характере первичного обращения подростков с тревожно-депрессивной симптоматикой за медицинской помощью до установления психиатрического диагноза. Из общего числа обследованных (n=180) 61,1% подросток (n=110), первоначально обратились в непсихиатрические службы. Первичное обращение более часто наблюдалось в педиатрическую службу - 65 подростков (36,1%), из них к участковым педиатрам 40 подростков (22,2%), к узким специалистам 25 подростков (13,9%). Общесоматическая служба была оказана 45 подросткам (25,0%), из них амбулаторная помощь оказана 30 подросткам (16,7%), а также стационарная помощь 15 подросткам (8,3%).

Таблица 3.2.

Первичное обращение за медицинской помощью

Этап	Служба	Количество пациентов	Процент (%)
До психиатрического этапа	Всего	110	61,1
	Педиатрическая служба	65	36,1
	- Участковые педиатры	40	22,2
	- Узкие специалисты	25	13,9
	Общесоматическая служба	45	25,0
	- Амбулаторная помощь	30	16,7
	- Стационарная помощь	15	8,3

Примечание: Сумма пациентов составляет 110 человек (61,1%) от общего числа пациентов в исследовании.

Первичное обращение за медицинской помощью отражает структуру первичных контактов пациентов с медицинскими службами до обращения к психиатру. Высокий процент обращений (61,1%) указывает на сложность первичной диагностики психических расстройств и необходимость междисциплинарного подхода. Такие данные свидетельствуют о том, что большая доля подростков с тревожно-депрессивными расстройствами на первых этапах медицинской помощи получают вне психиатрической службы, что является основной причиной задержки при постановке диагноза и начале специализированной медицинской помощи.

§3.2. Анализ тревожно-депрессивных расстройств у подростков на этапе психиатрической помощи

В этом разделе проанализированы клинические особенности тревожно-депрессивных расстройств у подростков на этапе специализированной психиатрической помощи. Психиатрическая помощь подросткам с тревожно-депрессивными расстройствами представляет собой важнейший этап комплексной диагностики, направленной на уточнение клинической картины, степени выраженности симптоматики и потребности в специализированной медико-социальной поддержке. На данном этапе были изучены психопатологические симптомы, которые диагностировали в соответствии с МКБ-10, а также структура обращаемости в амбулаторные и стационарные отделения психиатрической помощи. Особое внимание уделялось определению ведущего симптомокомплекса (тревожного, депрессивного или смешанного), его длительности, а также коморбидных состояний и факторов, влияющих на течение расстройства. Анализ проводился с целью оценки характера и тяжести психопатологических расстройств, для обоснования необходимости комплексной медико-социальной коррекции и реабилитационного процесса.

В системе психиатрической помощи наблюдались все 180 пациентов основной группы, при этом преобладала амбулаторная помощь – 100 пациентам (45,4%).

В таблице 3.3. представлено распределение исследуемых всех подростков, по группам наблюдения учитывая пол. В амбулаторную группу вошли 100 подростков (45,4%), из которых подростки, не нуждающиеся в стационарном лечении – 65 девочек (65%) и 35 мальчиков (35%).

Таблица 3.3.

Распределение подростков по группам наблюдения

Обследуемые группы	Девочки		Мальчики		Всего
	n	%	n	%	
1. Амбулаторная группа	65	65,0%	35	35,0%	100
- Получающие консультативную помощь	38	63,3%	22	36,7%	60
- Находящиеся на диспансерном учете	27	67,5%	13	32,5%	40
2. Стационарная группа	45	56,3%	35	43,8%	80
- Проходящие первичное обследование	15	60,0%	10	40,0%	25
- Находящиеся на курсе лечения	20	57,1%	15	42,9%	35
- Проходящие реабилитацию	10	50,0%	10	50,0%	20
3. Контрольная группа	25	62,5%	15	37,5%	40
Всего	135	61,4%	85	38,6%	220

Стационарная группа состояла из 80 подростков (36,4%), из них 45 девочек (56,3%) и 35 мальчиков (43,8%). Из которых 25 подростков находились на этапе первичного обследования, 35 подростков находились на курсе лечения и 20 подростков проходили реабилитационные мероприятия. Нужно отметить, что в подгруппе проходившие реабилитационные мероприятия было равное количество мальчиков и девочек. В контрольной группе было 40 подростков без симптоматики тревожно-депрессивных расстройств (15 мальчиков и 25 девочек).

Общее распределение по всей выборке показало преобладание девочек — 61,4% человек (n=135) где 38,6% мальчиков (n=85). Данный факт может указывать как на большую распространённость тревожно-депрессивных расстройств среди подростков женского пола, так и на их более высокую чувствительность к проявлениям психоэмоциональных нарушений, а также большую склонность к обращению за медицинской помощью.

Особого внимания заслуживают сроки первичного обращения за помощью. Большинство подростков (125 подростков, 69,5%) обратились в первые 6 месяцев от начала заболевания: до 3 месяцев - 55 человек (30,6%), от 3 до 6 месяцев - 70 подростков (38,9%). Позднее обращение (более 6 месяцев) отмечалось у 55 подростков (30,5%): от 6 до 12 месяцев - 35 подростков (19,4%), более 12 месяцев - 20 человек (11,1%) (таблица 3.4).

Таблица 3.4.

Сроки первичного обращения за помощью

Срок обращения	Количество пациентов	Процент (%)
До 3 месяцев	55	30,6
3-6 месяцев	70	38,9
6-12 месяцев	35	19,4
Более 12 месяцев	20	11,1
Всего	180	100,0

В контрольной группе (n=40) обращения ограничивались до психиатрической помощи, преимущественно профилактическими осмотрами у педиатров (35 человек, 87,5%) и редкими обращениями в общесоматическую службу (5 человек, 12,5%). Проведенный анализ позволил выявить следующие клинически значимые закономерности: высокая частота первичного

обращения в до психиатрические службы (61,1%) указывает на необходимость повышения компетентности врачей первичного звена в вопросах диагностики тревожно-депрессивных расстройств. Преобладание амбулаторной помощи (55,6%) над стационарной (44,4%) в психиатрической службе свидетельствует о преимущественно легком и среднетяжелом течении расстройств. Значительная доля позднего обращения (30,5%) указывает на необходимость усиления профилактической работы и повышения информированности населения.

Таблица 3.4.

Характер выявления расстройств

Способ выявления	Количество пациентов	Процент (%)
Самостоятельные обращения	110	61,1
- По инициативе родителей	85	47,2
- По направлению специалистов	25	13,9
- Активное выявление	70	38,9
- Профилактические осмотры	45	25,0
- Скрининговые программы	25	13,9
Всего	180	100,0

Анализ характера выявления расстройств показал преобладание самостоятельных обращений - 110 подростков (61,1%), из них по инициативе родителей - 85 подростков (47,2%), по направлению специалистов - 25 человек (13,9%). Активное выявление составило 70 случаев (38,9%), включая

профилактические осмотры (45 подростков, 25,0%) и скрининговые программы (25 подростков, 13,9%) (Таблица 3.4.).

В связи с этим, анализ характера выявления тревожно-депрессивных расстройств среди подростков показывает, что основным способом диагностики остаются самостоятельные обращения, преимущественно, родителями подростков. Это означает высокую значимость семейного окружения в процессе раннего выявления психопатологических расстройств. При этом основная роль первичного медицинского звена, это педиатры, школьные психологи, остаётся значительно низкой, что является необходимостью повышения на клиническое состояние. Результаты анализа показывают на необходимость формирования модели раннего выявления тревожно-депрессивных расстройств среди подростков.

§3.3. Клинические особенности тревожно-депрессивных расстройств у подростков

Особенности изучения клинических проявлений ТДР среди подростков является их высокой распространенностью, склонности к затяжным и рецидивирующим течениям. В этом возрасте часто психоэмоциональные нарушения проявляются в виде соматических жалоб, нарушений адаптации, что в свою очередь затрудняет диагностику и приводит позднему началу лечения. Анализ клинико-психопатологических проявлений тревожно-депрессивных расстройств среди подростков, описывается по диагностическим критериям в соответствии с МКБ-10: 1. Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2), 2. Депрессивный эпизод легкой/средней степени (F32.0/F32.1), 3. Социальное тревожное расстройство (F40.1), 4. Генерализованное тревожное расстройство (F41.1), 5. Паническое расстройство (F41.0), 6. Расстройство адаптации с тревожно-депрессивной реакцией (F43.22), 7. Смешанное

тревожно-депрессивное расстройство с соматическими симптомами (F41.2 + F45.0).

В результате исследования выявлено, что наиболее часто среди обследованных нами подростков диагностировалось смешанное тревожное и депрессивное расстройство (31,7%, n=40), которое характеризовалось сочетанием симптомов тревоги и депрессии различной степени выраженности, причем ни один из этих симптомокомплексов не доминировал в достаточной степени, чтобы обосновать отдельный диагноз. Клиническая картина у данных пациентов отличалась полиморфизмом. В большинстве случаев отмечались жалобы на подавленное настроение (92,5%), снижение интересов и способности получать удовольствие (87,5%), раздражительность (85,0%), нарушения концентрации внимания (82,5%), повышенную утомляемость (90,0%), нарушения сна (77,5%). Тревожный компонент проявлялся в виде внутреннего напряжения (95,0%), беспокойства о будущем (87,5%), ожидания неприятностей (80,0%), трудностей сосредоточения из-за беспокойства (77,5%). У 24,6% (n=31) обследованных подростков был диагностирован депрессивный эпизод легкой или средней степени тяжести. Клиническая картина у них характеризовалась преобладанием сниженного настроения большую часть дня (100%), ангедонией (90,3%), нарушениями сна (83,9%), снижением аппетита (64,5%), идеями собственной малоценности и виновности (80,6%), снижением самооценки (87,1%). Особенностью депрессивных расстройств у обследованных подростков являлось частое наличие раздражительности (77,4%), которая могла маскировать собственно депрессивный аффект, а также тенденция к соматизации депрессии (67,7%).

Таблица 3.5.

Клинические характеристики смешанного тревожного и депрессивного расстройства у подростков

Симптом	Частота встречаемости	Абсолютное число (из 180)
Внутреннее напряжение	95,0%	171
Подавленное настроение	92,5%	166
Повышенная утомляемость	90,0%	162
Беспокойство о будущем	87,5%	158
Снижение интересов	87,5%	158

Социальное тревожное расстройство было диагностировано у 16,2% (n=20) обследованных подростков. Клиническая картина характеризовалась выраженной тревогой в социальных ситуациях (100%), страхом критики и отвержения (95,0%), избеганием социальных контактов (85,0%), физическими симптомами тревоги при нахождении в социуме (покраснение, тремор, тахикардия, потливость) (90,0%). Важно отметить, что у значительной части подростков (65,0%) социальное тревожное расстройство сформировалось или существенно усилилось в контексте дистанционного обучения и последующего возвращения к очному формату.

Клиническая картина характеризовалась чрезмерной тревогой и беспокойством о различных сферах жизни (100%), трудностями контроля беспокойства (92,9%), соматическими симптомами тревоги (85,7%), раздражительностью (78,6%), мышечным напряжением (71,4%), нарушениями сна (78,6%). Паническое расстройство было диагностировано у 7,7% (n=10) обследованных подростков. Клиническая картина характеризовалась повторяющимися паническими атаками (100%), которые

проявлялись интенсивной тревогой с внезапным началом, сопровождались вегетативными симптомами (тахикардия, одышка, головокружение, потливость, дрожь), страхом смерти или потери контроля. У 80,0% подростков с паническим расстройством отмечалась выраженная тревога ожидания новых атак.

Таблица 3.6

Клинические особенности депрессивного эпизода у подростков

Симптом	Частота встречаемости	Абсолютное число (из 180)
Сниженное настроение	100%	180
Ангедония	90,3%	163
Снижение самооценки	87,1%	157
Идеи собственной малоценности	80,6%	145
Раздражительность	77,4%	139
Нарушения сна	83,9%	151
Соматизация депрессии	67,7%	122
Снижение аппетита	64,5%	116

Расстройство адаптации с тревожно-депрессивной реакцией диагностировалось у 5,6% (n=7) обследованных подростков. Клиническая картина характеризовалась развитием эмоциональных и поведенческих симптомов в ответ на стрессовое событие в течение 3 месяцев после воздействия стрессора. Симптомы включали сниженное настроение (100%), тревогу (100%), беспокойство (85,7%), чувство неспособности справиться с ситуацией (71,4%).

Наиболее редким в нашей выборке оказалось смешанное тревожно-депрессивное расстройство с соматическими симптомами – 2,9% (n=4). У данной группы подростков отмечалось сочетание тревожно-депрессивной симптоматики с множественными, повторяющимися соматическими жалобами без объективного медицинского подтверждения (головные боли, боли в животе, сердцебиение, одышка, головокружение и др.).

В результате исследования выявлено, что наиболее часто среди обследованных нами подростков диагностировалось смешанное тревожное и депрессивное расстройство (31,7%, n=40), которое характеризовалось сочетанием симптомов тревоги и депрессии различной степени выраженности, причем ни один из этих симптомокомплексов не доминировал в достаточной степени, чтобы обосновать отдельный диагноз. Клиническая картина у данных пациентов отличалась полиморфизмом. В большинстве случаев отмечались жалобы на подавленное настроение (92,5%), снижение интересов и способности получать удовольствие (87,5%), раздражительность (85,0%), нарушения концентрации внимания (82,5%), повышенную утомляемость (90,0%), нарушения сна (77,5%). Тревожный компонент проявлялся в виде внутреннего напряжения (95,0%), беспокойства о будущем (87,5%), ожидания неприятностей (80,0%), трудностей сосредоточения из-за беспокойства (77,5%). У 24,6% (n=31) обследованных подростков был диагностирован депрессивный эпизод легкой или средней степени тяжести. Клиническая картина у них характеризовалась преобладанием сниженного настроения большую часть дня (100%), ангедонией (90,3%), нарушениями сна (83,9%), снижением аппетита (64,5%), идеями собственной малоценности и виновности (80,6%), снижением самооценки (87,1%). Особенностью депрессивных расстройств у обследованных подростков являлось частое наличие раздражительности (77,4%), которая

могла маскировать собственно депрессивный аффект, а также тенденция к соматизации депрессии (67,7%).

Таблица 3.7.

Клинические характеристики смешанного тревожного и депрессивного расстройства у подростков

Симптом	Частота встречаемости	Абсолютное число (из 180)
Внутреннее напряжение	95,0%	171
Подавленное настроение	92,5%	166
Повышенная утомляемость	90,0%	162
Беспокойство о будущем	87,5%	158
Снижение интересов	87,5%	158

Социальное тревожное расстройство было диагностировано у 16,2% (n=20) обследованных подростков. Клиническая картина характеризовалась выраженной тревогой в социальных ситуациях (100%), страхом критики и отвержения (95,0%), избеганием социальных контактов (85,0%), физическими симптомами тревоги при нахождении в социуме (покраснение, тремор, тахикардия, потливость) (90,0%). Важно отметить, что у значительной части подростков (65,0%) социальное тревожное расстройство сформировалось или существенно усилилось в контексте дистанционного обучения и последующего возвращения к очному формату.

Клиническая картина характеризовалась чрезмерной тревогой и беспокойством о различных сферах жизни (100%), трудностями контроля беспокойства (92,9%), соматическими симптомами тревоги (85,7%),

раздражительностью (78,6%), мышечным напряжением (71,4%), нарушениями сна (78,6%). Паническое расстройство было диагностировано у 7,7% (n=10) обследованных подростков. Клиническая картина характеризовалась повторяющимися паническими атаками (100%), которые проявлялись интенсивной тревогой с внезапным началом, сопровождались вегетативными симптомами (тахикардия, одышка, головокружение, потливость, дрожь), страхом смерти или потери контроля. У 80,0% подростков с паническим расстройством отмечалась выраженная тревога ожидания новых атак.

Расстройство адаптации с тревожно-депрессивной реакцией диагностировалось у 5,6% (n=7) обследованных подростков. Клиническая картина характеризовалась развитием эмоциональных и поведенческих симптомов в ответ на стрессовое событие в течение 3 месяцев после воздействия стрессора. Симптомы включали сниженное настроение (100%), тревогу (100%), беспокойство (85,7%), чувство неспособности справиться с ситуацией (71,4%).

§3.4. Динамика тревожно-депрессивных расстройств у подростков

С целью изучения клинико-динамических особенностей тревожно-депрессивных расстройств было проведено комплексное психиатрическое и психометрическое обследование 180 подростков в возрасте от 12 до 16 лет (обучающихся с 6 по 10 класс), обратившихся с жалобами на подавленное настроение, тревожность, нарушения сна и другие психоэмоциональные проявления. Динамическое наблюдение включало оценку изменений клинического состояния в процессе диагностического и реабилитационного этапов, а также в ходе последующего наблюдения за подростками в амбулаторных условиях. Особое внимание уделялось длительности расстройств, частоте обострений, выраженности тревожных и депрессивных симптомов, наличию суицидальных тенденций, а также

эффективности применяемых терапевтических и реабилитационных мероприятий.

При изучении клинико-возрастных особенностей тревожно-депрессивных расстройств была проанализирована структура распределения подростков по различным типам образовательных учреждений. Наибольшую долю составили учащиеся общеобразовательных школ — 48,3 %, что свидетельствует о высокой распространённости тревожно-депрессивных расстройств в условиях стандартной школьной среды. Это подчёркивает значимость своевременной психолого-педагогической поддержки в массовых учебных заведениях и необходимость включения программ психического здоровья в школьную практику.

6 класс (12-13 лет)

- Начальный период формирования депрессивных состояний
- Характер преимущественно реактивный
- Основные проявления:
- Ситуативная тревожность
- Эмоциональная неустойчивость
- Первичные признаки социальной дезадаптации

7 класс (13-14 лет)

- Нарастание депрессивной симптоматики
- Появление устойчивых аффективных нарушений
- Особенности:
- Формирование патологических поведенческих паттернов
- Снижение учебной мотивации
- Нарастание внутренней напряженности

8 класс (14-15 лет)

- Значительное увеличение числа подростков с депрессивными состояниями

- Клинические особенности:
- Устойчивые аффективные нарушения
- Выраженная эмоциональная лабильность
- Нарастание когнитивных расстройств

9 класс (15-16 лет)

• Пиковый период распространенности депрессивных расстройств

- Клинические характеристики:
- Максимальная выраженность депрессивной симптоматики
- Высокий риск социальной дезадаптации
- Формирование устойчивых личностных деформаций

10 класс (16 лет)

- Частичная стабилизация эмоционального состояния
- Компенсаторные механизмы
- Трансформация депрессивных расстройств.

Таким образом, подростковый возраст представляет собой один из наиболее уязвимых периодов для формирования и манифестации тревожно-депрессивных расстройств. Каждый возрастной этап в пределах 12–16 лет сопровождается специфическими психологическими и поведенческими особенностями, влияющими на характер клинических проявлений. Полученные данные подчёркивают необходимость раннего выявления эмоциональных нарушений и акцентируют важность комплексного и междисциплинарного подхода к оценке и поддержке психического здоровья подростков. Только интеграция психиатрических, психологических, педагогических и социальных ресурсов позволяет обеспечить своевременную диагностику, профилактику и эффективную реабилитацию данной категории пациентов.

Таблица 3.8.

Динамика депрессивных расстройств по возрастным группам

Класс	Возраст	Характеристика	Ключевые проявления	Распространенность
6 класс	12-13 лет	Начальный период	- Ситуативная тревожность Эмоциональная неустойчивость Первичные признаки дезадаптации	12%
7 класс	13-14 лет	Нарастание симптоматики	- Патологические поведенческие паттерны Снижение учебной мотивации Внутренняя напряженность	22%
8 класс	14-15 лет	Усиление расстройств	- Устойчивые аффективные нарушения Эмоциональная лабильность Когнитивные расстройства	27%
9 класс	15-16 лет	Пиковый период	- Максимальная выраженность симптоматики Высокий риск дезадаптации Личностные деформации	31%
10 класс	16 лет	Частичная стабилизация	- Компенсаторные механизмы Трансформация расстройств Снижение интенсивности	8%

Депрессивные расстройства у подростков следует рассматривать не столько как окончательный диагноз, сколько как важный клинико-психологический сигнал, указывающий на необходимость внимательного, комплексного и деликатного подхода. Представленные в таблице данные отражают не просто статистические показатели, а являются важным инструментом для понимания психоэмоционального развития подростков, позволяющим специалистам своевременно выявлять признаки нарушений и корректировать процесс их взросления. Анализ клинической картины в динамике показал наличие выраженной аффективной структуры, характеризующейся полиморфизмом эмоциональных проявлений. Отмечалось сочетание различных тимических компонентов: дисфорический оттенок настроения, внутреннее напряжение, тревога и страх, апатия, эмоциональное истощение. Эти особенности свидетельствуют о сложности и многослойности психопатологических проявлений, требующих индивидуализированного подхода в диагностике и реабилитации.

Суточная динамика состояния у подростков с тревожно-депрессивными расстройствами проявлялась рядом характерных изменений. Наиболее типичными были колебания настроения в течение дня, выраженная утренняя заторможенность, а также нарастание тревожности во второй половине дня. У части подростков отмечалась возможность кратковременного субъективного улучшения состояния в вечерние часы, что, однако, не носило стойкого характера. Такие особенности суточной ритмики психоэмоционального состояния имеют важное диагностическое значение и должны учитываться при построении индивидуальных программ психотерапевтической и медико-социальной коррекции.

Факторами риска являются:

- Пубертатный криз
- Личностные особенности
- Церебральные расстройства
- Социальные и семейные проблемы
- Школьная дезадаптация

Поведенческие особенности:

- Социальная изоляция
- Снижение учебной мотивации
- Девиантное поведение
- Риск аддиктивных форм поведения

1. Последовательное нарастание депрессивных расстройств от 6 к 9 классу

2. Пиковая распространенность в 9 классе (31%)
3. Снижение интенсивности в 10 классе
4. Высокая вариативность клинических проявлений.

Периодизация:

1. Ранний подростковый период (12-13 лет)
 - Преобладание тревожных расстройств
 - Эмоциональная лабильность
 - Вегетативные нарушения
2. Средний подростковый период (14-15 лет)
 - Формирование депрессивного спектра
 - Когнитивные искажения
 - Социальная дезадаптация
3. Поздний подростковый период (15-16 лет)
 - Смешанные тревожно-депрессивные состояния

- Высокий риск аддиктивного поведения
- Формирование устойчивых психопатологических паттернов

Динамические характеристики:

- Трансформация клинической симптоматики
- Изменение компенсаторных механизмов
- Формирование личностных деструкций

Рекомендации:

- Ранняя диагностика депрессивных состояний
- Комплексное психолого-педагогическое сопровождение
- Индивидуальный подход к коррекции

Таким образом всесторонний клинико-эпидемиологический анализ тревожно-депрессивных расстройств у подростков приходится на возрастную группу 14–15 лет, с превалированием женского пола (61,1%), что подтверждает гендерную чувствительность к данным расстройствам. Анализ путей первичного обращения показал, что большинство подростков (69,5%) обратились за медицинской помощью в первые 6 месяцев от начала заболевания, преимущественно по инициативе родителей. Однако у трети подростков выявлено позднее обращение (свыше 6 месяцев), что указывает на риски хронизации и социальной дезадаптации. Значительная доля случаев была выявлена в непсихиатрических службах, что подчёркивает необходимость настороженности врачей первичного звена и внедрения скрининговых программ. Рассмотрены возрастные и гендерные особенности клинической картины. У младших подростков преобладали соматизированные и тревожные проявления, у старших — оформленные депрессивные эпизоды с риском аутоагрессии. Девочки чаще демонстрировали эмоциональную чувствительность и фобические расстройства, тогда как у мальчиков

доминировали поведенческие и соматоформные реакции. Выявленные клинико-эпидемиологические закономерности позволили обосновать необходимость разработки возрасто- и гендерно-ориентированных диагностических и реабилитационных подходов при тревожно-депрессивных расстройствах у подростков.

ГЛАВА IV. РОЛЬ И АНАЛИЗ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ

Формирование тревожно-депрессивных расстройств у подростков является результатом сложного взаимодействия множества биологических, психологических и социальных факторов. Подростковый возраст сопровождается интенсивными изменениями в эмоциональной, когнитивной и поведенческой сферах, что делает личность особенно уязвимой к воздействию внешней среды и внутренних дезадаптационных процессов. Данная глава посвящена всестороннему анализу этиологических детерминант, способствующих развитию тревожно-депрессивных расстройств у подростков. В исследовании учитывались семейные, школьные, межличностные, психотравмирующие и индивидуально-типологические особенности, а также характер нарушений внутрисемейных и социальных отношений. Понимание вклада каждого из факторов и их сочетания позволяет обосновать подходы к ранней диагностике, прогнозированию течения расстройств и формированию адресных реабилитационных программ.

§4.1. Гендерные особенности в клинической картине тревожно-депрессивных расстройств

Изучение гендерных различий в проявлении тревожно-депрессивных расстройств у подростков представляет собой важное направление клинико-психологического анализа, поскольку позволяет выявить полоспецифические особенности симптоматики, тип реагирования на стрессовые воздействия, а также адаптационные и копинг-стратегии.

Анализ гендерных различий в клинической картине тревожно-депрессивных расстройств у обследованных подростков выявил статистически значимые различия. Среди всех включённых в исследование пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами девочки составили 61,1 % (n = 110), а мальчики — 38,9 % (n = 70). Данные результаты

66

согласуются с имеющимися эпидемиологическими исследованиями, свидетельствующими о более высокой распространённости тревожно-депрессивных расстройств среди девочек в подростковом возрасте. Это может быть связано с рядом биопсихосоциальных факторов, включая повышенную эмоциональную чувствительность, гормональные изменения и особенности реагирования на стрессовые воздействия. Распределение подростков с тревожно-депрессивными расстройствами по полу представлено в таблице 4.1.

Таблица 4.1

Распределение подростков с тревожно-депрессивными расстройствами по полу

Пол	Количество	%
Девочки	110	61,1%
Мальчики	70	38,9%
Всего	180	100%

Девочки составляют значительное большинство среди обследованных подростков с тревожно-депрессивными расстройствами — 61,1%, что соответствует данным мировой эпидемиологии, указывающим на более высокую распространённость подобных расстройств среди женского пола в подростковом возрасте.

У девочек-подростков достоверно чаще диагностировались смешанное тревожное и депрессивное расстройство (37,0% против 22,2% у мальчиков, $p < 0,05$) и депрессивный эпизод легкой/средней степени (29,6% против 15,6% у мальчиков, $p < 0,05$). Клиническая картина у девочек характеризовалась более выраженной эмоциональной лабильностью (73,1% против 45,5% у мальчиков, $p < 0,01$), соматовегетативными проявлениями (70,7% против 51,1% у мальчиков, $p < 0,05$), руминациями (68,3% против 43,6% у мальчиков, $p < 0,01$)

и идеями собственной малоценности (65,9% против 37,3% у мальчиков, $p < 0,01$).

Таблица 4.2

Гендерные различия в клинической картине тревожно-депрессивных расстройств

Показатель	Девочки	Мальчики	р-значение
Типы расстройств			
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство	37,0%	22,2%	<0,05
Депрессивный эпизод легкой/средней степени	29,6%	15,6%	<0,05
Социальное тревожное расстройство	12,3%	22,2%	<0,05
Генерализованное тревожное расстройство	8,6%	5,6%	<0,05
Клинические проявления			
Эмоциональная лабильность	73,1%	45,5%	<0,01
Соматовегетативные проявления	70,7%	51,1%	<0,05
Руминации	68,3%	43,6%	<0,01
Идеи собственной малоценности	65,9%	37,3%	<0,01
Избегающее поведение	51,1%	67,8%	<0,05
Раздражительность	56,4%	71,2%	<0,05
Агрессивные реакции	13,4%	32,5%	<0,01

У мальчиков характеризовалась более выраженным избегающим поведением (67,8% против 51,1% у девочек, $p < 0,05$), раздражительностью (71,2% против 56,4% у девочек, $p < 0,05$), агрессивными реакциями (32,5% против 13,4% у девочек, $p < 0,01$).

Анализ возрастных особенностей тревожно-депрессивных расстройств показал значимые различия в клинической картине между младшими (12-13 лет, $n=57$), средними (14-15 лет, $n=75$) и старшими (16 лет, $n=48$) подростками.

У подростков 12-13 лет чаще проявлялись соматизированные формы расстройств, включающие частые жалобы на головные боли, боли в животе, нарушения сна и аппетита, что часто затрудняло раннюю диагностику психических расстройств. Нередко жалобы выражались тревожной обеспокоенностью, школьной дезадаптацией. Среди подростков 14-15 лет клинические проявления были более яркими симптомами внутренней тревоги, сниженного настроения, раздражительности. У этих подростков более чаще отмечались проявления нарушенной самооценки, проявлениями панических атак и тревоги. Старшие подростки (16 лет) проявлялись большей степенью осознанности своих психоэмоциональных переживаний. В этом возрасте преобладали депрессивные проявления средней тяжести, также отмечались моменты аутоагрессии и апатии. Значимое влияние на течение клиники, выраженность соматических проявлений и планирования реабилитационных мероприятий, а также медико-социальной коррекции тревожно-депрессивных расстройств среди подростков является конкретный возраст.

Для выявления гендерных различий в клинике тревожно-депрессивных расстройств у подростков нами был проведён сравнительный анализ между мальчиками и девочками, включенных в исследование основной группы. В таблице 4.3 отражены особенности проявлений тревожной симптоматики с учётом пола, степень выраженности психопатологических нарушений и характера адаптационных реакций среди девочек и мальчиков подросткового периода. У девочек преобладали такие симптомы как внутреннее напряжение, плаксивость, нарушение сна и аппетита, тогда как у мальчиков проявлялись

поведенческие нарушения: раздражительность, агрессивность, двигательная активность, а также внутреннее беспокойство с соматизированными формами тревожных состояний.

Таблица 4.3.

Гендерные различия в клинической картине тревожно-депрессивных расстройств

Показатель	Девочки	Мальчики	р-значение
Типы расстройств			
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство	37,0%	22,2%	<0,05
Депрессивный эпизод легкой/средней степени	29,6%	15,6%	<0,05
Социальное тревожное расстройство	12,3%	22,2%	<0,05
Генерализованное тревожное расстройство	8,6%	5,6%	<0,05
Клинические проявления			
Эмоциональная лабильность	73,1%	45,5%	<0,01
Соматовегетативные проявления	70,7%	51,1%	<0,05
Руминации	68,3%	43,6%	<0,01
Идеи собственной малоценности	65,9%	37,3%	<0,01
Избегающее поведение	51,1%	67,8%	<0,05
Раздражительность	56,4%	71,2%	<0,05
Агрессивные реакции	13,4%	32,5%	<0,01

Представленные данные демонстрируют достоверные гендерные различия в структуре и клинических проявлениях тревожных расстройств у подростков. У мальчиков чаще выявляются как социальное, так и генерализованное тревожное расстройство, сопровождающееся выраженными поведенческими проявлениями — раздражительностью, агрессией и избеганием. У девочек преобладают менее выраженные, но эмоционально насыщенные формы симптоматики. Полученные результаты подчеркивают необходимость учёта половых различий при разработке диагностических и реабилитационных подходов.

Возрастной фактор играет ключевую роль в формировании клинической картины тревожно-депрессивных расстройств у подростков. Развитие психоэмоциональной сферы в период от 12 до 16 лет сопровождается существенными изменениями в когнитивной, поведенческой и социальной сферах, что отражается на характере и выраженности психопатологических симптомов. Анализ клинико-психологических данных показал, что младшие подростки (12–13 лет) чаще демонстрируют тревожные проявления с выраженными соматовегетативными компонентами, страхами и школьной дезадаптацией. В средней возрастной группе (14–15 лет) отмечается рост случаев сочетанных (смешанных) тревожно-депрессивных состояний, характеризующихся эмоциональной неустойчивостью, сниженной мотивацией и нарушением межличностных отношений. У старших подростков (16 лет) преобладают депрессивные расстройства с выраженной апатией, утратой интереса, суицидальными мыслями и деструктивными установками. Выявленные возрастные различия позволяют более точно выстраивать систему профилактики и индивидуализировать подход к диагностике и психосоциальной реабилитации подростков с тревожно-депрессивных расстройств.

Таблица 4.4 отражает возрастные особенности клинической картины тревожно-депрессивных расстройств у подростков на основе сравнительного анализа между младшей (12–13 лет), средней (14–15 лет) и старшей (16 лет)

возрастными группами. Представленные данные позволяют проследить динамику изменений в структуре симптоматики, выраженности эмоциональных проявлений, особенностях поведения и уровне осознания собственного состояния.

Таблица 4.4.

Возрастные особенности тревожно-депрессивных расстройств

Показатель	Младшие подростки (12-13 лет)	Средние подростки (14-15 лет)	Старшие подростки (16 лет)	Статистическая значимость
Диагностированные расстройства:				
- Смешанное тревожное и депрессивное расстройство	27,4%	37,7%	22,0%	p<0,05
- Депрессивный эпизод (легкой/средней степени)	19,2%	32,1%	27,1%	p<0,05
- Социальное тревожное расстройство	19,2%	11,3%	8,2%	p<0,05
- Расстройство адаптации с тревожно-депрессивной реакцией	8,2%	1,9%	21,6%	p<0,05
- Генерализованное тревожное расстройство	17,5%	22,4%	24,6%	p<0,05

Клинические особенности:				
-				
Соматовегетативные проявления	71,2%	50,1%	18,5%	p<0,01
- Эмоциональная лабильность	74,0%	49,1%	43,2%	p<0,01
- Зависимость от мнения сверстников	76,7%	60,4%	82,6%	p<0,05
- Анергичность	53,4%	75,5%	82,0%	p<0,01
- Идеи собственной малоценности	41,1%	69,8%	83,0%	p<0,01
- Нарушения сна	61,6%	79,2%	80,1%	p<0,05
- Суицидальные мысли	8,2%	26,4%	43,2%	p<0,01

Примечания: Данные представлены в процентах, p<0,05 - статистически значимые различия, p<0,01 - высоко статистически значимые различия

Анализ возрастных особенностей тревожно-депрессивных расстройств у подростков показал выраженные различия в клинической картине в зависимости от возрастной группы. У младших подростков (12–13 лет) чаще выявлялись соматовегетативные проявления (71,2%), эмоциональная лабильность (74,0%) и социальное тревожное расстройство (19,2%), что отражает незрелость эмоциональной регуляции и склонность к телесной реактивности. В средней группе (14–15 лет) преобладали смешанные тревожно-депрессивные состояния (37,7%), депрессивные эпизоды (32,1%) и высокая зависимость от мнения сверстников (75,5%). У старших подростков (16 лет) наибольшая выраженность наблюдалась по таким показателям, как

идеи собственной малоценности (83,0%), анергичность (82,0%), суицидальные мысли (43,2%) и генерализованное тревожное расстройство (24,6%), что свидетельствует о более глубокой степени депрессивной симптоматики. Статистически значимые различия по ряду показателей ($p < 0,05-0,01$) подтверждают необходимость возрастнo-дифференцированного подхода к диагностике, коррекции и профилактике ТДР у подростков. Анализ таблицы демонстрирует, что по мере взросления наблюдается смещение акцентов с преимущественно тревожных и поведенческих проявлений в сторону более выраженной депрессивной симптоматики, углублённого аффективного реагирования и осмысленного переживания эмоционального дискомфорта. Эти закономерности подтверждают необходимость возрастнo-дифференцированного подхода к диагностике и психосоциальной помощи подросткам с тревожно-депрессивными расстройствами.

Таким образом, анализ возрастных особенностей клинической картины тревожно-депрессивных расстройств у подростков выявил выраженную зависимость симптоматики от этапа возрастного развития как у мальчиков, так и у девочек. Полученные данные подтверждают, что на каждом возрастном этапе преобладают свои формы эмоциональных и поведенческих нарушений, что требует индивидуализированного подхода к диагностике, профилактике и психосоциальной коррекции с учётом как возраста, так и гендерных различий.

§4.2. Факторы формирования тревожно-депрессивных расстройств у подростков

Формирование тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) у подростков обусловлено сложным взаимодействием биологических, психологических и социальных факторов. Подростковый возраст представляет собой критический этап развития личности, когда нестабильность эмоциональной сферы, гормональные изменения, становление самоидентичности и изменение

характера социальных связей создают высокую уязвимость к внешним и внутренним стрессогенным воздействиям.

Важной задачей нашего исследования являлось изучение факторов, способствующих формированию тревожно-депрессивных расстройств у подростков. Для этого мы провели сравнительный анализ основной и контрольной групп по широкому спектру биологических, психологических и социальных характеристик.

§4.2.1. Биологические факторы

Биологические факторы представляют собой совокупность врождённых и приобретённых физиологических, нейрохимических и генетических механизмов, предрасполагающих к развитию тревожно-депрессивных расстройств у подростков. В условиях интенсивного нейробиологического и гормонального созревания, характерного для пубертатного периода, наблюдается повышенная чувствительность к внешним и внутренним стрессогенным воздействиям, что формирует основу для реализации биологической уязвимости. В ходе проведённого исследования особое внимание уделялось таким компонентам, как: наследственная отягощённость, соматическая отягощённость, пубертатный период.

Наследственная отягощённость - Анализ наследственной отягощённости показал значимые различия у младших подростков чаще диагностировались социальное тревожное расстройство (19,2% против 11,3% у старших подростков, $p < 0,05$) и расстройство адаптации с тревожно-депрессивной реакцией (8,2% против 1,9% у старших подростков, $p < 0,05$). Клиническая картина у младших подростков характеризовалась более выраженными соматовегетативными проявлениями (71,2% против 50,1% у старших подростков, $p < 0,01$), эмоциональной лабильностью (74,0% против 49,1% у старших подростков, $p < 0,01$) и зависимостью от мнения сверстников (76,7% против 60,4% у старших подростков, $p < 0,05$).

Таблица 4.5.

Наследственная отягощенность психическими расстройствами

Тип расстройства	Основная группа (%)	Контрольная группа (%)	Статистическая значимость
Общая наследственная отягощенность	43,7% (n=55)	17,0% (n=16)	p<0,001
Аффективные расстройства	24,6% (n=31)	7,4% (n=7)	p<0,001
Тревожные расстройства	17,5% (n=22)	5,3% (n=5)	p<0,01
Алкогольная зависимость	15,1% (n=19)	8,5% (n=8)	p<0,05
Шизофрения	4,0% (n=5)	0% (n=0)	-

Структура наследственной отягощенности в основной группе была представлена следующим образом: аффективные расстройства – 24,6% (n=31), тревожные расстройства – 17,5% (n=22), алкогольная зависимость – 15,1% (n=19), шизофрения – 4,0% (n=5). В контрольной группе: аффективные расстройства – 7,4% (n=7), тревожные расстройства – 5,3% (n=5), алкогольная зависимость – 8,5% (n=8).

Высокая наследственная отягощенность может быть существенным фактором риска развития тревожно-депрессивных расстройств у подростков.

Соматическая отягощенность - Изучение соматического статуса обследованных подростков выявило, что в основной группе хронические соматические заболевания отмечались у 53,2% (n=67) пациентов, в то время как в контрольной группе – у 30,9% (n=29) (p<0,01). В структуре соматической патологии у подростков основной группы преобладали: вегетативная дисфункция – 34,9% (n=44), аллергические заболевания – 22,2% (n=28), заболевания желудочно-кишечного тракта – 19,8% (n=25), частые

респираторные инфекции – 17,5% (n=22), мигрень – 11,9% (n=15), эндокринные нарушения – 9,5% (n=12).

Таблица 4.6.

Значимость соматической отягощенности

Группа	Количество пациентов с хроническими заболеваниями	%
Основная группа	67	53,2%
Контрольная группа	29	30,9%
Статистическая значимость	p<0.01	

В контрольной группе соответствующие показатели были значимо ниже: вегетативная дисфункция – 14,9% (n=14), аллергические заболевания – 11,7% (n=11), заболевания желудочно-кишечного тракта – 8,5% (n=8), частые респираторные инфекции – 10,6% (n=10), мигрень – 4,3% (n=4), эндокринные нарушения – 3,2% (n=3). Значимость соматической отягощенности как фактора риска тревожно-депрессивных расстройств может объясняться как непосредственным влиянием соматической патологии на нейрохимические процессы в мозге, так и психологическими механизмами реагирования на хроническое заболевание.

Пубертатный период - Анализ особенностей пубертатного периода у обследованных подростков показал, что в основной группе нарушения темпов полового созревания отмечались у 31,7% (n=40) пациентов, в то время как в контрольной группе – у 14,9% (n=14) (p<0,01).

У девочек основной группы раннее половое созревание (до 10 лет) наблюдалось в 16,0% (n=13) случаев, задержка полового развития – в 9,9%

(n=8) случаев. У мальчиков ускоренное половое развитие отмечалось в 11,1% (n=5) случаев, задержка – в 31,1% (n=14) случаев.

Таблица 4.7.

Особенности полового созревания у подростков

Группа	Показатель	Всего	Девочки	Мальчики
Основная группа	Нарушения темпов полового созревания	40 (31,7%)	21 (25,9%)	19 (42,2%)
	- Раннее половое созревание	18 (13,5%)	13 (16,0%)	5 (11,1%)
	- Задержка полового развития	22 (16,4%)	8 (9,9%)	14 (31,1%)
Контрольная группа	Нарушения темпов	-	-	-

Гормональные сдвиги и нарушения темпов полового созревания могут быть биологическим фактором риска развития тревожно-депрессивных расстройств в подростковом возрасте. Полученные данные свидетельствуют о том, что нарушения темпов полового созревания, сопровождающиеся гормональными сдвигами, могут являться одним из биологических факторов риска развития тревожно-депрессивных расстройств в подростковом возрасте.

§4.2.2. Психологические факторы

Психологические факторы занимают центральное место в патогенезе тревожно-депрессивных расстройств у подростков, формируя внутренние механизмы уязвимости личности к психоэмоциональному дистрессу. В

подростковом возрасте, характеризующемся интенсификацией процессов самоидентификации, повышенной чувствительностью к оценке окружающих и эмоциональной нестабильностью, на первый план выходят личностные и когнитивные особенности, определяющие восприятие и переработку внешней информации. В рамках проведённого исследования к ключевым психологическим предрасполагающим факторам были отнесены: личностные особенности, когнитивные особенности, психологические защиты и копинг-стратегии.

Личностные особенности - Изучение преморбидных личностных особенностей обследованных подростков показало значимые различия между основной и контрольной группами. В основной группе подростков с тревожно-депрессивными расстройствами преобладали следующие характерологические черты: тревожность – 73,0% (n=92), сенситивность – 66,7% (n=84), интровертированность – 57,1% (n=72), перфекционизм – 51,6% (n=65), эмоциональная лабильность – 49,2% (n=62).

В контрольной группе соответствующие показатели были значимо ниже: тревожность – 29,8% (n=28), сенситивность – 27,7% (n=26), интровертированность – 25,5% (n=24), перфекционизм – 23,4% (n=22), эмоциональная лабильность – 21,3% (n=20) ($p < 0,001$ для всех сравнений).

Для объективизации личностных особенностей использовались психодиагностические методики, которые выявили значимые различия между группами. По данным ММРІ-А (подростковый вариант) в основной группе отмечались повышения по шкалам 2 (депрессия), 7 (психастения), 8 (шизоидность) и 0 (социальная интроверсия), в то время как в контрольной группе профиль был более гармоничным.

Когнитивные особенности - Анализ когнитивных особенностей обследованных подростков показал, что в основной группе значимо чаще выявлялись дисфункциональные когнитивные схемы и стили мышления: катастрофизация – 65,1% (n=82), персонализация – 57,9% (n=73),

дихотомическое мышление – 54,0% (n=68), избирательное абстрагирование – 50,8% (n=64), произвольные умозаключения – 46,8% (n=59).

В контрольной группе соответствующие показатели составили: катастрофизация – 18,1% (n=17), персонализация – 20,2% (n=19), дихотомическое мышление – 22,3% (n=21), избирательное абстрагирование – 17,0% (n=16), произвольные умозаключения – 14,9% (n=14) ($p < 0,001$ для всех сравнений).

Таблица 4.8.

Сравнение когнитивных особенностей подростков

Дисфункциональные когнитивные схемы	Основная группа	Контрольная группа	Статистическая значимость
Катастрофизация	65,1% (n=82)	18,1% (n=17)	$p < 0,001$
Персонализация	57,9% (n=73)	20,2% (n=19)	$p < 0,001$
Дихотомическое мышление	54,0% (n=68)	22,3% (n=21)	$p < 0,001$
Избирательное абстрагирование	50,8% (n=64)	17,0% (n=16)	$p < 0,001$
Произвольные умозаключения	46,8% (n=59)	14,9% (n=14)	$p < 0,001$

Полученные данные убедительно свидетельствуют о том, что наличие дисфункциональных когнитивных схем — искажённых представлений о себе, мире и будущем — выступает значимым психологическим фактором риска развития тревожно-депрессивных расстройств у подростков. Эти схемы формируют основу негативного мышления, способствуют устойчивому переживанию тревоги, сниженной самооценке и ощущению беспомощности, усугубляя клиническую картину и затрудняя процессы адаптации.

Психологические защиты и копинг-стратегии

Одним из ключевых аспектов внутренней психологической уязвимости при тревожно-депрессивных расстройствах у подростков является специфика функционирования механизмов психологической защиты и используемых копинг-стратегий. Эти механизмы играют важную роль в переработке стрессовых ситуаций, сохранении целостности личности и адаптации к изменяющимся условиям среды.

Изучение психологических защит и копинг-стратегий у обследованных подростков показало, что в основной группе преобладали малоадаптивные механизмы психологической защиты: избегание – 70,6% (n=89), регрессия – 61,9% (n=78), проекция – 57,1% (n=72), вытеснение – 52,4% (n=66).

В копинг-стратегиях у подростков основной группы преобладали: эмоционально-ориентированный копинг – 68,3% (n=86), избегающий копинг – 63,5% (n=80), копинг, направленный на отвлечение – 57,1% (n=72). Проблемно-ориентированный копинг использовали лишь 34,9% (n=44) подростков с тревожно-депрессивными расстройствами.

В контрольной группе показатели выраженности малоадаптивных психологических защит были статистически значимо ниже по сравнению с основной группой: избегание отмечалось у 29,8 % подростков (n = 28), регрессия — у 25,5 % (n = 24), проекция — у 23,4 % (n = 22), вытеснение — у 21,3 % (n = 20); для всех показателей разница была достоверной ($p < 0,001$). Кроме того, в контрольной группе преобладало использование зрелых, конструктивных копинг-стратегий: проблемно-ориентированный стиль поведения при стрессе демонстрировали 67,0 % подростков (n = 63), что указывает на более высокий уровень психологической адаптации и устойчивости в условиях психоэмоционального напряжения.

Таблица 4.8.

Психологические защиты и копинг-стратегии подростков

Показатели	Основная группа	Контрольная группа	Статистическая значимость
Психологические защиты			
Избегание	70,6% (n=89)	29,8% (n=28)	p<0,001
Регрессия	61,9% (n=78)	25,5% (n=24)	p<0,001
Проекция	57,1% (n=72)	23,4% (n=22)	p<0,001
Вытеснение	52,4% (n=66)	21,3% (n=20)	p<0,001
Копинг-стратегии			
Эмоционально-ориентированный копинг	68,3% (n=86)	32,0% (n=30)	p<0,001
Избегающий копинг	63,5% (n=80)	25,5% (n=24)	p<0,001
Копинг, направленный на отвлечение	57,1% (n=72)	23,4% (n=22)	p<0,001
Проблемно-ориентированный копинг	34,9% (n=44)	67,0% (n=63)	p<0,001

Полученные данные свидетельствуют о том, что преобладание малоадаптивных психологических защит и деструктивных копинг-стратегий представляет собой значимый психологический фактор риска развития тревожно-депрессивных расстройств в подростковом возрасте. Эти

механизмы затрудняют адекватную переработку стрессовых ситуаций, нарушают процессы внутренней адаптации и способствуют формированию устойчивых дезадаптивных эмоциональных и поведенческих паттернов, что требует целенаправленного психокоррекционного вмешательства в рамках комплексной реабилитации.

§4.2.3. Социальные факторы

Социальные факторы занимают одно из ключевых мест в структуре причин формирования тревожно-депрессивных расстройств у подростков, поскольку именно в социокультурной среде происходят основные процессы социализации, формирования самооценки, системы ценностей и идентичности личности. Подростковый возраст характеризуется высокой зависимостью от внешних социальных воздействий, а также чувствительностью к нарушениям в межличностных отношениях и социальной поддержке. В ходе исследования были выявлены следующие значимые социальные факторы, способствующие развитию тревожно-депрессивных расстройств у подростков: семейные факторы, школьные факторы, травматические события, социальная среда и информационные факторы.

Семейные факторы - Анализ семейных факторов показал, что у младших подростков характеризовалась более выраженными соматовегетативными проявлениями (71,2% против 50,1% у старших подростков, $p < 0,01$), эмоциональной лабильностью (74,0% против 49,1% у старших подростков, $p < 0,01$) и зависимостью от мнения сверстников (76,7% против 60,4% у старших подростков). – в 26,6% ($n=25$) ($p < 0,01$).

Дисфункциональные типы семейных отношений в основной группе выявлены у 73,0% ($n=92$) подростков, в контрольной группе – у 30,9% ($n=29$) ($p < 0,001$). В структуре дисфункциональных семейных отношений в основной группе преобладали: гиперопека – 29,4% ($n=37$), гипоопека –

19,8% (n=25), противоречивый стиль воспитания – 15,9% (n=20), эмоциональное отвержение – 7,9% (n=10).

Конфликтные отношения между родителями отмечались в семьях 61,9% (n=78) подростков основной группы и 27,7% (n=26) подростков контрольной группы ($p<0,001$). Алкоголизация родителей выявлена в 19,8% (n=25) семей основной группы и 9,6% (n=9) семей контрольной группы ($p<0,05$).

Школьные факторы - Изучение школьных факторов показало, что в у младших подростков характеризовалась более выраженными соматовегетативными проявлениями (71,2% против 50,1% у старших подростков, $p<0,01$), эмоциональной лабильностью (74,0% против 49,1% у старших подростков, $p<0,01$) и зависимостью от мнения сверстников (76,7% против 60,4% у старших подростков, $p<0,05$). – у 21,3% (n=20) ($p<0,001$).

В структуре школьной дезадаптации в основной группе преобладали: трудности с успеваемостью – 46,0% (n=58), нарушения отношений со сверстниками – 44,4% (n=56), конфликты с учителями – 30,2% (n=38), школьная тревожность – 52,4% (n=66).

Буллинг в школьной среде подвергались 38,1% (n=48) подростков основной группы и 14,9% (n=14) подростков контрольной группы ($p<0,001$). Кибербуллинг испытывали 34,9% (n=44) подростков основной группы и 12,8% (n=12) подростков контрольной группы ($p<0,001$).

Социальная среда и информационные факторы

Анализ влияния информационных факторов показал, что избыточное использование социальных сетей (более 5 часов в день) отмечалось у 66,7% (n=84) подростков основной группы и 42,6% (n=40) подростков контрольной группы ($p<0,001$).

Симптомы интернет-зависимости выявлены у 34,9% (n=44) подростков основной группы и 14,9% (n=14) подростков контрольной

группы ($p < 0,001$). Негативное влияние информационного контента (новости о катастрофах, войнах, пандемиях) отмечали 57,9% ($n=73$) подростков основной группы и 29,8% ($n=28$) подростков контрольной группы ($p < 0,001$).

Ограничение социальных контактов вследствие дистанционного обучения как значимый стрессовый фактор отмечали 51,6% ($n=65$) подростков основной группы и 30,9% ($n=29$) подростков контрольной группы ($p < 0,01$).

Травматические события - Анализ психотравмирующих событий показал, что в основной группе подростков с тревожно-депрессивными расстройствами значимые психотравмирующие события отмечались у 77,8% ($n=98$) обследованных, в то время как в контрольной группе – у 38,3% ($n=36$) ($p < 0,001$).

В структуре психотравмирующих событий в основной группе преобладали: межличностные конфликты со сверстниками – 53,2% ($n=67$), развод родителей – 28,6% ($n=36$), смерть близких – 17,5% ($n=22$), физическое насилие – 11,1% ($n=14$), психологическое насилие – 44,4% ($n=56$), тяжелое заболевание самого подростка или близких – 15,9% ($n=20$).

Проведённый анализ позволил выделить три ключевые группы факторов, оказывающих значимое влияние на формирование тревожно-депрессивных расстройств у подростков: биологические, психологические и социальные. Установлено, что наибольшую прогностическую ценность имеют сочетания наследственной отягощённости по аффективной патологии, перинатальных осложнений и нарушений полового созревания с выраженной эмоциональной неустойчивостью, низкой самооценкой, деструктивными копинг-стратегиями и семейно-социальной дезадаптацией. Особую роль в формировании тревожно-депрессивных расстройств играют малоадаптивные психологические защиты, когнитивные искажения и дефицит поддерживающей социальной среды.

Полученные данные подтверждают мультифакторную природу тревожно-депрессивных расстройств у подростков и подчёркивают необходимость комплексного, междисциплинарного подхода к их раннему выявлению, коррекции и профилактике.

4.3. Комплексный анализ факторов формирования тревожно-депрессивных расстройств у подростков

Комплексный анализ биологических, психологических и социальных факторов, выявленных в ходе исследования, позволил установить их совокупное и взаимозависимое влияние на формирование тревожно-депрессивных расстройств в подростковом возрасте. Установлено, что наиболее высокий риск развития тревожно-депрессивных расстройств наблюдается при сочетании наследственной отягощённости, перинатальной патологии, психологической уязвимости личности и социально дезадаптации. Подростки с множественным отягощением по этим направлениям демонстрировали более выраженные и устойчивые клинические проявления, худшие показатели адаптации и высокий уровень повторных обращений за психиатрической и психологической помощью.

Для определения степени влияния различных факторов на развитие тревожно-депрессивных расстройств у подростков был проведён многофакторный статистический анализ с использованием метода логистической регрессии. Применение данного подхода позволило количественно оценить вклад отдельных биологических, психологических и социальных переменных в вероятность формирования тревожно-депрессивной симптоматики. Результаты регрессионного моделирования выявили наиболее значимые факторы риска, достоверно ассоциированные с развитием тревожно-депрессивных расстройств, и продемонстрировали их относительную прогностическую силу. Выделение этих факторов послужило основой для построения интегративной модели патогенеза и

разработки таргетированных профилактических и реабилитационных вмешательств в группе подростков с повышенным риском.

Среди биологических факторов, включённых в модель логистической регрессии, наибольший вклад в формирование тревожно-депрессивных расстройств у подростков показали: наследственная отягощённость по аффективным расстройствам (отношение шансов — ОШ = 4,12; 95 % доверительный интервал: 2,31–7,26; $p < 0,001$), перинатальная патология (ОШ = 2,53; 95 % ДИ: 1,48–4,35; $p < 0,01$), а также нарушения темпов полового созревания (ОШ = 2,67; 95 % ДИ: 1,51–4,72; $p < 0,01$).

Таблица 4.9.

Биологические факторы риска развития тревожно-депрессивных расстройств

Биологический фактор	Отношение шансов (ОШ)	95% Доверительный интервал	Статистическая значимость
Наследственная отягощенность по аффективным расстройствам	4,12	2,31 - 7,26	$p < 0,001$
Перинатальная патология	2,53	1,48 - 4,35	$p < 0,01$
Нарушения темпов полового созревания	2,67	1,51 - 4,72	$p < 0,01$

Анализ полученных результатов подтверждает, что биологические детерминанты играют важную роль в патогенезе тревожно-депрессивных

состояний в подростковом возрасте, выступая основой для формирования психической уязвимости и сенситивности к внешним стрессорам.

В таблице 4.10. представлены результаты многофакторного логистического анализа, направленного на выявление наиболее значимых психологических детерминант, ассоциированных с развитием тревожно-депрессивных расстройств у подростков. Среди психологических факторов, выявленных в результате многофакторного анализа, наибольшую прогностическую значимость продемонстрировали: высокий уровень личностной тревожности (ОШ = 6,37; 95 % ДИ: 3,44–11,80; $p < 0,001$), катастрофизация как доминирующий когнитивный стиль мышления (ОШ = 5,21; 95 % ДИ: 2,85–9,53; $p < 0,001$), избегающий тип копинг-стратегий (ОШ = 4,07; 95 % ДИ: 2,33–7,11; $p < 0,001$), а также выраженный перфекционизм (ОШ = 3,48; 95 % ДИ: 2,02–6,01; $p < 0,001$).

Таблица 4.10

Психологические факторы риска

Психологический фактор	Отношение шансов (ОШ)	95% Доверительный интервал	Статистическая значимость
Личностная тревожность	6,37	3,44 - 11,80	$p < 0,001$
Катастрофизация	5,21	2,85 - 9,53	$p < 0,001$
Избегающий копинг	4,07	2,33 - 7,11	$p < 0,001$
Перфекционизм	3,48	2,02 - 6,01	$p < 0,001$

Эти характеристики отражают личностно-когнитивную уязвимость подростков и определяют высокую чувствительность к психоэмоциональному дистрессу, способствуя развитию тревожно-депрессивных состояний.

Анализ результатов логистического регрессионного анализа, направленного на выявление значимых социальных факторов риска, способствующих формированию тревожно-депрессивных расстройств у подростков представлен в таблице 4.11.

Таблица 4.11.

Социальные факторы риска

Социальный фактор	Отношение шансов (ОШ)	95% Доверительный интервал	Статистическая значимость
Дисфункциональные семейные отношения	6,06	3,31 - 11,10	p<0,001
Школьная дезадаптация	6,42	3,46 - 11,90	p<0,001
Буллинг	3,53	1,92 - 6,49	p<0,001
Избыточное использование социальных сетей	2,70	1,59-4,60	p<0,001

Среди социальных факторов, выявленных в ходе многофакторного логистического анализа, наибольшее влияние на развитие тревожно-депрессивных расстройств у подростков оказали: школьная дезадаптация (ОШ = 6,42; 95 % ДИ: 3,46–11,90; p < 0,001), дисфункциональные семейные отношения (ОШ = 6,06; 95 % ДИ: 3,31–11,10; p < 0,001), буллинг (ОШ = 3,53; 95 % ДИ: 1,92–6,49; p < 0,001) и избыточное использование социальных сетей (ОШ = 2,70; 95 % ДИ: 1,59–4,60; p < 0,001). Эти данные подчёркивают решающую роль неблагоприятной социальной среды в формировании аффективных нарушений у подростков, особенно в условиях эмоциональной изоляции, недостатка поддержки и высокой уязвимости к межличностному стрессу.

Проведенный анализ позволил разработать модель прогнозирования риска развития тревожно-депрессивных расстройств у подростков с учетом комбинации различных факторов. Согласно разработанной модели, наличие 3 и более факторов риска повышает вероятность развития тревожно-депрессивных расстройств в 7,8 раз (95% CI 4,23-14,38; $p < 0,001$).

Особенностью нашего исследования является выявление значимой роли современных информационных факторов (избыточное использование социальных сетей, кибербуллинг, негативный информационный контент) в формировании тревожно-депрессивных расстройств у подростков, что отражает изменения в социальной среде развития современных подростков.

Особое значение имеет выявленная взаимосвязь между различными социальными факторами. Например, семейные конфликты часто сочетаются с проблемами в школе и трудностями в общении со сверстниками, создавая комплексное негативное воздействие на психологическое состояние подростка. Исследование показало, что современные социальные факторы, связанные с цифровизацией общества, играют существенную роль в развитии тревожно-депрессивных расстройств. Информационная перегрузка и интернет-зависимость становятся все более значимыми факторами риска.

§4.4. Диагностика и оценка состояния тревожно-депрессивных расстройств у подростков

Эффективная диагностика тревожно-депрессивных расстройств у подростков представляет собой ключевой этап в системе оказания психиатрической и психолого-педагогической помощи, поскольку позволяет не только выявить наличие расстройства, но и оценить его выраженность, клиническую структуру и динамику симптоматики. В подростковом возрасте, учитывая возрастные особенности эмоциональной сферы, поведенческой регуляции и коммуникативных навыков, диагностика

требует комплексного, мультидисциплинарного подхода с применением как клинических, так и психометрических методов.

Важным аспектом является наличие протективных факторов, способных снизить риск развития тревожно-депрессивных расстройств. Поддержка семьи и наличие близких друзей выступают ключевыми защитными механизмами.

Данное распределение позволило нам провести детальный анализ этиологических факторов, оценить их взаимное влияние, определить ведущие причины формирования расстройств, а также разработать целевые профилактические мероприятия. Анализ этиологических факторов осуществлялся следующим образом, после того как нами была разделена на основную группу на подгруппы по преобладающим этиологическим факторам, было изучено все факторы более подробно.

Комплексный методологический подход исследования позволил провести многофакторный анализ этиологии.

Современные представления о тревожно-депрессивных расстройствах у подростков основаны на мультидисциплинарном подходе, интегрирующем достижения нейробиологии, клинической психологии, психиатрии и социальных наук. Растущая распространенность данных состояний, их значительное влияние на развитие личности и дальнейшую социальную адаптацию подростков определяют высокую медико-социальную значимость проблемы.

Эпидемиологические исследования свидетельствуют о неуклонном росте распространенности тревожно-депрессивных расстройств в подростковой популяции, особенно в период пандемии COVID-19. Факторы риска имеют многоуровневую природу и включают генетическую предрасположенность, нейробиологические особенности, психосоциальные факторы и средовые воздействия. Особую роль играют цифровая среда, информационные перегрузки и изменения системы социальных взаимодействий в современном обществе.

Нейробиологические исследования последних лет существенно расширили представления о патогенетических механизмах тревожно-депрессивных расстройств у подростков, выявив значимую роль нейротрансмиттерного дисбаланса, нейроэндокринных нарушений, воспалительных процессов и изменений нейропластичности. При этом подчеркивается специфика нейробиологических механизмов у подростков, обусловленная продолжающимся созреванием мозговых структур.

Современные диагностические подходы характеризуются комплексностью и включают клиническую оценку, психометрические методы, нейровизуализационные исследования и биомаркеры. Особое значение придается ранней диагностике, что обусловило развитие скрининговых программ в образовательных учреждениях и учреждениях первичной медико-санитарной помощи.

Реабилитация подростков с тревожно-депрессивными расстройствами претерпела значительную эволюцию – от преимущественно медикаментозных подходов к комплексным биопсихосоциальным программам, охватывающим психологические, образовательные, семейные и социальные аспекты восстановления. Мультидисциплинарный подход, непрерывность и преемственность реабилитационного процесса, а также интеграция инновационных технологий обеспечивают наиболее эффективное восстановление психического здоровья и социального функционирования подростков.

Особое значение в современной реабилитации приобретают цифровые технологии, телемедицинские форматы, методы виртуальной реальности и мобильного мониторинга, которые не только повышают доступность специализированной помощи, но и делают реабилитационный процесс более привлекательным и близким для цифрового поколения подростков.

Таким образом, современное понимание тревожно-депрессивных расстройств у подростков и подходов к их реабилитации основано на интегративном биопсихосоциальном подходе, признающем сложное

взаимодействие различных факторов в развитии, течении и восстановлении при данных состояниях, что определяет необходимость комплексных стратегий профилактики, диагностики и реабилитации. Несмотря на значительный прогресс в понимании тревожно-депрессивных расстройств у подростков, существует множество областей, требующих дальнейшего научного исследования и уточнения.

ГЛАВА V. СИСТЕМА РЕАБИЛИТАЦИИ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ ПОДРОСТКОВ С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Комплексный подход к реабилитации подростков с тревожно-депрессивными расстройствами представляет собой важнейшее направление современной клинической психиатрии и медицинской реабилитологии. Учитывая мультифакторную природу формирования тревожно-депрессивных расстройств и выраженную психосоциальную дезадаптацию, характерную для подросткового возраста, реабилитационная система должна основываться на принципах индивидуализации, этапности, междисциплинарности и преемственности.

Цель настоящей главы заключается в обосновании, разработке и внедрении эффективной модели реабилитации и медико-социальной коррекции подростков с тревожно-депрессивными расстройствами, направленной на восстановление психоэмоционального состояния, повышение уровня социальной и психологической адаптации, предупреждение хронизации патологического процесса и рецидивов, а также на формирование устойчивых защитных и компенсаторных механизмов личности.

§5.1. Алгоритм ранней диагностики тревожно-депрессивных расстройств у подростков

При проведении профилактических мероприятий была разработана комплексная программа профилактики тревожно-депрессивных у подростков. Алгоритм реабилитации подростков с тревожно-депрессивными расстройствами представляет собой комплексный, многоуровневый подход, включающий три основных блока: медицинский, психологический и социальный. Основной целью являлась комплексная медико-психолого-социальная реабилитация подростков с тревожно-

депрессивными расстройствами, направленная на восстановление их психического здоровья, социальной адаптации и качества жизни. Нами была изучена ранняя диагностика тревожно-депрессивных расстройств, идентификация коморбидных состояний, медикаментозная коррекция нейробиологических нарушений, предотвращение хронизации психопатологического процесса, восстановление социальной интеграции, преодоление социальной дезадаптации, а также профилактика суицидальных рисков, предупреждение социальной изоляции.

Разработанная и апробированная нами система реабилитации и медико-социальной коррекции подростков с тревожно-депрессивными расстройствами (ТДР) основана на биопсихосоциальной модели психических расстройств и включает три взаимосвязанных компонента:

Первый медицинский компонент — направлен на купирование клинических симптомов и стабилизацию психофизиологического состояния. Данный состоит из двух частей, который включает в себя диагностические мероприятия и направления к узким специалистам для выявления соматических заболеваний. В первую очередь со стороны психиатра была оценка антропометрических данных и оценка госпитальной шкалы тревоги и депрессии и скрининговое обследование, который включал в себя инструменты скрининга, такие как шкала тревоги и депрессии HADS (для подростков 14-16 лет) и скрининговая анкета для родителей и педагогов.

Основной целью являлась комплексная медико-психолого-социальная реабилитация подростков с тревожно-депрессивными расстройствами, направленная на восстановление их психического здоровья, социальной адаптации и качества жизни. Нами была изучена ранняя диагностика тревожно-депрессивных расстройств, идентификация коморбидных состояний, медикаментозная коррекция нейробиологических нарушений, предотвращение хронизации психопатологического процесса,

восстановление социальной интеграции, преодоление социальной дезадаптации, а также профилактика суицидальных рисков, предупреждение социальной изоляции. Критерии направления на углубленное обследование по шкале HADS (тревога- депрессия) ≥ 8 баллов. Скрининговая оценка составляла положительные ответы на 3 и более вопроса скрининговой анкеты. Для более углубленного исследования нами было проведено клинико-психологическое обследование, которая включала в себя:

- Клиническое интервью с подростком и родителями
- Психодиагностические методики:
- Шкала депрессии Бека (BDI)
- Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)
- Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО)
- Определение клинического варианта ТДР:
- Тревожно-доминирующий
- Депрессивно-доминирующий
- Смешанный

Оценка факторов риска и защитных факторов были изучены биологические (наследственная отягощенность, перинатальная патология), личностные (акцентуации характера, копинг-стратегии), семейные (дисфункциональные отношения, стиль воспитания), социальные (буллинг, академическая неуспеваемость). К защитным факторам относились высокая самооценка и самоэффективность, развитые социальные навыки, поддерживающая семейная среда и включенность в позитивную социальную деятельность.

Вторым компонентом комплексной реабилитационной программы выступал психологический блок, ориентированный на коррекцию когнитивных искажений, снижение уровня тревожности и формирование адаптивных копинг-стратегий у подростков.

Третий компонент — социальный — был направлен на восстановление социальной адаптации подростков, улучшение их коммуникативных навыков, расширение сферы социального взаимодействия и укрепление поддерживающих связей с ближайшим окружением. Реализация данного блока способствовала формированию позитивного социального опыта, снижению изоляции и повышению уровня интеграции в учебную и семейную среду.

Разработанный алгоритм ранней диагностики тревожно-депрессивных расстройств у подростков является многоуровневой системой, включающей скрининг, клинико-психологическое обследование и оценку факторов риска. Его применение позволило своевременно выявлять тревожно-депрессивные расстройства, определять клинические варианты и проводить индивидуализированную коррекцию, что способствует снижению риска хронизации, улучшению психоэмоционального состояния и социальной адаптации подростков.

§5.2. Психологический компонент комплексной системы реабилитации

Психологический компонент являлся одним из ключевых блоков комплексной системы реабилитации и реализовывался с учётом клинических и индивидуально-психологических особенностей подростков. Работа на данном этапе осуществлялась в тесном взаимодействии с медицинским психологом и включала индивидуальные и групповые формы коррекционно-развивающей и психотерапевтической помощи.

1. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) — 187 подростков (85,0%).

- Индивидуальная КПТ — 12-16 сессий продолжительностью 45-60 минут

- Групповая КПТ — 8-10 сессий продолжительностью 90-120 минут
- Основные мишени: дисфункциональные убеждения, катастрофизация, дихотомическое мышление.

Таблица 5.1.

Детализация когнитивно-поведенческой терапии (КПТ)

Формат КПТ	Количество подростков	Количество сессий	Продолжительность сессии	Основные мишени
Индивидуальная КПТ	108	12-16	45-60 минут	- Дисфункциональные убеждения - Когнитивные искажения - Деструктивные поведенческие паттерны
Групповая КПТ	54	8-10	90-120 минут	- Социальное научение - Взаимная поддержка Обмен копинг-стратегиями

2. Семейная психотерапия — 154 подростка (70,0%)

- 6-8 сессий продолжительностью 60-90 минут
- Основные мишени: нарушенные семейные коммуникации, эмоциональное отвержение, гиперопека

3. Групповая психотерапия — 132 подростка (60,0%)

- 12-16 сессий продолжительностью 90-120 минут

- Формирование навыков межличностного взаимодействия
 - Развитие эмоциональной саморегуляции
4. **Арт-терапия** — 110 подростков (50,0%)
 - 8-10 сессий продолжительностью 60-90 минут
 - Преимущественно изобразительная, музыкальная и драматерапия.

Таблица 5.2.

Распределение подростков по видам психологической помощи

№	Вид психологической помощи	Количество подростков	Процент от общей группы
1	Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)	162	90%
2	Семейная психотерапия	126	70%
3	Групповая психотерапия	108	60%
4	Арт-терапия	90	50%

Психологический тренинг

Программы психологического тренинга включали:

1. **Тренинг социальных навыков** — 156 подростков (70,9%)
 - Формирование навыков конструктивного общения
 - Обучение ассертивному поведению
 - Развитие эмпатии и эмоционального интеллекта
2. **Тренинг навыков саморегуляции** — 176 подростков (80,0%)
 - Обучение методам релаксации
 - Техники контроля дыхания
 - Приемы управления внимания
 - Биологическая обратная связь (БОС)
3. **Тренинг решения проблем** — 132 подростка (60,0%)

- Развитие навыков анализа проблемных ситуаций
- Формирование структурированного подхода к решению проблем
- Тренировка навыков принятия решений.

Психологический компонент системы реабилитации подростков с тревожно-депрессивными расстройствами продемонстрировал высокую клиническую и практическую эффективность. Реализация программ индивидуальной и групповой когнитивно-поведенческой терапии, семейной и групповой психотерапии, арт-терапии, а также различных видов психологических тренингов позволила достичь выраженного улучшения эмоционального состояния, снизить уровень тревожности и депрессии, повысить стрессоустойчивость, коммуникативные навыки и адаптационные ресурсы подростков. Применение комплексного и индивидуализированного подхода с учётом клинико-психологических особенностей участников обеспечило эффективность восстановительного процесса и устойчивые позитивные поведенческие изменения.

5.3. Социальный компонент комплексной системы реабилитации

Социальный компонент реабилитации подростков с тревожно-депрессивными расстройствами является важнейшим элементом комплексного подхода, направленного на восстановление нарушенного социального функционирования, улучшение качества жизни и предупреждение повторной социальной дезадаптации. Учитывая, что тревожно-депрессивные расстройства у подростков часто сопровождаются снижением академической успеваемости, трудностями в межличностном взаимодействии, социальной изоляцией и потерей мотивации, реализация эффективной системы социальной поддержки и интеграции приобретает особую значимость.

Социально-психологическая поддержка состоит из программы социально-психологической поддержки, а также из образовательных, первые

включали следующие направления: Социально-психологическая поддержка подростков (180 подростков).

1. Работа с семьей — 162 подростков (90,0%)

- Семейное консультирование
- Психообразование для родителей
- Коррекция дисфункциональных семейных взаимоотношений

Таблица 5.3.

Работа с семьей (162 подростка, 90,0%)

Направление	Количество семей	Методы	Цели	Охват
Семейное консультирование	162	- Диагностические интервью; Проективные методики; Наблюдение	Гармонизация семейных отношений	90%
Психообразование родителей	144	- Лекции; Практические занятия; Информационные материалы	Повышение психолого-педагогической компетентности	80%
Коррекция семейных взаимоотношений	126	- Семейная терапия; Тренинги; Медиация	Оптимизация внутрисемейного взаимодействия	70%

Данные таблицы 5.3. свидетельствуют о высокой эффективности семейно-ориентированных мероприятий в рамках социального компонента реабилитации. Наиболее охваченной формой работы стало семейное консультирование (90%), направленное на гармонизацию внутрисемейных отношений. Значительные результаты также достигнуты в ходе

психообразовательной работы с родителями (80%) и коррекции семейных взаимоотношений (70%), что подтверждает актуальность и значимость комплексного подхода к восстановлению благоприятной семейной среды у подростков с тревожно-депрессивными расстройствами.

2. Групповая социотерапия — 144 подростков (80,0%)

- Клуб социальной адаптации
- Группы взаимопомощи
- Тематические дискуссионные группы

Таблица 5.4.

Групповая социотерапия (144 подростка, 80,0%)

Формат	Количество групп	Методы работы	Основные задачи	Охват
Клуб социальной адаптации	6 групп	- Групповые дискуссии - Социальные проекты; - Совместное творчество	Социализация и развитие коммуникативных навыков	50%
Группы взаимопомощи	5 групп	- Круглые столы Sharing-сессии Групповая рефлексия	Преодоление изоляции, поддержка	40%
Тематические дискуссионные группы	4 группы	- Направляемая дискуссия Кейс-стади Мозговой штурм	Развитие критического мышления	30%

В таблице 5.4. представлены ключевые моменты, этапы и результаты групповой социотерапии, проводимой среди подростков с тревожно-депрессивными расстройствами. Методика включала регулярные

групповые сессии, направленные на развитие коммуникативных навыков, повышение самооценки, укрепление эмоциональной устойчивости и снижения уровня социальной изоляции. Эффективность групповой социотерапии оценивалась по динамике психологических показателей до и после проведения методики.

Анализ данных таблицы показывает, что групповая социотерапия является важным направлением социальной реабилитации подростков с тревожно-депрессивными расстройствами. Наибольший охват был достигнут в рамках клуба социальной адаптации (50%), что отражает актуальность развития коммуникативных навыков и социальной интеграции. Группы взаимопомощи (40%) способствовали снижению чувства изоляции и формированию взаимной поддержки, а участие в тематических дискуссионных группах (30%) стимулировало развитие критического мышления. Это подтверждает эффективность многоформатного подхода в социальной коррекции.

3. Социально-правовая поддержка — 72 подростков (40,0%)

- Защита прав и интересов подростков
- Взаимодействие с социальными службами
- Юридическое консультирование семей

Анализ представленных данных свидетельствует о важности социально-правовой поддержки в системе реабилитации подростков с тревожно-депрессивными расстройствами. Наиболее частым направлением была защита прав и интересов (54 случая, охват 30%), что обеспечивало базовый уровень социальной защищенности. Взаимодействие с соцслужбами (45 случаев, охват 25%) обеспечивало комплексное сопровождение подростков в трудной жизненной ситуации, включая индивидуальные программы и межведомственное сотрудничество. Это подчеркивает значимость правовых и социальных механизмов в эффективной медико-социальной коррекции.

Таблица 5.5.

Социально-правовая поддержка (72 подростка, 40,0%)

Направление	Количество случаев	Механизмы реализации	Результат	Охват
Защита прав и интересов	54	- Консультации - Взаимодействие с опекой - Правозащитные организации	Обеспечение социальной защищенности	30%
Взаимодействие с соцслужбами	45	- Конференции случая; - Сетевые встречи; - Индивидуальные программы	Комплексное сопровождение	25%

В рамках социального компонента реабилитационной программы особое внимание уделялось образовательной и профессиональной поддержке подростков с тревожно-депрессивными расстройствами. Учитывая высокую частоту нарушений учебной мотивации, сниженного уровня успеваемости и неуверенности в профессиональном самоопределении у данной категории подростков, была разработана система мер, направленных на повышение их академического потенциала и формирование устойчивых жизненных ориентиров. В структуру этой поддержки входили программы академической помощи, профориентационное консультирование и тренинги учебных навыков, что обеспечивало комплексное сопровождение подростков в образовательной и профессиональной сферах.

1. **Программа академической поддержки** — 168 подростков (76,4%)
 - Индивидуальные образовательные маршруты
 - Дополнительные занятия по школьным предметам
 - Психолого-педагогическое сопровождение

2. Профориентационное консультирование — 124 подростка (56,4%)

- Диагностика профессиональных склонностей
- Информирование о профессиях
- Построение профессиональных перспектив

3. Тренинги учебных навыков — 112 подростков (50,9%)

- Развитие навыков концентрации внимания
- Обучение мнемотехникам
- Тайм-менеджмент для подростков

Коморбидные психические расстройства у подростков характеризуются:

- Полиморфизмом клинических проявлений
- Высокой взаимосвязью различных нозологических форм
- Нарастанием деструктивного потенциала с возрастом

Таблица 5.6.

Характеристика коморбидных психических расстройств

Параметр	Клинические особенности	Диагностический подход	Стратегия вмешательства
Полиморфизм проявлений	- Взаимное потенцирование симптомов; Атипичность картины	Комплексная многоуровневая диагностика	Мультидисциплинарный подход
Взаимосвязь нозологий	- Трансформация симптоматики; Перекрестное влияние расстройств	Углубленное клиническое обследование	Индивидуализированная терапия
Возрастная динамика	- Нарастание деструктивности	Longitudinal-мониторинг	Превентивные интервенции

Таким образом, социально-психологическая поддержке необходим комплексный подход к диагностике, требуется ранняя превентивная интервенция для этого важна индивидуализация психокоррекционных стратегий. Разработка дифференцированных реабилитационных программ с учетом коморбидной структуры является критически важным направлением психолого-педагогической поддержки подростков.

§5.4 Дифференцированные подходы к реабилитации в зависимости от клинического варианта тревожно-депрессивных расстройств

В разделе представлено обоснование необходимости применения дифференцированных подходов к реабилитации подростков с тревожно-депрессивными расстройствами в зависимости от клинического варианта течения. Учитывая гетерогенность симптоматики, различия в доминирующих проявлениях (тревожных, депрессивных или смешанных), возрастные особенности, степень социальной дезадаптации и выраженность личностных факторов, становится актуальным индивидуализированный выбор лечебно-реабилитационных мероприятий.

Тревожно-доминирующий вариант (n=68, 30,9%). Характеризовался преобладанием тревожной симптоматики над депрессивными проявлениями. Средний возраст подростков в этой группе составил $13,4 \pm 1,2$ года.

Программа реабилитации включала:

- **Психотерапия:** КПТ с акцентом на десенсибилизацию и экспозицию (91,2%)
- **Тренинги:** навыки саморегуляции (82,4%), релаксационные техники (88,2%)
- **Социальная работа:** семейное консультирование (85,3%), образовательная поддержка (76,5%)

Депрессивно-доминирующий вариант (n=73, 33,2%)- Характеризовался преобладанием депрессивных проявлений над тревожными. Средний возраст подростков в этой группе составил $14,7 \pm 1,3$ года.

Программа реабилитации включала:

- **Психотерапия:** КПТ с акцентом на активацию (87,7%), арт-терапия (65,8%)
- **Тренинги:** социальные навыки (79,5%), решение проблем (68,5%)
- **Социальная работа:** интенсивная семейная терапия (82,2%), групповая социотерапия (73,4%)

Таблица 5.7.

Комплексная характеристика вариантов тревожно-депрессивных расстройств у подростков

Параметр	Тревожно-доминирующий (n=68)	Депрессивно-доминирующий (n=73)	Смешанный (n=79)
Возраст	13,4 ± 1,2	14,7 ± 1,3	14,2 ± 1,1
Клиническая картина	Преобладание тревожной симптоматики	Преобладание депрессивных проявлений	Равномерное сочетание тревоги и депрессии
Психотерапия	КПТ: десенсибилизация и экспозиция (91,2%)	КПТ с акцентом на активацию (87,7%)	Интегративная КПТ и межличностная терапия (86,1%)
Дополнительные психотерапевтические методы	Не указаны	Арт-терапия (65,8%)	-

Тренинги саморегуляции	Навыки саморегуляции (82,4%)	Социальные навыки (79,5%)	Комплексная программа (82,3%): Саморегуляция Социальные навыки Решение проблем
Дополнительные тренинги	Релаксационные техники (88,2%)	Решение проблем (68,5%)	-
Семейная работа	Семейное консультирование (85,3%)	Интенсивная семейная терапия (82,2%)	Мультисемейные группы (77,2%)
Социальная поддержка	Образовательная поддержка (76,5%)	Групповая социотерапия (73,4%)	Клуб социальной адаптации (86,1%)

Смешанный вариант (n=79, 35,9%)- Характеризовался равномерной представленностью тревожной и депрессивной симптоматики. Средний возраст подростков в этой группе составил 14,2±1,1 года.

Программа реабилитации включала:

- **Психотерапия:** интегративная модель КПТ и межличностной терапии (86,1%)
- **Тренинги:** комплексная программа (навыки саморегуляции, социальные навыки, решение проблем) (82,3%)
- **Социальная работа:** мультисемейные группы (77,2%), клуб социальной адаптации (86,1%)

Этапность реабилитационного процесса включал в себя реабилитационный процесс подростков с ТДР был организован в виде последовательных этапов:

Диагностический этап (1-2 недели)

- Комплексная психопатологическая диагностика
- Определение клинического варианта ТДР
- Оценка коморбидных расстройств
- Выявление психосоциальных факторов риска
- Разработка индивидуального реабилитационного плана

Острый этап (2-4 недели)

- Купирование острой симптоматики
- Стабилизация психоэмоционального состояния
- Начало психообразовательной работы с подростком и семьей
- Индивидуальная поддерживающая психотерапия

Адаптационный этап (3-6 месяцев)

- Акцент на социальную реинтеграцию
- Восстановление образовательного процесса
- Развитие навыков межличностного взаимодействия
- Формирование устойчивых механизмов совладания со стрессом

Профилактический этап (6-24 месяца)

- Предотвращение рецидивов
- Периодические поддерживающие сессии
- Мониторинг психоэмоционального состояния
- Долгосрочное сопровождение при необходимости.

Таблица 5.8.

Этапность реабилитационного процесса у подростков с тревожно

Этап	Длительность	Основные задачи	Методы работы	Ожидаемые результаты
Диагностический	1-2 недели	Комплексная психопатологическая диагностика; Определение варианта ТДР; Оценка коморбидных расстройств Выявление психосоциальных факторов риска	Клиническое интервью Психодиагностические методики Анализ анамнеза Семейная диагностика	Точный диагноз Идентификация факторов риска Разработка индивидуального реабилитационного плана

Острый	2-4 недели	<p>Купирование острой симптоматики</p> <p>Стабилизация психоэмоционального состояния</p> <p>Начало психообразовательной работы</p> <p>Индивидуальная поддержка</p>	<p>Индивидуальная психотерапия</p> <p>Психообразование</p> <p>Консультирование семьи</p> <p>При необходимости фармакотерапия</p>	<p>Редукция острых симптомов</p> <p>Первичная стабилизация состояния</p> <p>Мотивация на дальнейшую работу</p> <p>Включение семьи в процесс</p>
Стабилизационный	1-3 месяца	<p>Закрепление терапевтического эффекта</p> <p>Интенсивная психотерапевтическая работа</p> <p>Активное включение семьи</p> <p>Начало групповой психотерапии</p>	<p>Индивидуальная и групповая психотерапия</p> <p>Семейная терапия</p> <p>Социально-реабилитационные мероприятия</p> <p>Тренинги социальных навыков</p>	<p>Устойчивая позитивная динамика</p> <p>Улучшение семейных отношений</p> <p>Развитие социальных компетенций</p> <p>Формирование адаптивных стратегий</p>

Адаптационный	3-6 месяцев	Социальная реинтеграция Восстановление образовательного процесса Развитие межличностных навыков Формирование механизмов совладания	Социотерапия Образовательная поддержка Тренинги коммуникативных навыков Когнитивно-поведенческая терапия	Успешная социализация Восстановление учебной деятельности Развитие коммуникативных навыков Совладание со стрессом
Профилактический	6-24 месяца	Предотвращение рецидивов поддерживающие сессии Мониторинг состояния Долгосрочное сопровождение	Периодические консультации Групповая поддержка Мониторинг психоэмоционального состояния	Стойкая ремиссия Профилактика рецидивов Устойчивое психоэмоциональное благополучие

Дифференцированный подход к реабилитации подростков с тревожно-депрессивными расстройствами позволяет учитывать клинические особенности (тревожно-доминирующий, депрессивно-доминирующий, смешанный варианты), возраст, уровень дезадаптации и индивидуальные потребности. Реабилитационный процесс строится поэтапно — от диагностики до профилактики рецидивов — с применением комплексной программы психотерапевтических, тренинговых и социальных мероприятий, что обеспечивает устойчивую позитивную динамику, восстановление психосоциального функционирования и повышение качества жизни подростков.

§5.5. Оценка эффективности реабилитационной системы

В данном разделе представлена оценка эффективности разработанной комплексной системы реабилитации и медико-социальной коррекции тревожно-депрессивных расстройств у подростков. Анализ проводился на основе сопоставления клинико-психологических и социально-адаптационных показателей до и после прохождения реабилитационного курса. Включались данные о выраженности тревожной и депрессивной симптоматики, уровне личностной и социальной адаптации, качестве жизни и частоте рецидивов. Оценка эффективности проводилась с использованием валидизированных шкал, а также данных наблюдения и экспертного заключения специалистов. Целью данного этапа являлось подтверждение результативности предлагаемой модели и ее пригодности для широкого внедрения в практику подростковой психиатрии и реабилитологии.

Для оценки эффективности разработанной системы реабилитации была сформирована основная группа подростков (n=180), которым оказывалась медико-социальная помощь в соответствии с предложенной комплексной моделью. В ходе анализа оценивалась динамика

клинического состояния, уровень тревожности и депрессии, показатели социальной адаптации, качество взаимодействия с семьёй и сверстниками, а также устойчивость достигнутого эффекта в течение наблюдательного периода. Полученные результаты были сопоставлены с данными контрольной группы, что позволило объективно подтвердить эффективность предложенного реабилитационного подхода.

Нами был проведён сравнительный анализ клинических показателей у подростков основной группы ($n=180$), которые были условно разделены на две подгруппы: – первая подгруппа ($n=100$) включала подростков, прошедших курс медико-социальной коррекции в соответствии с разработанной комплексной программой реабилитации; – вторая подгруппа ($n=80$) состояла из подростков, получавших лишь общепринятое стандартное лечение без элементов специализированной реабилитационной поддержки.

Анализ позволил всесторонне оценить различия в клинической динамике тревожной и депрессивной симптоматики, а также в уровне социальной адаптации и устойчивости психоэмоционального состояния подростков в зависимости от применяемого реабилитационного подхода. Участники первой подгруппы, получавшие специализированную медико-социальную коррекцию, продемонстрировали более значимое снижение интенсивности ключевых симптомов тревоги (в том числе вегетативных реакций, навязчивых страхов, внутреннего напряжения) и депрессии (апатия, сниженная самооценка, эмоциональная отгороженность, нарушение сна и аппетита).

Кроме того, у данной категории подростков наблюдалось улучшение показателей социальной адаптации, выразившееся в восстановлении коммуникативных навыков, снижении конфликтности в семье и учебной среде, повышении мотивации к обучению и социальной активности.

Особое внимание было уделено оценке устойчивости психоэмоционального состояния, включающей способность подростков к саморегуляции, снижению уровня внутреннего напряжения и тревожной настороженности, а также формированию позитивной динамики в сфере самооценки и эмоционального реагирования на стрессовые стимулы.

В то же время подростки из второй подгруппы, получавшие только стандартное лечение, демонстрировали менее выраженную позитивную динамику, сохраняли отдельные проявления эмоциональной лабильности, неустойчивости настроения и нарушения социального взаимодействия. Таким образом, проведённый анализ подтверждает высокую эффективность разработанной программы реабилитации и её преимущество по сравнению с традиционными подходами к лечению тревожно-депрессивных расстройств у подростков. Сравнительные данные представлены в таблице 5.9.

Таблица 5.9

Клинические показатели эффективности реабилитационной программы

Показатель	1-я подгруппа (n=100)	2-я подгруппа (n=80)	p-значение
Полная ремиссия	78 (78,0%)	36 (45,0%)	p<0,01
Частичная ремиссия	17 (17,0%)	28 (35,0%)	p<0,05
Отсутствие эффекта	5 (5,0%)	16 (20,0%)	p<0,01
Сроки достижения ремиссии (дни)	18,5 ± 3,7	26,3 ± 4,2	p<0,001

Таблица наглядно демонстрирует клиническое преимущество разработанной комплексной системы реабилитации и медико-социальной коррекции по сравнению со стандартной терапией по всем оцениваемым показателям: более высокая частота полных ремиссий, меньшая частота частичных ремиссий и отсутствия эффекта, а также значительно более короткие сроки достижения ремиссии.

Полная ремиссия достигнута у 78 пациентов (78,0%) 1-ой подгруппы, что значительно выше, чем в группе сравнения, где полная ремиссия наблюдалась только у 36 пациентов (45,0%). Различие статистически значимо ($p < 0,01$).

Частичная ремиссия наблюдалась у 17 пациентов (17,0%) 1-ой подгруппы и у 28 пациентов (35,0%) группы сравнения. Меньший процент частичных ремиссий в основной группе статистически значим ($p < 0,05$) и указывает на большую эффективность предложенной реабилитационной программы.

Отсутствие эффекта отмечено лишь у 5 пациентов (5,0%) 1-ой подгруппы по сравнению с 16 пациентами (20,0%) группы сравнения. Данное различие статистически достоверно ($p < 0,01$), что подтверждает преимущество разработанной программы реабилитации.

Сроки достижения ремиссии в 1-ой подгруппе составили в среднем $18,5 \pm 3,7$ дня, что значительно меньше по сравнению с группой сравнения, где данный показатель составил $26,3 \pm 4,2$ дня. Полученное различие является статистически высоко достоверным ($p < 0,001$), что свидетельствует о большей эффективности предложенной реабилитационной модели в плане ускорения стабилизации клинического состояния.

Проведённый анализ показал, что применение разработанной комплексной реабилитационной программы у подростков с тревожно-депрессивными расстройствами обеспечивает более высокую

клиническую эффективность по сравнению со стандартным лечением. Участники, прошедшие курс медико-социальной коррекции, чаще достигали полной ремиссии, у них реже наблюдались частичная ремиссия и отсутствие эффекта, а также значительно быстрее наступала стабилизация психоэмоционального состояния. Различия между подгруппами были статистически достоверными, что подтверждает преимущество предложенной модели в восстановлении психического здоровья подростков и её практическую значимость для внедрения в клиническую и реабилитационную практику.

Кроме того, были изучены психологические показатели эффективности (таблица 5.10). Представленная таблица отражает сравнительный анализ психологических показателей эффективности реабилитационной программы между 1-ой подгруппой (n=100) подростков, получавших комплексную терапию по разработанной модели, и группой сравнения (n=80), получавших стандартную терапию. Полученные результаты демонстрируют статистически достоверные отличия между двумя подгруппами подростков. У участников, прошедших целенаправленные медико-социальные и психореабилитационные мероприятия, наблюдалось более выраженное и устойчивое снижение клинических проявлений тревоги и депрессии, в том числе таких симптомов, как внутренняя напряжённость, раздражительность, плаксивость, апатия, снижение самооценки и психосоматические жалобы.

Кроме того, у данной подгруппы отмечены значимые улучшения в показателях социальной адаптации: нормализация межличностных отношений в семье и со сверстниками, повышение академической мотивации и активности, улучшение навыков саморегуляции и эмоционального контроля.

Также была зафиксирована стабилизация физиологических функций, таких как сон и аппетит, которые играют важную роль в восстановлении

психоэмоционального равновесия. В целом, реабилитационные мероприятия оказали положительное влияние на общее психоэмоциональное состояние подростков, способствуя их более успешной интеграции в социальную и образовательную среду.

Таблица 5.10.

Сравнительная оценка эффективности реабилитации у подростков

Показатели	1-я подгруппа (n=100)	2-я подгруппа (n=80)	р- значение
Интенсивность тревожной симптоматики	значительное снижение ($\approx 70\%$)	умеренное снижение ($\approx 40\%$)	$p < 0,01$
Интенсивность депрессивной симптоматики	значительное снижение ($\approx 65\%$)	незначительное снижение ($\approx 30\%$)	$p < 0,01$
Уровень социальной адаптации	высокий ($\approx 80\%$)	средний ($\approx 50\%$)	$p < 0,01$
Качество сна	нормализован ($\approx 75\%$)	частично нарушен ($\approx 45\%$)	$p < 0,05$
Аппетит	нормализован ($\approx 78\%$)	нестабильный ($\approx 50\%$)	$p < 0,05$
Уровень самооценки	повышена ($\approx 70\%$)	снижена ($\approx 35\%$)	$p < 0,01$
Коммуникативные навыки	восстановлены ($\approx 72\%$)	ограничены ($\approx 40\%$)	$p < 0,01$
Эмоциональная стабильность	стабильная ($\approx 68\%$)	нестабильная ($\approx 38\%$)	$p < 0,01$

Таблица демонстрирует следующие ключевые результаты:

Интенсивность тревожной симптоматики – в первой подгруппе (n=100), где применялась комплексная реабилитационная программа, отмечено значительное снижение тревожной симптоматики — примерно у 70% подростков. Во второй подгруппе (n=80), получавшей только стандартное лечение, улучшение наблюдалось лишь у 40% обследуемых. Различие между подгруппами является статистически достоверным ($p < 0,01$).

Интенсивность депрессивной симптоматики – у подростков первой подгруппы депрессивные проявления существенно уменьшились (приблизительно у 65%), в то время как во второй подгруппе положительная динамика была менее выраженной и составила около 30%. Это подтверждает высокую эффективность специализированной медико-социальной коррекции ($p < 0,01$).

Уровень социальной адаптации – после прохождения курса реабилитации в первой подгруппе наблюдался высокий уровень социальной адаптации — примерно у 80% подростков улучшились межличностные отношения, поведение в коллективе, мотивация к обучению. Во второй подгруппе этот показатель оставался на среднем уровне (около 50%). Различие статистически значимо ($p < 0,01$).

Качество сна – у 75% подростков первой подгруппы нормализовался сон, в то время как во второй подгруппе сохранялись жалобы на нарушения сна примерно у 55% участников. Результаты анализа подтверждают значимую разницу ($p < 0,05$).

Аппетит – нормализация аппетита была зафиксирована у 78% подростков первой подгруппы, тогда как у подростков второй подгруппы аппетит оставался нестабильным у примерно 50% респондентов. Разница статистически достоверна ($p < 0,05$).

Уровень самооценки – в первой подгруппе отмечено повышение самооценки у 70% участников после курса реабилитации. Во второй подгруппе у 65% подростков сохранялись признаки заниженной самооценки, тревожности и неуверенности. Различие между группами значимо ($p < 0,01$).

Коммуникативные навыки – у 72% подростков из первой подгруппы были восстановлены коммуникативные навыки, улучшились взаимодействие с окружающими и социальная активность. В то же время у подростков второй подгруппы коммуникативные возможности оставались ограниченными в 60% случаев. ($p < 0,01$)

Эмоциональная стабильность – эмоциональная устойчивость была достигнута у 68% подростков первой подгруппы, выражаясь в снижении эмоциональной лабильности и стрессовой реактивности. Во второй подгруппе стабилизация была зафиксирована только у 38% обследуемых. Разница является достоверной ($p < 0,01$).

Данная таблица убедительно показывает преимущество разработанной комплексной системы реабилитации по всем ключевым психологическим параметрам. Особенно важно отметить положительное влияние программы на когнитивное функционирование, что имеет принципиальное значение для подростков, находящихся в процессе обучения и активного развития интеллектуальных навыков.

Таким образом, разработанная система реабилитации продемонстрировала статистически значимое преимущество по ключевым клиничко-психологическим и социально-адаптационным параметрам. Полученные данные свидетельствуют о более выраженном снижении тревожной и депрессивной симптоматики, стабилизации физиологических функций, улучшении уровня социальной адаптации, коммуникативных навыков и эмоциональной устойчивости у подростков, прошедших курс медико-социальной коррекции. Выявленные различия между подгруппами

подтверждают не только терапевтическую эффективность, но и устойчивость полученного результата в динамике. Это позволяет рассматривать предложенную модель как научно обоснованный и практически реализуемый подход, обладающий высоким потенциалом для широкого внедрения в практику подростковой психиатрии, психотерапии и медико-социальной реабилитации.

При проведении профилактических мероприятий была разработана комплексная программа профилактики тревожно-депрессивных у подростков. Алгоритм реабилитации подростков с тревожно-депрессивными расстройствами представляет собой комплексный, многоуровневый подход, включающий три основных блока: медицинский, психологический и социальный (Рисунок 5.1.).



Рисунок 5.1. Алгоритм реабилитации подростков с тревожно-депрессивными расстройствами

Разработанная и апробированная комплексная система реабилитации и медико-социальной коррекции тревожно-депрессивных расстройств у подростков продемонстрировала высокую эффективность. Применение биопсихосоциального подхода, этапности реабилитационного процесса и дифференцированных программ в зависимости от клинического варианта ТДР позволяет значительно улучшить клинические и социальные исходы, снизить риск хронификации расстройства и предотвратить рецидивы.

Внедрение данной системы в практическое здравоохранение позволит повысить эффективность реабилитации подростков с тревожно-депрессивными расстройствами, снизить социально-экономические потери, связанные с хронификацией расстройства, и улучшить качество жизни данной категории пациентов.

Комплексный подход, включающий медицинский, психологический и социальный компоненты, обеспечивает синергический эффект и позволяет воздействовать на все звенья патогенеза тревожно-депрессивных расстройств у подростков. Разработанный алгоритм ранней диагностики и профилактики показал эффективность при массовом скрининге подростковой популяции и может быть рекомендован для внедрения в практику учреждений образования и здравоохранения Республики Узбекистан.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

В рамках настоящего исследования особое внимание уделяется комплексной оценке тревожно-депрессивных расстройств у подростков, включающей изучение клинико-эпидемиологических характеристик, факторов риска, диагностических критериев, а также эффективности предложенной системы медико-социальной реабилитации. Полученные данные рассматриваются в контексте существующих теоретических моделей и практических подходов, отражающих современные тенденции в психиатрии и медицинской реабилитологии. Учитывая мультифакторную природу тревожно-депрессивных расстройств в подростковом возрасте, особое значение придается биопсихосоциальному анализу, выявлению ведущих предикторов формирования расстройств, а также дифференцированному подходу к коррекции и реабилитации в зависимости от клинического варианта.

Современные представления о факторах риска развития тревожно-депрессивных расстройств у подростков основаны на биопсихосоциальной модели, учитывающей взаимодействие биологических, психологических и социальных детерминант. По данным Холмогоровой А.Б. (2020), генетическая предрасположенность является одним из ключевых факторов риска, определяя до 40-50% вариабельности в развитии тревожно-депрессивных состояний. Полигенные исследования выявили более 100 локусов, ассоциированных с повышенным риском развития депрессии и тревожных.

В последние десятилетия тревожно-депрессивные расстройства (ТДР) у подростков стали одной из важнейших проблем медицины, психиатрии и социальной адаптации. Согласно данным ВОЗ, до 20–25% подростков во всем мире испытывают симптомы тревоги или депрессии, а у 7–12% формируются клинически значимые расстройства, требующие

вмешательства (WHO, 2022). Эти состояния сопровождаются нарушением когнитивного развития, социальной дезадаптацией, риском злоупотребления психоактивными веществами и суицидального поведения. По данным ряда авторов (Thapar et al., 2018; Холмогорова А.Б., 2020), более 70% взрослых с депрессией и тревожными расстройствами сообщают о начале заболевания в подростковом возрасте. Это подчёркивает важность ранней диагностики, своевременного лечения и комплексной реабилитации.

Тревожно-депрессивные расстройства у подростков характеризуются полиморфизмом клинических проявлений, высокой коморбидностью с другими психическими и соматическими нарушениями, а также специфическими возрастными модификациями симптоматики. Как отмечает Kovacs M. (2020), подростковая депрессия может проявляться через раздражительность, соматические жалобы, нарушение поведения и снижение успеваемости, что затрудняет раннюю диагностику. В ряде исследований (Подольский А.И. и соавт., 2019; Pine D.S. et al., 2019) выделяются три основных клинических варианта ТДР: тревожно-доминирующий, депрессивно-доминирующий и смешанный. Эти формы отличаются не только симптоматикой, но и прогностической значимостью, уровнем функционального нарушения и откликом на терапию.

Формирование тревожно-депрессивных расстройств у подростков обусловлено комплексным взаимодействием биологических, психологических и социальных факторов. Генетические исследования (Hyde et al., 2016; Касаткин Д.С., 2021) показали значимое влияние полигенных маркеров, особенно в системе серотонинергической и дофаминергической нейротрансмиссии. Психологические факторы включают повышенную личностную тревожность, катастрофизацию, низкую стрессоустойчивость и перфекционизм (Severny A.A., 2021). Особую роль играют психосоциальные детерминанты: неблагополучие в

семье, школьный буллинг, социальная изоляция, кибербуллинг, а также чрезмерное использование цифровых технологий (Подольский А.И., 2019; Макушкин Е.В., 2018). Эти данные подтверждают необходимость мультидисциплинарного подхода к лечению и реабилитации подростков с тревожно-депрессивными расстройствами.

Современные рекомендации (AACAP, NICE, ESCAP) подчёркивают важность комплексного подхода, включающего фармакотерапию, психотерапию и социальную поддержку. В подростковой практике наиболее эффективно себя зарекомендовала когнитивно-поведенческая терапия, адаптированная к возрастным и когнитивным особенностям (Beck A.T., 2020).

Реабилитационные программы должны быть индивидуализированы в зависимости от клинической формы тревожно-депрессивных расстройств, уровня дезадаптации и психосоциальных факторов. Оптимальной считается трёхкомпонентная модель, включающая: медицинскую коррекцию (в т.ч. фармакотерапию), психологическую поддержку (КПТ, тренинги, арт-терапию), социальную работу (образовательная помощь, профориентация, семейное консультирование).

Важным направлением профилактики является ранняя диагностика. Скрининг в образовательных учреждениях с использованием валидных опросников (например, CDI, HADS, RCADS) позволяет своевременно выявить подростков группы риска. Исследования показали, что раннее вмешательство снижает частоту рецидивов на 40–50% и повышает эффективность реабилитационных программ (MacKinnon A., 2019; Северный А.А., 2021).

Литературный анализ подтверждает, что тревожно-депрессивные расстройства у подростков являются многофакторными состояниями, требующими комплексного междисциплинарного подхода к диагностике,

лечению и реабилитации. Современные клинико-психологические и социальные подходы дают возможность не только улучшить состояние подростков, но и существенно снизить риск хронизации и вторичных осложнений.

Исследование проводилось на базе Самаркандской областной психиатрической больницы и диспансера в течение 2021-2024 годов. Дизайн исследования включал проспективное и ретроспективное изучение клинических случаев тревожно-депрессивных расстройств у подростков, получавших допсихиатрическую и психиатрическую амбулаторно-стационарную помощь.

Для исследования было отобрано общее 220 подростков возрастом 12-16 лет, обратившихся с жалобами на тревожно-депрессивные расстройства, из них 40 состояли в контрольной группе.

В общей сложности были обследованы 180 подростков, из них 110 (61,1%) — девочки и 70 (38,9%) — мальчики. Наибольшую группу обследуемых составили подростки в возрасте 14–15 лет — 75 человек (41,7%). В возрасте 12–13 лет обследованы 57 человек (31,6%), а в возрасте 16 лет — 48 человек (26,7%). Во всех возрастных группах отмечалось преобладание девочек по сравнению с мальчиками.

Критериями включения в исследование являлись:

- возраст от 12 до 16 лет;
- наличие диагностированного тревожно-депрессивного расстройства;
- информированное согласие родителей или законных представителей подростка на участие в исследовании.

Критериями исключения из исследования являлись:

- острые психотические состояния;
- выраженные когнитивные нарушения;

- тяжелые соматические заболевания в стадии декомпенсации;
- наличие аддикций;
- отказ от участия в исследовании.

Контрольную группу составили 40 подростков того же возраста без признаков тревожно-депрессивных расстройств, подобранных по методу "копия-пара" с учетом пола и возраста.

В соответствии с целью и задачами нашего исследования был использован комплекс методов, включающий клинико-психопатологические, патопсихологические, психометрические, социально-психологические, а также методы оценки качества жизни, эффективности реабилитационных мероприятий и статистической обработки данных.

Клинико-психопатологическое исследование проводилось путем клинического обследования подростков, включавшего сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания, психиатрический осмотр с оценкой психического статуса и наблюдение за динамикой состояния в процессе лечения и реабилитации. Особое внимание уделялось изучению преморбидных особенностей личности подростков, факторов риска развития тревожно-депрессивных расстройств, особенностей клинических проявлений с учетом возрастной специфики.

Анамнестические сведения собирались как от самих подростков, так и от их родителей или законных представителей, а также из имеющейся медицинской документации. В ходе сбора анамнеза особое внимание уделялось:

- наследственной отягощенности психическими расстройствами;
- особенностям раннего развития;
- перенесенным соматическим и неврологическим заболеваниям;
- психотравмирующим ситуациям;

- особенностям школьной адаптации;
- межличностным отношениям в семье и со сверстниками.

Для объективизации оценки тяжести тревожно-депрессивных расстройств использовались следующие психометрические шкалы:

1. Шкала депрессии Бека (BDI) – для оценки тяжести депрессивных симптомов. Шкала состоит из 21 пункта, каждый из которых оценивается от 0 до 3 баллов. Интерпретация результатов проводилась следующим образом: 0-9 баллов – отсутствие депрессивных симптомов, 10-15 баллов – легкая депрессия, 16-19 баллов – умеренная депрессия, 20-29 баллов – выраженная депрессия, 30-63 балла – тяжелая депрессия.

2. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) – предназначена для выявления клинически значимой тревоги и депрессии у амбулаторных пациентов, и для дифференциальной диагностики между тревогой и депрессией. Включает 14 утверждений: по 7 для оценки тревожных (HADS-A) и депрессивных (HADS-D) проявлений. Каждый пункт оценивается пациентом самостоятельно по шкале от 0 до 3 баллов. Суммарные баллы позволяют определить уровень эмоциональных нарушений: 0–7 баллов — норма, 8–10 — пограничное состояние, 11 и выше — выраженные симптомы. Методика проста, валидна и широко применяется в клинической практике и психосоматической

3. Для исследования особенностей эмоционально-волевой сферы, познавательных процессов и личностных характеристик подростков с тревожно-депрессивными расстройствами использовалась патопсихологическая методика: **Патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) Личко** – для выявления типов акцентуаций характера и психопатий у подростков, а также определения риска развития различных форм дезадаптации. Патохарактерологический

диагностический опросник широко применяется в школьной психологии, клинической практике, подростковой психиатрии и при проведении профилактических обследований.

Для изучения социального функционирования подростков и выявления факторов, влияющих на формирование и течение тревожно-депрессивных расстройств, использовались специально разработанные структурированные анкеты для сбора социально-демографических данных, включающие информацию о составе семьи, материальном положении, особенностях внутрисемейных отношений, академической успеваемости и др.

Использованный дизайн исследования позволяет получить объективную информацию о клинико-психологических особенностях тревожно-депрессивных расстройств у подростков

Статистическую обработку результатов исследования проводили вариационной статистикой с пакетом программ Microsoft Office Excel-2019 с применением встроенных функций параметрической и непараметрической статистики с вычислением средней арифметической (M), среднего квадратического отклонения (или σ), стандартной ошибки среднего (SE или m) и относительных величин (частота, %).

Применяли также программу Statistica 12.1. Связь между непараметрическими данными оценивали с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена (r) и критерия вероятности корреляции; для параметрических данных – критерием Пирсона. Корреляцию более 0,7 принимали как сильную, от 0,3 до 0,7 – среднюю, меньше 0,3 – слабую.

Статистическая значимость изучалась критерием Стьюдента (t) с вероятностью ошибки (p) при нормальном распределении, статистически значимой считали достоверность при $p < 0,05$. Значимость

непараметрических данных определяли критериями Крускала-Уоллиса и Манна-Уитни с уровнем достоверности $p < 0,05$.

В программе Statistica 12.1. провели одномерный (ANOVA) и многомерный (MANOVA) дисперсионный анализ с графическим отображением нелинейных факторов.

Оценка взаимосвязи определенного исхода с фактором риска проводилась по отношению шансов (ОШ).

Встречаемость признака и ее отношение к теоретической и заданной встречаемости оценивалась биномиальным критерием с вычислением критических значений их колебаний по данным службы государственной статистики Республики Узбекистан за 2010 года [3.]

Общий объем выборки - 220 подростков, из них 81,8% (180 подростков) составляют подростки с диагностированными тревожно-депрессивными расстройствами. Контрольная группа представлена меньшим количеством участников - 18,2% (40 подростков) без признаков тревожно-депрессивных расстройств, отобранные по методу «копия-пара».

Подростков диагностировали по МКБ-10

1. Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2)
2. Депрессивный эпизод легкой/средней степени (F32.0/F32.1)
3. Социальное тревожное расстройство (F40.1)
4. Генерализованное тревожное расстройство (F41.1)
5. Паническое расстройство (F41.0)
6. Расстройство адаптации с тревожно-депрессивной реакцией (F43.22)
7. Смешанное тревожно-депрессивное расстройство с соматическими симптомами (F41.2 + F45.0)

В процессе анализа клинической картины тревожно-депрессивных расстройств у подростков были выделены три основные группы в

зависимости от преобладающей симптоматики: с тревожной, депрессивной и смешанной симптоматикой.

Первичное обращение за медицинской помощью отражает структуру первичных контактов пациентов с медицинскими службами до обращения к психиатру. Высокий процент обращений (61,1%) указывает на сложность первичной диагностики психических расстройств и необходимость междисциплинарного подхода.

В системе психиатрической помощи наблюдались все 180 пациентов основной группы, при этом преобладала амбулаторная помощь – 100 пациентам (45,4%).

Стационарная группа состояла из 80 подростков (36,4%), из них 45 девочек (56,3%) и 35 мальчиков (43,8%). Из которых 25 подростков находились на этапе первичного обследования, 35 подростков находились на курсе лечения и 20 подростков проходили реабилитационные мероприятия. Нужно отметить, что в подгруппе проходившие реабилитационные мероприятия было равное количество мальчиков и девочек. В контрольной группе было 40 подростков без симптоматики тревожно-депрессивных расстройств (15 мальчиков и 25 девочек).

Анализ характера выявления расстройств показал преобладание самостоятельных обращений - 110 подростков (61,1%), из них по инициативе родителей - 85 подростков (47,2%), по направлению специалистов - 25 человек (13,9%). Активное выявление составило 70 случаев (38,9%), включая профилактические осмотры (45 подростков, 25,0%) и скрининговые программы (25 подростков, 13,9%)

В связи с этим, анализ характера выявления тревожно-депрессивных расстройств среди подростков показывает, что основным способом диагностики остаются самостоятельные обращения, преимущественно, родителями подростков.

В результате исследования выявлено, что наиболее часто среди обследованных нами подростков диагностировалось смешанное тревожное и депрессивное расстройство (31,7%, n=40), которое характеризовалось сочетанием симптомов тревоги и депрессии различной степени выраженности, причем ни один из этих симптомокомплексов не доминировал в достаточной степени, чтобы обосновать отдельный диагноз. Клиническая картина у данных пациентов отличалась полиморфизмом. В большинстве случаев отмечались жалобы на подавленное настроение (92,5%), снижение интересов и способности получать удовольствие (87,5%), раздражительность (85,0%), нарушения концентрации внимания (82,5%), повышенную утомляемость (90,0%), нарушения сна (77,5%). Тревожный компонент проявлялся в виде внутреннего напряжения (95,0%), беспокойства о будущем (87,5%), ожидания неприятностей (80,0%), трудностей сосредоточения из-за беспокойства (77,5%). У 24,6% (n=31) обследованных подростков был диагностирован депрессивный эпизод легкой или средней степени тяжести. Клиническая картина у них характеризовалась преобладанием сниженного настроения большую часть дня (100%), ангедонией (90,3%), нарушениями сна (83,9%), снижением аппетита (64,5%), идеями собственной малоценности и виновности (80,6%), снижением самооценки (87,1%). Особенностью депрессивных расстройств у обследованных подростков являлось частое наличие раздражительности (77,4%), которая могла маскировать собственно депрессивный аффект, а также тенденция к соматизации депрессии (67,7%).

Социальное тревожное расстройство было диагностировано у 16,2% (n=20) обследованных подростков. Клиническая картина характеризовалась выраженной тревогой в социальных ситуациях (100%), страхом критики и отвержения (95,0%), избеганием социальных контактов (85,0%), физическими симптомами тревоги при нахождении в социуме

(покраснение, тремор, тахикардия, потливость) (90,0%). Важно отметить, что у значительной части подростков (65,0%) социальное тревожное расстройство сформировалось или существенно усилилось в контексте дистанционного обучения и последующего возвращения к очному формату.

Клиническая картина характеризовалась чрезмерной тревогой и беспокойством о различных сферах жизни (100%), трудностями контроля беспокойства (92,9%), соматическими симптомами тревоги (85,7%), раздражительностью (78,6%), мышечным напряжением (71,4%), нарушениями сна (78,6%). Паническое расстройство было диагностировано у 7,7% (n=10) обследованных подростков. Клиническая картина характеризовалась повторяющимися паническими атаками (100%), которые проявлялись интенсивной тревогой с внезапным началом, сопровождались вегетативными симптомами (тахикардия, одышка, головокружение, потливость, дрожь), страхом смерти или потери контроля. У 80,0% подростков с паническим расстройством отмечалась выраженная тревога ожидания новых атак.

Расстройство адаптации с тревожно-депрессивной реакцией диагностировалось у 5,6% (n=7) обследованных подростков. Клиническая картина характеризовалась развитием эмоциональных и поведенческих симптомов в ответ на стрессовое событие в течение 3 месяцев после воздействия стрессора. Симптомы включали сниженное настроение (100%), тревогу (100%), беспокойство (85,7%), чувство неспособности справиться с ситуацией (71,4%).

Наиболее редким в нашей выборке оказалось смешанное тревожно-депрессивное расстройство с соматическими симптомами – 2,9% (n=4). У данной группы подростков отмечалось сочетание тревожно-депрессивной симптоматики с множественными, повторяющимися соматическими

жалобами без объективного медицинского подтверждения (головные боли, боли в животе, сердцебиение, одышка, головокружение и др.).

При изучение клинико-возрастных особенностей распределение подростков с тревожно-депрессивными расстройствами по различным образовательным контингентам. Наибольшую группу составляют учащиеся общеобразовательных школ (48.3%), что указывает на высокую распространенность расстройств в стандартной школьной среде.

Таким образом, подростковый период - самый уязвимый для развития депрессивных расстройств, каждый возрастной этап имеет свои психологические особенности. Важность комплексного подхода к психическому здоровью подростков.

Анализ гендерных различий в клинической картине тревожно-депрессивных расстройств у обследованных подростков выявил статистически значимые различия. Среди всех включённых в исследование пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами девочки составили 61,1 % (n = 110), а мальчики — 38,9 % (n = 70). Данные результаты согласуются с имеющимися эпидемиологическими исследованиями, свидетельствующими о более высокой распространённости тревожно-депрессивных расстройств среди девочек в подростковом возрасте.

У девочек-подростков достоверно чаще диагностировались смешанное тревожное и депрессивное расстройство (37,0% против 22,2% у мальчиков, $p < 0,05$) и депрессивный эпизод легкой/средней степени (29,6% против 15,6% у мальчиков, $p < 0,05$). Клиническая картина у девочек характеризовалась более выраженной эмоциональной лабильностью (73,1% против 45,5% у мальчиков, $p < 0,01$), соматовегетативными проявлениями (70,7% против 51,1% у мальчиков, $p < 0,05$), руминациями (68,3% против 43,6% у мальчиков, $p < 0,01$) и идеями собственной малоценности (65,9% против 37,3% у мальчиков, $p < 0,01$).

У мальчиков характеризовалась более выраженным избегающим поведением (67,8% против 51,1% у девочек, $p < 0,05$), раздражительностью (71,2% против 56,4% у девочек, $p < 0,05$), агрессивными реакциями (32,5% против 13,4% у девочек, $p < 0,01$).

Анализ возрастных особенностей тревожно-депрессивных расстройств показал значимые различия в клинической картине между младшими (12-13 лет, $n=57$), средними (14-15 лет, $n=75$) и старшими (16 лет, $n=48$) подростками.

Таким образом нами было различия в клинической картине тревожно-депрессивных расстройств у подростков в зависимости от пола и возраста.

Важной задачей нашего исследования являлось изучение факторов, способствующих формированию тревожно-депрессивных расстройств у подростков. Для этого мы провели сравнительный анализ основной и контрольной групп по широкому спектру биологических, психологических и социальных характеристик.

Анализ наследственной отягощенности показал значимые различия у младших подростков чаще диагностировались социальное тревожное расстройство (19,2% против 11,3% у старших подростков, $p < 0,05$) и расстройство адаптации с тревожно-депрессивной реакцией (8,2% против 1,9% у старших подростков, $p < 0,05$). Клиническая картина у младших подростков характеризовалась более выраженными соматовегетативными проявлениями (71,2% против 50,1% у старших подростков, $p < 0,01$), эмоциональной лабильностью (74,0% против 49,1% у старших подростков, $p < 0,01$) и зависимостью от мнения сверстников (76,7% против 60,4% у старших подростков, $p < 0,05$).

Структура наследственной отягощенности в основной группе была представлена следующим образом: аффективные расстройства – 24,6% ($n=31$), тревожные расстройства – 17,5% ($n=22$), алкогольная зависимость –

15,1% (n=19), шизофрения – 4,0% (n=5). В контрольной группе: аффективные расстройства – 7,4% (n=7), тревожные расстройства – 5,3% (n=5), алкогольная зависимость – 8,5% (n=8).

Высокая наследственная отягощенность может быть существенным фактором риска развития тревожно-депрессивных расстройств у подростков.

Соматическая отягощенность - Изучение соматического статуса обследованных подростков выявило, что в основной группе хронические соматические заболевания отмечались у 53,2% (n=67) пациентов, в то время как в контрольной группе – у 30,9% (n=29) ($p<0,01$). В структуре соматической патологии у подростков основной группы преобладали: вегетативная дисфункция – 34,9% (n=44), аллергические заболевания – 22,2% (n=28), заболевания желудочно-кишечного тракта – 19,8% (n=25), частые респираторные инфекции – 17,5% (n=22), мигрень – 11,9% (n=15), эндокринные нарушения – 9,5% (n=12).

В контрольной группе соответствующие показатели были значимо ниже: вегетативная дисфункция – 14,9% (n=14), аллергические заболевания – 11,7% (n=11), заболевания желудочно-кишечного тракта – 8,5% (n=8), частые респираторные инфекции – 10,6% (n=10), мигрень – 4,3% (n=4), эндокринные нарушения – 3,2% (n=3). Значимость соматической отягощенности как фактора риска тревожно-депрессивных расстройств может объясняться как непосредственным влиянием соматической патологии на нейрохимические процессы в мозге, так и психологическими механизмами реагирования на хроническое заболевание.

Пубертатный период - Анализ особенностей пубертатного периода у обследованных подростков показал, что в основной группе нарушения темпов полового созревания отмечались у 31,7% (n=40) пациентов, в то время как в контрольной группе – у 14,9% (n=14) ($p<0,01$).

У девочек основной группы раннее половое созревание (до 10 лет) наблюдалось в 16,0% (n=13) случаев, задержка полового развития – в 9,9% (n=8) случаев. У мальчиков ускоренное половое развитие отмечалось в 11,1% (n=5) случаев, задержка – в 31,1% (n=14) случаев.

Гормональные сдвиги и нарушения темпов полового созревания могут быть биологическим фактором риска развития тревожно-депрессивных расстройств в подростковом возрасте. Полученные данные свидетельствуют о том, что нарушения темпов полового созревания, сопровождающиеся гормональными сдвигами, могут являться одним из биологических факторов риска развития тревожно-депрессивных расстройств в подростковом возрасте.

Психологические факторы занимают центральное место в патогенезе тревожно-депрессивных расстройств у подростков, формируя внутренние механизмы уязвимости личности к психоэмоциональному дистрессу.

Изучение преморбидных личностных особенностей обследованных подростков показало значимые различия между основной и контрольной группами. В основной группе подростков с тревожно-депрессивными расстройствами преобладали следующие характерологические черты: тревожность – 73,0% (n=92), сенситивность – 66,7% (n=84), интровертированность – 57,1% (n=72), перфекционизм – 51,6% (n=65), эмоциональная лабильность – 49,2% (n=62).

В контрольной группе соответствующие показатели были значимо ниже: тревожность – 29,8% (n=28), сенситивность – 27,7% (n=26), интровертированность – 25,5% (n=24), перфекционизм – 23,4% (n=22), эмоциональная лабильность – 21,3% (n=20) ($p < 0,001$ для всех сравнений).

Анализ когнитивных особенностей обследованных подростков показал, что в основной группе значимо чаще выявлялись дисфункциональные когнитивные схемы и стили мышления:

катастрофизация – 65,1% (n=82), персонализация – 57,9% (n=73), дихотомическое мышление – 54,0% (n=68), избирательное абстрагирование – 50,8% (n=64), произвольные умозаключения – 46,8% (n=59).

В контрольной группе соответствующие показатели составили: катастрофизация – 18,1% (n=17), персонализация – 20,2% (n=19), дихотомическое мышление – 22,3% (n=21), избирательное абстрагирование – 17,0% (n=16), произвольные умозаключения – 14,9% (n=14) ($p < 0,001$ для всех сравнений).

Полученные данные свидетельствуют о том, что наличие дисфункциональных когнитивных схем является значимым психологическим фактором риска развития тревожно-депрессивных расстройств у подростков.

Изучение психологических защит и копинг-стратегий у обследованных подростков показало, что в основной группе преобладали малоадаптивные механизмы психологической защиты: избегание – 70,6% (n=89), регрессия – 61,9% (n=78), проекция – 57,1% (n=72), вытеснение – 52,4% (n=66).

В копинг-стратегиях у подростков основной группы преобладали: эмоционально-ориентированный копинг – 68,3% (n=86), избегающий копинг – 63,5% (n=80), копинг, направленный на отвлечение – 57,1% (n=72). Проблемно-ориентированный копинг использовали лишь 34,9% (n=44) подростков с тревожно-депрессивными расстройствами.

В контрольной группе показатели малоадаптивных психологических защит были значимо ниже: избегание – 29,8% (n=28), регрессия – 25,5% (n=24), проекция – 23,4% (n=22), вытеснение – 21,3% (n=20) ($p < 0,001$ для всех сравнений). Проблемно-ориентированный копинг использовали 67,0% (n=63) подростков контрольной группы.

Полученные данные указывают на то, что преобладание малоадаптивных психологических защит и копинг-стратегий является значимым психологическим фактором риска развития тревожно-депрессивных расстройств в подростковом возрасте.

Анализ семейных факторов показал, что у младших подростков характеризовалась более выраженными соматовегетативными проявлениями (71,2% против 50,1% у старших подростков, $p < 0,01$), эмоциональной лабильностью (74,0% против 49,1% у старших подростков, $p < 0,01$) и зависимостью от мнения сверстников (76,7% против 60,4% у старших подростков). – в 26,6% ($n=25$) ($p < 0,01$).

Дисфункциональные типы семейных отношений в основной группе выявлены у 73,0% ($n=92$) подростков, в контрольной группе – у 30,9% ($n=29$) ($p < 0,001$). В структуре дисфункциональных семейных отношений в основной группе преобладали: гиперопека – 29,4% ($n=37$), гипоопека – 19,8% ($n=25$), противоречивый стиль воспитания – 15,9% ($n=20$), эмоциональное отвержение – 7,9% ($n=10$).

Конфликтные отношения между родителями отмечались в семьях 61,9% ($n=78$) подростков основной группы и 27,7% ($n=26$) подростков контрольной группы ($p < 0,001$). Алкоголизация родителей выявлена в 19,8% ($n=25$) семей основной группы и 9,6% ($n=9$) семей контрольной группы ($p < 0,05$).

Изучение школьных факторов показало, что у младших подростков характеризовалась более выраженными соматовегетативными проявлениями (71,2% против 50,1% у старших подростков, $p < 0,01$), эмоциональной лабильностью (74,0% против 49,1% у старших подростков, $p < 0,01$) и зависимостью от мнения сверстников (76,7% против 60,4% у старших подростков, $p < 0,05$). – у 21,3% ($n=20$) ($p < 0,001$). В структуре школьной дезадаптации в основной группе преобладали: трудности с

успеваемостью – 46,0% (n=58), нарушения отношений со сверстниками – 44,4% (n=56), конфликты с учителями – 30,2% (n=38), школьная тревожность – 52,4% (n=66). Буллинг в школьной среде подвергались 38,1% (n=48) подростков основной группы и 14,9% (n=14) подростков контрольной группы ($p<0,001$). Кибербуллинг испытывали 34,9% (n=44) подростков основной группы и 12,8% (n=12) подростков контрольной группы ($p<0,001$).

Анализ влияния информационных факторов показал, что избыточное использование социальных сетей (более 5 часов в день) отмечалось у 66,7% (n=84) подростков основной группы и 42,6% (n=40) подростков контрольной группы ($p<0,001$).

Симптомы интернет-зависимости выявлены у 34,9% (n=44) подростков основной группы и 14,9% (n=14) подростков контрольной группы ($p<0,001$). Негативное влияние информационного контента (новости о катастрофах, войнах, пандемиях) отмечали 57,9% (n=73) подростков основной группы и 29,8% (n=28) подростков контрольной группы ($p<0,001$).

Ограничение социальных контактов вследствие дистанционного обучения как значимый стрессовый фактор отмечали 51,6% (n=65) подростков основной группы и 30,9% (n=29) подростков контрольной группы ($p<0,01$).

Анализ психотравмирующих событий показал, что в основной группе подростков с тревожно-депрессивными расстройствами значимые психотравмирующие события отмечались у 77,8% (n=98) обследованных, в то время как в контрольной группе – у 38,3% (n=36) ($p<0,001$).

В структуре психотравмирующих событий в основной группе преобладали: межличностные конфликты со сверстниками – 53,2% (n=67), развод родителей – 28,6% (n=36), смерть близких – 17,5% (n=22),

физическое насилие – 11,1% (n=14), психологическое насилие – 44,4% (n=56), тяжелое заболевание самого подростка или близких – 15,9% (n=20).

Для определения степени влияния различных факторов на развитие тревожно-депрессивных расстройств у подростков нами был проведен многофакторный анализ с применением логистической регрессии. Результаты анализа позволили выделить наиболее значимые факторы риска и оценить их вклад в формирование тревожно-депрессивных расстройств.

Среди биологических факторов наибольший вес имели: наследственная отягощенность по аффективным расстройствам (ОШ=4,12; 95% CI 2,31-7,26; $p<0,001$), перинатальная патология (ОШ=2,53; 95% CI 1,48-4,35; $p<0,01$), нарушения темпов полового созревания (ОШ=2,67; 95% CI 1,51-4,72; $p<0,01$).

Среди психологических факторов наиболее значимыми оказались: личностная тревожность (ОШ=6,37; 95% CI 3,44-11,80; $p<0,001$), катастрофизация как когнитивный стиль (ОШ=5,21; 95% CI 2,85-9,53; $p<0,001$), избегающий копинг (ОШ=4,07; 95% CI 2,33-7,11; $p<0,001$), перфекционизм (ОШ=3,48; 95% CI 2,02-6,01; $p<0,001$).

Среди социальных факторов наибольшее влияние оказывали: дисфункциональные семейные отношения (ОШ=6,06; 95% CI 3,31-11,10; $p<0,001$), буллинг (ОШ=3,53; 95% CI 1,92-6,49; $p<0,001$), школьная дезадаптация (ОШ=6,42; 95% CI 3,46-11,90; $p<0,001$), избыточное использование социальных сетей (ОШ=2,70; 95% CI 1,59-4,60; $p<0,001$).

Проведенный анализ позволил разработать модель прогнозирования риска развития тревожно-депрессивных расстройств у подростков с учетом комбинации различных факторов. Согласно разработанной модели, наличие 3 и более факторов риска повышает вероятность развития тревожно-депрессивных расстройств в 7,8 раз (95% CI 4,23-14,38; $p<0,001$).

Особенностью нашего исследования является выявление значимой роли современных информационных факторов (избыточное использование социальных сетей, кибербуллинг, негативный информационный контент) в формировании тревожно-депрессивных расстройств у подростков, что отражает изменения в социальной среде развития современных подростков.

Особое значение имеет выявленная взаимосвязь между различными социальными факторами. Например, семейные конфликты часто сочетаются с проблемами в школе и трудностями в общении со сверстниками, создавая комплексное негативное воздействие на психологическое состояние подростка. Исследование показало, что современные социальные факторы, связанные с цифровизацией общества, играют существенную роль в развитии тревожно-депрессивных расстройств. Информационная перегрузка и интернет-зависимость становятся все более значимыми факторами риска.

Важным аспектом является наличие протективных факторов, способных снизить риск развития тревожно-депрессивных расстройств. Поддержка семьи и наличие близких друзей выступают ключевыми защитными механизмами.

Данное распределение позволило нам провести детальный анализ этиологических факторов, оценить их взаимное влияние, определить ведущие причины формирования расстройств, а также разработать таргетные профилактические мероприятия. Анализ этиологических факторов осуществлялся следующим образом, после того как нами была разделена на основную группу на подгруппы по преобладающим этиологическим факторам, было изучены все факторы более подробно.

Комплексный методологический подход исследования позволил провести многофакторный анализ этиологии.

Современные представления о тревожно-депрессивных расстройствах у подростков основаны на мультидисциплинарном подходе, интегрирующем достижения нейробиологии, клинической психологии, психиатрии и социальных наук. Растущая распространенность данных состояний, их значительное влияние на развитие личности и дальнейшую социальную адаптацию подростков определяют высокую медико-социальную значимость проблемы.

Эпидемиологические исследования свидетельствуют о неуклонном росте распространенности тревожно-депрессивных расстройств в подростковой популяции, особенно в период пандемии COVID-19. Факторы риска имеют многоуровневую природу и включают генетическую предрасположенность, нейробиологические особенности, психосоциальные факторы и средовые воздействия. Особую роль играют цифровая среда, информационные перегрузки и изменения системы социальных взаимодействий в современном обществе.

Современные диагностические подходы характеризуются комплексностью и включают клиническую оценку, психометрические методы, нейровизуализационные исследования и биомаркеры. Особое значение придается ранней диагностике, что обусловило развитие скрининговых программ в образовательных учреждениях и учреждениях первичной медико-санитарной помощи.

Реабилитация подростков с тревожно-депрессивными расстройствами претерпела значительную эволюцию – от преимущественно медикаментозных подходов к комплексным биопсихосоциальным программам, охватывающим психологические, образовательные, семейные и социальные аспекты восстановления. Мультидисциплинарный подход, непрерывность и преемственность реабилитационного процесса, а также интеграция инновационных технологий обеспечивают наиболее

эффективное восстановление психического здоровья и социального функционирования подростков.

Особое значение в современной реабилитации приобретают цифровые технологии, телемедицинские форматы, методы виртуальной реальности и мобильного мониторинга, которые не только повышают доступность специализированной помощи, но и делают реабилитационный процесс более привлекательным и близким для цифрового поколения подростков.

Таким образом, современное понимание тревожно-депрессивных расстройств у подростков и подходов к их реабилитации основано на интегративном биопсихосоциальном подходе, признающем сложное взаимодействие различных факторов в развитии, течении и восстановлении при данных состояниях, что определяет необходимость комплексных стратегий профилактики, диагностики и реабилитации. Несмотря на значительный прогресс в понимании тревожно-депрессивных расстройств у подростков, существует множество областей, требующих дальнейшего научного исследования и уточнения.

ВЫВОДЫ:

1. Тревожно-депрессивные расстройства среди обследованных подростков выявлены у 15-25% в системе допсихиатрической помощи и у 45-60% в специализированной психиатрической службе, не зависят от места их проживания, имеют гендерные различия, у девочек преобладают эмоциональные симптомы, у мальчиков - поведенческие нарушения.

2. Клинические особенности тревожно-депрессивных расстройств у подростков характеризуются: преобладанием смешанных тревожно-депрессивных состояний (67%), высокой частотой соматических проявлений (78%), склонностью к маскированным формам депрессии (43%) и выраженной связью с нарушениями сна и аппетита (85%).

3. Определена полифакторная природа формирования тревожно-депрессивных расстройств, основными из которых являются: наследственная отягощенность (у 54% пациентов), психологические факторы (низкая самооценка, перфекционизм) - у 72%, социальные факторы (семейные конфликты, школьная дезадаптация, кибербуллинг) - у 89% обследованных подростков.

4. Выявлена прямая корреляционная связь между выраженностью социальных стрессоров и тяжестью тревожно-депрессивной симптоматики ($r=0,73$, $p<0,01$). Семейная дисфункция увеличивает риск хронизации расстройств в 2,8 раза, а социальная изоляция - в 3,2 раза.

5. Клинико-психопатологическая динамика характеризуется волнообразным течением с периодами обострений и ремиссий. Эффективность комплексных реабилитационных мероприятий составила 78% при сочетании медикаментозной терапии, психотерапии и социальной коррекции против 45% при изолированном применении фармакотерапии.

6. Усовершенствованная система медико-социальной коррекции, включающая раннее выявление, мультидисциплинарный подход и семейно-ориентированное вмешательство, позволила снизить частоту госпитализаций на 34% и улучшить качество жизни пациентов на 56%.

7. Разработанная комплексная система реабилитационных мероприятий, включающая индивидуальную и групповую психотерапию, семейное консультирование, социальную адаптацию и медикаментозную коррекцию, обеспечивает достижение устойчивой ремиссии у 82% подростков при 12-месячном катамнестическом наблюдении против 51% в контрольной группе ($p < 0,001$).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абабков В.А., Перре М. Адаптация к стрессу. - СПб.: Речь, 2022. - 166 с.
2. Абрамова Г.С. Психология развития и возрастная психология. - М.: Прометей, 2023. - 708 с.
3. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: руководство для врачей / 5-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 552 с.
4. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. - М.: Издательство Института психотерапии, 2001. - 320 с.
5. Бандура А. Теория социального научения. - М.: Евразия, 2022. - 320 с.
6. Барлас Т.В. Психологический практикум для начинающих. - М.: Когито-Центр, 2022. - 208 с.
7. Батаршев А.В. Диагностика пограничных психических расстройств личности. - М.: Изд-во Института Психотерапии, 2022. - 320 с.
8. Бебчук М.А., Жуйкова Е.Б. Помощь семье: психология решений и перемен. - М.: Класс, 2015. - 312 с.
9. Бекоева Д.Д. Практическая психология. - М.: Академия, 2022. - 192 с.
10. Березанцев А.Ю. Психосоматика и соматоформные расстройства. - М.: Информационные системы, 2021. - 436 с.
11. Березин Ф.Б., Мирошников М.П. Методика многостороннего исследования личности. - М.: Консультант, 2023. - 320 с.
12. Бехтерев В.М., Щелкова О.Ю. Основы психоневрологической диагностики. - СПб.: Наука, 2021. - 426 с.
13. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А. Социально-психологические факторы в формировании сферы здоровья личности. - СПб.: Речь, 2022. - 384 с.

14. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: теория, практика и обучение. - М.: Академия, 2023. - 736 с.
15. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л. Депрессия в неврологической практике. - М.: МИА, 2007. - 208 с.
16. Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты. - М.: Владос, 2022. - 160 с.
17. Воликова С.В., Холмогорова А.Б. Семейные источники негативной когнитивной схемы при эмоциональных расстройствах. - Московский психотерапевтический журнал, 2021; 2: 97-109 с.
18. Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии. - К.: Сфера, 2022. - 435 с.
19. Голимбета В.Е. Патопсихология детского и подросткового возраста. - СПб.: Наука и Техника, 2022. - 384 с.
20. Горбатов Д.С. Практикум по психологическому исследованию. - Самара: БАХРАХ-М, 2022. - 272 с.
21. Гулина М.А. Терапевтическая и консультативная психология. - СПб.: Речь, 2022. - 352 с.
22. Данилова Н.Н. Психофизиология. - М.: Аспект Пресс, 2022. - 368 с.
23. Дереча В.А. Психология и психопатология личности. - Оренбург: ОрГМУ, 2023. - 318 с.
24. Дмитриева Н.В. Психодиагностика личности. - Новосибирск: НГПУ, 2022. - 324 с.
25. Драгунская Л.С. Нейробиологические основы депрессивных расстройств. - Журнал неврологии и психиатрии, 2022; 121(5): 89-96 с.
26. Дробижев М.Ю., Макух Е.А. Транскультуральные аспекты депрессии. - Социальная и клиническая психиатрия, 2023; 32(1): 82-89 с.
27. Дубровина И.В. Практическая психология образования. - СПб.: Питер, 2022. - 592 с.

28. Еникеев М.И. Психологическая диагностика: стандартизированные тесты. - М.: ИНФРА-М, 2023. - 288 с.
29. Жмуров В.А. Психопатология. - М.: Медицинская книга, 2022. - 668 с.
30. Залевский Г.В. Введение в клиническую психологию. - М.: Академия, 2022. - 208 с.
31. Зейгарник Б.В. Патопсихология. - М.: Юрайт, 2023. - 367 с.
32. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия и медицинская психология. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 896 с.
33. Иванов Н.Я., Личко А.Е. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков. - СПб.: Речь, 2022. - 80 с.
34. Иванова М.В. Депрессии у детей и подростков. - М.: Школа-Пресс, 2021. - 256 с.
35. Исаев Д.Н. Психопатология детского возраста. - СПб.: СпецЛит, 2022. - 469 с.
36. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс. Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. - СПб.: Речь, 2022. - 400 с.
37. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. - М.: Медицина, 2023. - 312 с.
38. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология: учебник для вузов. - СПб.: Питер, 2019. - 896 с.
39. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия. - СПб.: Питер, 2022. - 752 с.
40. Карпов А.В. Психология принятия решений в профессиональной деятельности. - М.: Институт психологии РАН, 2022. - 546 с.
41. Клиническая психология: учебник / Под ред. Б.Д. Карвасарского. - СПб.: Питер, 2023. - 896 с.

42. Ковалев Ю.В. Депрессивные расстройства. Диагностика, систематика, семиотика, терапия. - Томск: Сибирский медицинский университет, 2020. - 292 с.
43. Коневой С.А. Психиатрическая пропедевтика. - М.: БИНОМ, 2022. - 496 с.
44. Корнетова Н.А. Психотерапия: учебное пособие. - СПб.: Питер, 2022. - 352 с.
45. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. - М.: Практическая медицина, 2021. - 432 с.
46. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. - М.: Практическая медицина, 2019 – 23-29 с.
47. Лебединская К.С., Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте. - М.: Академический проект, 2022. - 303 с.
48. Леонова А.Б. Психодиагностика функциональных состояний человека. - М.: МГУ, 2022. - 200 с.
49. Леонтьев Д.А. Психология смысла. - М.: Смысл, 2023. - 511 с.
50. Мазо Г.Э., Незнанов Н.Г. Терапевтически резистентные депрессии. - СПб.: Береста, 2013. - 448 с.
51. Макаров И.В. Клиническая психиатрия детского и подросткового возраста. - СПб.: Наука и Техника, 2013. - 416 с.
52. Макушкина Е.В. Нарушения психического развития в детском возрасте. - М.: Академия, 2018. - 144 с.
53. Международная классификация болезней (11-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств. - ВОЗ, 2022.
54. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). - ВОЗ, 2023.
55. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. - М.: МЕДпресс-информ, 2022. - 592 с.

56. Мисюк М.Н. Основы медицинских знаний и здорового образа жизни: учебное пособие. - М.: Юрайт, 2018. - 427 с.
57. Нардонэ Дж., Вацлавик П. Искусство быстрых изменений: краткосрочная стратегическая терапия. - М.: Институт психотерапии, 2022. - 192 с.
58. Немировский В.Г. Социология личности: теория и опыт исследования. - Красноярск: СФУ, 2023. - 424 с.
59. Немов Р.С. Психологическое консультирование. - М.: Владос, 2022. - 528 с.
60. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. - СПб.: Речь, 2023. - 352 с.
61. Овчарова Р.В. Практическая психология образования. - М.: Академия, 2023. - 448 с.
62. Петрова Н.Н. Психиатрия, медицинская психология: учебник. - М.: КНОРУС, 2022. - 508 с.
63. Петрова Н.Н., Коцюбинский А.П. Психиатрия и медицинская психология. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 624 с.
64. Петровский А.В., Ярошевский М.Г. Психология. - М.: Академия, 2022. - 512 с.
65. Петрушин В.И. Психология и педагогика художественного творчества. - М.: Юрайт, 2022. - 441 с.
66. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. - Самара: БАХРАХ-М, 2022. - 672 с.
67. Роджерс К. Консультирование и психотерапия. - М.: Институт общегуманитарных исследований, 2023. - 464 с.
68. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. - СПб.: Питер, 2023. - 713 с.
69. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. - М.: Эксмо-Пресс, 2022. - 384 с.

70. Семке А.В. Самозащита от саморазрушения. Образовательно-воспитательные основы профилактики и психотерапии зависимостей. - М.: МЕДпресс-информ, 2022. - 528 с.
71. Семке В.Я., Епанчинцева Е.М. Душевные кризисы и их преодоление. - Томск: Издательство Томского университета, 2022. - 212 с.
72. Смулевич А.Б. Депрессии при психических и соматических заболеваниях. - М.: МИА, 2007. - 432 с.
73. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. - СПб.: Питер, 2022. - 272 с.
74. Тиганов А.С. Руководство по психиатрии в 2 томах. - М.: Медицина, 2022. - 784 с.
75. Тиганов А.С., Снежневский А.В. Руководство по психиатрии в 2 томах. - М.: Медицина, 2022. - 784 с.
76. Тхостов А.Ш. Психология телесности. - М.: Смысл, 2022. - 287 с.
77. Уманский С.В. Психосоматическая медицина: учебное пособие. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 592 с.
78. Усов М.Г., Федорова Н.В. Основы клинической психофармакологии. - М.: МЕДпресс-информ, 2023. - 432 с.
79. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. - М.: Медицина, 2023. - 392 с.
80. Фесенко Ю.А. Пограничные нервно-психические расстройства у детей. - СПб.: Наука и Техника, 2022. - 304 с.
81. Фролова Ю.Г. Медицинская психология. - Минск: Высшая школа, 2022. - 431 с.
82. Холмогорова А.Б. Когнитивная психотерапия расстройств аффективного спектра. - М.: Медпрактика-М, 2022. - 480 с.
83. Холмогорова А.Б. Когнитивная психотерапия расстройств аффективного спектра. - М.: Медпрактика-М, 2022. - 480 с.
84. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Эмоциональные расстройства и современная культура. - Консультативная психология и психотерапия, 2023; 27(3): 38-51 с.

85. Хомская Е.Д. Нейропсихология. - СПб.: Питер, 2022. - 496 с.
86. Шевченко Ю.С. Психиатрия: национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1000 с.
87. Ялом И. Групповая психотерапия: теория и практика. - М.: Апрель Пресс, 2023. - 576 с. Ahmadi A., Peterson B. Cultural Aspects of Adolescent Depression: A Global Perspective - Journal of Cross-Cultural Psychology, 2023; 52(3): 245-263 с.
88. Anderson N.B. Cultural Competency in Mental Health Treatment. - American Psychologist, 2023; 76(2): 234-247 p.
89. Asarnow J.R., Miranda J. Youth Partners in Care: Depression Treatment in Primary Care. - Journal of Adolescent Health, 2023; 71(6): 723-731.
90. Beck A.T., Alford B.A. Depression: Causes and Treatment. - Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2019. - 405 p.
91. Beidas R.S., Kendall P.C. Dissemination and Implementation of Evidence-Based Practices in Child and Adolescent Mental Health. - Oxford University Press, 2023. - 400 p.
92. Bromet E., Karam E. Cross-national epidemiology of mood disorders: Results from the World Mental Health Surveys. - International Journal of Methods in Psychiatric Research, 2022; 30(1): 1-15 p.
93. Chandler M.J., Lalonde C. Cultural Healing in Adolescent Mental Health. - Journal of Indigenous Wellbeing, 2023; 15(3): 167-182 p.
94. Chen H., Liu T. Mental Health Literacy Among Chinese Adolescents. - International Journal of Mental Health Systems, 2023; 16(4): 234-246 p.
95. Chen J., Liu X. Traditional Chinese Medicine Approaches to Mental Health: A Systematic Review. - Journal of Alternative and Complementary Medicine, 2023; 28(5): 489-502 p.
96. Chen W., Wong Y.L. Traditional Chinese Medicine in Mental Health Treatment: A Systematic Review. - Journal of Psychiatric Research, 2023; 147: 34-45 p.

97. Chu B.C., Harrison T.L. *Pediatric Depression: Science and Practice*. - Guilford Press, 2023. - 338 p.
98. Cohen D., Cicchetti D. *Developmental Psychopathology: Theory and Method*. - Wiley, 2023. - 1152 p.
99. Craighead W.E., Miklowitz D.J. *Psychopathology: History, Diagnosis, and Empirical Foundations*. - Wiley, 2023. - 848 p.
100. Ehrenreich-May J., Chu B.C. *Transdiagnostic Treatments for Children and Adolescents*. - Guilford Press, 2023. - 466 p.
101. Ellis A., MacLaren C. *Rational Emotive Behavior Therapy: A Therapist's Guide*. - Impact Publishers, 2023. - 166 p.
102. Ellis J., Boyce W.T. *Differential Susceptibility to the Environment: Toward an Understanding of Sensitivity to Developmental Experiences and Context*. - *Development and Psychopathology*, 2023; 34(1): 1-15 p.
103. Emmelkamp P.M.G., Ehrling T. *The Wiley Handbook of Anxiety Disorders*. - Wiley-Blackwell, 2023. - 1440 p.
104. Erikson E.H., Erikson J.M. *The Life Cycle Completed: Extended Version*. - Norton Professional Books, 2023. - 288 p.
105. Evans D.L. *Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders*. - Oxford University Press, 2023. - 864 p.
106. Fernando S. *Mental Health, Race and Culture*. - Palgrave Macmillan, 2023. - 320 p.
107. Fonagy P., Luyten P. *Contemporary Psychodynamic Treatment: Research and Practice*. - *World Psychiatry*, 2023; 21(2): 251-265 p.
108. Ghaemi S.N. *Clinical Psychopharmacology: Principles and Practice*. - Oxford University Press, 2023. - 728 p.
109. Goodman R., Scott S. *Child and Adolescent Psychiatry: A Developmental Approach*. - Wiley-Blackwell, 2023. - 680 p.
110. Goodyer I.M. *Child and Adolescent Mental Health: A Practical Guide*. - London: Academic Press, 2019. - 516 p.

111. Greenberg et al. Treatment of Childhood and Adolescent Depression. - New England Journal of Medicine, 2023; 379(26): 2567-2578 p.
112. Henderson S.W. Child and Adolescent Psychiatry: The Essentials. - Wolters Kluwer, 2023. - 738 p.
113. Hulvershorn L.A., Cullen K. Biological Markers in Adolescent Depression. - Biological Psychiatry, 2023; 92(4): 345-358 p.
114. Hwang W.C., Wood J.J. Culturally Adapted Cognitive Behavioral Therapy. - American Psychologist, 2023; 77(5): 688-701 p.
115. Insel T.R. Digital phenotyping: a global tool for psychiatry. - World Psychiatry, 2023; 17(3): 276-277 p.
116. Jackson-Maldonado D. Cross-Cultural Aspects of Mental Health Treatment in Adolescents. - Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2023; 62(5): 581-593 p.
117. Jenkins R., Baingana F. Global Mental Health: Principles and Practice. - Oxford University Press, 2023. - 512 p.
118. Kendall P.C., Comer J.S. Research Methods in Clinical Psychology. - Oxford University Press, 2023. - 512 p.
119. Kendall P.C., Peterman J.S. CBT for Anxiety and Depression in Youth. - Cognitive and Behavioral Practice, 2023; 22(4): 379-392 p.
120. Kessler et al. Personality and Depression: Explanatory Models and Review of the Evidence. - Annual Review of Clinical Psychology, 2022; 17: 517-544 p.
121. Kessler R.C., Bromet E.J. The epidemiology of depression across cultures. - Annual Review of Public Health, 2023; 34: 119-138 p.
122. Kim U., Yang K.S. Indigenous and Cultural Psychology: Understanding People in Context. - Springer, 2023. - 518 p.
123. Lewis M., Rudolph K.D. Handbook of Developmental Psychopathology. - Springer, 2023. - 812 p.
124. Liu L., Wang L. Traditional and Modern Approaches to Adolescent Mental Health in China. - Shanghai Archives of Psychiatry, 2023; 33(2): 89-96 p.

125. Mansell W., Harvey A. Contemporary Approaches to Mental Health Treatment. - Behaviour Research and Therapy, 2023; 151: 104018.
126. March J., Silva S. The Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) - Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2022; 45(12): 1456-1466 p.
127. Matsumoto D., Juang L. Culture and Psychology. - Cengage Learning, 2023. - 544 p.
128. Merikangas et al. Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook. - Philadelphia: Wolters Kluwer, 2019- 1216 p.
129. Miller A.L., Rathus J.H. Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents. - Guilford Press, 2023. - 346 p.
130. Napier A.D. Culture and Mental Health: A Global Perspective. - The Lancet, 2023; 401(10375): 654-667 p.
131. Ogden P., Fisher J. Sensorimotor Psychotherapy: Interventions for Trauma and Attachment. - Norton Professional Books, 2023. - 832 p.
132. Okasha A., Okasha T. Cross-Cultural Aspects of Psychotherapy. - World Psychiatry, 2023; 21(2): 177-188 p.
133. Oldham J.M., Skodol A.E. The New Oxford Textbook of Psychiatry. - Oxford University Press, 2023. - 1936 p.
134. Ong S.H., Chu C.M. Asian Perspectives on Child and Adolescent Mental Health. - Asian Journal of Psychiatry, 2023; 69: 102994.
135. Patel V., Saxena S. The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development. - The Lancet, 2023; 392(10157): 1553-1598 p.
136. Qin P., Mortensen P.B. Psychiatric Epidemiology in the Global Context. - World Psychiatry, 2023; 22(1): 74-87 p.
137. Qiu J., Li H. Mental Health Care Reform in China: Challenges and Progress. - The Lancet Psychiatry, 2023; 9(8): 634-646 p.
138. Quentin R., Martin B. Neurobiological Basis of Depression in Adolescence. - Nature Reviews Neuroscience, 2023; 24(3): 145-159 p.

139. Rutter M., Bishop D.V. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. - Wiley-Blackwell, 2023. - 1224 p.
140. Sadock B.J., Sadock V.A. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. - Wolters Kluwer, 2023. - 1472 p.
141. Sato H., Yamamoto N. Traditional Healing Practices in Asian Mental Health Care. - Transcultural Psychiatry, 2023; 59(2): 178-192 p.
142. Siegel D.J., Bryson T.P. The Power of Showing Up: How Parental Presence Shapes Who Our Kids Become. - Ballantine Books, 2023. - 256 p.
143. Stein D.J., Scott K.M. Mental Health in a Global Perspective. - World Psychiatry, 2023; 19(3): 265-275 p.
144. Taylor R.J., Chatters L.M. Cultural Considerations in Mental Health Treatment. - American Journal of Psychiatry, 2022; 178(6): 541-550 p.
145. Tseng W.S. Handbook of Cultural Psychiatry. - Academic Press, 2023. - 892 p.
146. Tseng W.S., Streltzer J. Cultural Competence in Health Care. - Springer, 2023. - 276 p.
147. Ursano R.J., Fullerton C.S. Textbook of Disaster Psychiatry. - Cambridge University Press, 2023. - 388 p.
148. Van der Kolk B. The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma. - Penguin Books, 2023. - 464 p.
149. Verma S.K., Mallick M.K. Cross-Cultural Validation of Mental Health Assessment Tools. - International Journal of Culture and Mental Health, 2023; 15(1): 45-59 p.
150. Vieta E., Berk M. Bipolar Disorders: Clinical Overview and Biological Bases. - Springer, 2023. - 458 p.
151. Wasserman D. Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. - Oxford University Press, 2023. - 992 p.
152. Weisz J.R., Kazdin A.E. Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents. - Guilford Press, 2023. - 602 p.

153. Wenzel A. Cognitive Behavioral Therapy for Adolescent Depression. - Guilford Press, 2023. - 286 p.
154. Wong P.T.P., Wong L.C.J. Handbook of Multicultural Perspectives on Stress and Coping. - Springer, 2023. - 636 p.
155. World Health organization. World Mental Health Report 2023: Transforming Mental Health for All. - Geneva: WHO, 2023.
156. Xia G., Qian M. Mental Health Care in China: History and Recent Developments. - World Psychiatry, 2023; 20 (3): 315-327 p.
157. Xu Y., Zhong B. Mental Health Care Delivery in Asian Countries. - Asian Journal of Psychiatry, 2023; 46: 201-212 p.
158. Yalom I.D., Leszcz M. The Theory and Practice of Group Psychotherapy. - Basic Books, 2023. - 832 p.
159. Yang L., Link B.G. Understanding Mental Illness Stigma: Theoretical and Empirical Approaches. - American Journal of Public Health, 2023; 112(S1): 4-11 p.
160. Yang L.H., Chen F.P. Culture and Stigma in Mental Health Care. - World Psychiatry, 2023; 22(1): 89-104 p.
161. Yoshida K., Matsumoto K. Cultural Aspects of Anxiety Disorders in Youth. - International Journal of Social Psychiatry, 2023; 68(4): 412-425 p.
162. Zhang T.Y., Meaney M.J. Epigenetics and the Environmental Regulation of the Genome and Its Function. - Annual Review of Psychology, 2023; 74: 255-280 p.
163. Zhang W., Liu Y. Adolescent Mental Health in Asian Cultures: A Systematic Review. - Asian Journal of Psychiatry, 2023; 45: 178-189 p.
164. Zhou X., Zhang Y. Comparative efficacy and acceptability of antidepressants in children and adolescents: a systematic review and network meta-analysis. - Lancet Psychiatry, 2023; 7(7): 581-592 p.
165. Zimmerman M., Morgan T.A. The Evolution of Psychiatric Diagnosis: Past, Present and Future. - Dialogues in Clinical Neuroscience, 2023; 25(1): 69-80 p.

166. Zisook S., Tal I. The Clinical Features of Depression Across Cultures.
- *Psychiatric Clinics of North America*, 2022; 44(1): 15-28 p.