

ДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

18+

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ,
ДИАГНОСТИКА И ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ

ДАЙДЖЕСТ

Фото: НИИОЗММ



МОСКОВСКАЯ
МЕДИЦИНА



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА

Государственное бюджетное учреждение города Москвы
«Научно-исследовательский институт организации
здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения города Москвы»

Т.И. БОНКАЛО

ДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ, ДИАГНОСТИКА И ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ

ДАЙДЖЕСТ

НАУЧНОЕ ЭЛЕКТРОННОЕ ИЗДАНИЕ

МОСКВА
ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
2026

УДК 159.9
ББК 88.3

Рецензенты:

Кукшина Анастасия Алексеевна – доктор медицинских наук, ученый секретарь ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»;

Гажева Анастасия Викторовна – кандидат медицинских наук, доцент, начальник отдела координации организационно-методической работы в здравоохранении ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»

Бонкало Т.И.

Депрессивные состояния у детей и подростков: современный взгляд на проблему, диагностика и первая помощь: дайджест [Электронный ресурс] / Т.И. Бонкало. – Электрон. текстовые дан. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2026. – URL: <https://niiioz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/daydzhest-meditsinskiy-turizm-i-eksport-meditsinskikh-uslug/> – Загл. с экрана. – 39 с.

Дайджест представляет собой подборку материалов за последние два года, объединенных общей проблемой диагностики и профилактики депрессивных состояний детей и подростков. В нем собраны сведения об основных подходах к исследованию депрессивных состояний и их факторов, новости о форумах, научно-практических конференциях и других значимых событиях, посвященных данной теме, а также обзор современных научных статей, опубликованных за 2025–2026 гг. в изданиях, входящих в информационно-аналитическую систему Scopus. Цель дайджеста – предоставить читателю сжатую, но актуальную информацию, которая поможет быстро сориентироваться в теме и выбрать интересные материалы для более глубокого ее изучения.

**УДК 159.9
ББК 88.3**

Утверждено и рекомендовано к печати
Научно-методическим советом ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
(Протокол № 4 от 21 апреля 2026 г.).

Самостоятельное электронное издание сетевого распространения

Минимальные системные требования: браузер Internet Explorer/Safari и др.;
скорость подключения к Сети 1 МБ/с и выше.

© Бонкало Т.И., 2026
© ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	4
2. ЭТИОЛОГИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	8
3. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ДЕПРЕССИИ: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ.....	11
4. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ДЕПРЕССИИ.....	14
5. НОВЫЕ НАУЧНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ (2024–2026) ПО ПРОБЛЕМАМ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.....	18
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	36

1. АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Депрессия является одним из наиболее распространенных психических расстройств подросткового возраста. Согласно данным ВОЗ, депрессия занимает 4-е место среди причин заболеваемости и инвалидности подростков (15–19 лет) (рис. 1).

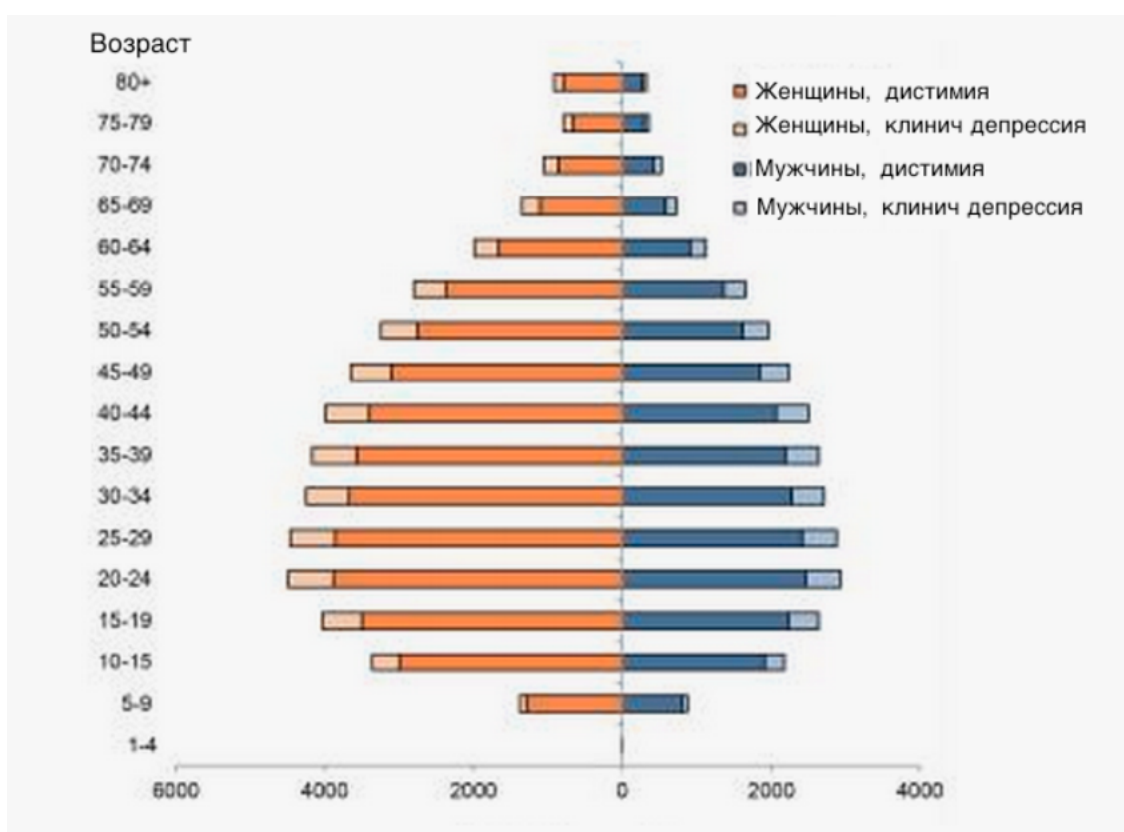


Рис. 1. Уровень депрессии в разных возрастных группах

По данным на 2026 г., наблюдается рост числа диагностированных депрессивных состояний среди детей и подростков в России и мире. Статистика отражает как реальные изменения в распространенности расстройств, так и улучшение диагностики, применение скрининговых программ и повышение внимания общества к психическому здоровью несовершеннолетних.

Метаанализ 2024 г., включивший 96 исследований, показал: $\approx 21,3\%$ подростков и детей во всем мире испытывают симптомы депрессии от легкой до тяжелой степени, при этом $\approx 3,7\%$ соответствуют критериям тяжелого депрессивного эпизода [1].

Пандемия COVID-19 оказала значительное негативное влияние на психическое здоровье подростков, приведя к росту тревожных и депрессивных симптомов¹.

Согласно большому систематическому метаанализу (96 исследований, 29 стран), опубликованному с данными до 2022 г., глобальная частота легких/умеренных симптомов депрессии у детей и подростков составила 21,3%, умеренно тяжелых – 18,9%, а тяжелых – 3,7% [1].

В систематическом анализе Global Burden of Disease 2021 (GBD) показано: в 2021 г. заболеваемость депрессивных расстройств среди подростков и молодых людей существенно выросла, особенно в высокоразвитых регионах [2].

Этот же анализ показывает, что глобальное число лет жизни с учетом нетрудоспособности (DALYs) из-за депрессии среди подростков остается высоким, нагрузка продолжает расти в ряде регионов. В метаанализе, включавшем данные до декабря 2020 г., средняя годовая и пожизненная распространенность большого депрессивного расстройства у подростков составила ≈ 8 и 19% [3]. Анализ показывает региональные различия: высокая распространенность симптомов депрессии наблюдается в странах Ближнего Востока, Африки и Азии [4].

В исследовании Цзин Чжан, Дэхуань Лю, Линвэй Дин Линьвэй Дин депрессия оценивалась с помощью опросника «Состояние здоровья пациента» из 9 пунктов и социально-демографической анкеты. В шести школах городов Хайкоу и Цюньхай провинции Хайнань было собрано 8235 действительных анкет, заполненных учащимися в возрасте от 13 до 18 лет. В опросе приняли участие учащиеся многоступенчатых средних школ, в том числе общеобразовательных, профильных и профессионально-технических. Для выявления потенциальных категорий депрессивных симптомов у подростков использовался метод латентных категорий (latent category analysis, LCA). Для определения латентных категорий депрессивных симптомов и их пропорционального распределения среди подростков использовался метод латентно-кластерного анализа (ЛКА).

Анализ LCA разделил данные на 3 категории: отсутствие депрессии, низкая и высокая степень депрессии. Доля участников с высокой степенью депрессии составила 10,1%, а с низкой – 48,4%. Индекс Джордена был наибольшим при показателе PHQ-9, равном 14,5. Ученики 1-го класса средней школы в 1,72 и 1,33 раза чаще попадали в группы с высокой и низкой степенью депрессии, чем старшеклассники.

¹ЮНИСЕФ. ЮНИСЕФ предупреждает об ухудшении психического здоровья детей из-за пандемии.

Количество учащихся 1-го класса старшей школы, отнесенных к группам с высоким и низким уровнем депрессии, было в 1,55 и 1,42 раза больше, чем количество учащихся 3-го класса старшей школы. Доля подростков с высоким уровнем депрессии в профессиональных училищах составила 13,5%, что значительно выше, чем в ключевых старших школах (9,6%) и общеобразовательных старших школах (9,0%). Исследование показало: ученики 1-го класса младших средних школ и 1-го класса старших школ чаще подвержены депрессивным состояниям. Кроме того, девочкам-подросткам требуется больше внимания, чем мальчикам. Ученикам профессиональных училищ нужна дополнительная психологическая поддержка.

В России, по данным ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, за последние 5 лет частота выявления депрессивных расстройств у детей 7–14 лет выросла на 25%.

Заболеваемость психическими расстройствами среди подростков 15–17 лет выросла на 53% за 10 лет, следует из данных Росстата. В ряде региональных минздравов эту тенденцию подтвердили (рис. 2).

Эксперты связывают увеличение числа диагнозов в том числе с улучшением диагностики и растущей настороженностью общества в отношении психического состояния несовершеннолетних.

Число диагнозов, связанных с расстройствами психики и поведения, которые ставят подросткам 15–17 лет, стабильно растет с 2015 г., выяснили «Известия», изу-

Наименование субъекта ПФО	Кол-во детского населения	Количество оконченных суицидов среди несовершеннолет.				Соотношение количества суицидов на 10 тыс. детского населения			
		2021	2022	2023	2024	2021	2022	2023	2024
Кировская область	215566	4	9	4	5	0,15	0,36	0,18	0,23
Нижегородская область	590152	16	10	8	15	0,26	0,17	0,13	0,25
Оренбургская область	390699	13	13	8	8	0,3	0,34	0,2	0,2
Пензенская область	216462	7	8	2	4	0,3	0,35	0,09	0,18
Пермский край	556685	23	13	13	9	0,39	0,22	0,23	0,16
Республика Башкортостан	889419	27	22	28	26	0,29	0,24	0,31	0,29
Республика Марий Эл	143816	8	3	7	6	0,54	0,2	0,48	0,42
Республика Мордовия	123871	2	2	5	4	0,15	0,15	0,38	0,32
Республика Татарстан	850489	14	22	13	16	0,16	0,26	0,15	0,19
Самарская область	601896	20	11	16	15	0,32	0,18	0,26	0,25
Саратовская область	443162	9	10	8	8	0,2	0,22	0,18	0,18
Удмуртская Республика	321064	6	10	13	5	0,17	0,33	0,39	0,16
Ульяновская область	219997	10	3	5	3	0,44	0,13	0,22	0,14
Чувашская Республика	250906	11	5	5	10	0,4	0,19	0,19	0,40

Рис. 2. Данные минздрава Нижегородской обл.

чив отчеты Росстата. Если в 2015 г. их было 18,5 тыс., то в 2024 г. – 28,3 тыс.; рост на 53%.

Что касается детей в возрасте до 14 лет, среди них рост тоже есть, но незначительный: 132,2 тыс. в 2015 г. и 133,7 тыс. в 2024 г.

В 2025 г., например, в Чувашии расстройства психики и поведения впервые в жизни диагностировали у 1,2 тыс. несовершеннолетних. Это на треть больше, чем годом ранее (864). Чаще всего среди них встречались состояния без психоза: неврозы, тревога, депрессия (84,1%). «На втором месте психозы и состояния слабоумия, 9%», – сообщили в республиканском минздраве.

В Пермском крае в 2024 г. психические расстройства диагностировали у 2,7 тыс. несовершеннолетних пациентов, а в 2025 г. – уже у 2,9 тыс.

В Курганской обл. за последние три года также увеличилось число детей с расстройствами речи и нарушением поведения. Там назвали увеличение незначительным и констатировали, что «критический возрастной период приходится на 10–11 лет».

Рост зафиксировали в Марий Эл (+19,9% за последний год) и Камчатском крае (+10,7% за два последних года). В Ставропольском крае в 2024 г. зафиксировали рост на 26,7%, но в 2025 г. показатель упал на 13,1%.

В Московской обл. в 2025 г. выявили на 211 детей с ментальными нарушениями больше, чем годом ранее.

Небольшой рост психических диагнозов наблюдают также в Забайкальском крае и Липецкой обл.

Есть и регионы, где уровень выявляемости ментальных расстройств снизился за последние два года: это Пензенская, Оренбургская, Челябинская обл., Бурятия и Ямало-Ненецкий автономный округ.

По данным Федерального научного центра психического здоровья (ФНЦПЗ) и Минздрава России, за последние 10 лет число подростков с диагнозами «депрессия» и «тревожное расстройство» увеличилось более чем на 30%. При этом около 10% подростков в России имеют пограничные психические расстройства, но реальная цифра может быть выше, так как многие случаи остаются незарегистрированными.

Вместе с тем отмечается, что основная проблема здесь – это высокая латентность (в 60% случаев родители и учителя принимают депрессию за переходный возраст или проявление лени).

2. ЭТИОЛОГИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Депрессивные расстройства у детей и подростков – это результат сложного взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов.

1. Биологические факторы (эндогенная предрасположенность)

Генетическая отягощенность: наличие близких родственников с депрессией повышает риск развития расстройства у ребенка². Исследования показывают: более 50% индивидуальных различий в подверженности депрессии объясняются именно генетическими факторами. Влияние генетики усиливается с возрастом, достигая пика к 16 годам [5].

Нейробиология: у подростков с депрессией наблюдаются нарушения работы нейромедиаторов, в частности снижение уровня нейропротекторных веществ (например, кинуреновой кислоты) на фоне роста воспалительных процессов. У девочек этот дисбаланс выражен сильнее, что объясняет более высокую (примерно в 2 раза) частоту депрессии у них³.

Гормональные изменения: пубертатный период характеризуется мощной гормональной перестройкой, которая в сочетании с психосоциальным стрессом может служить триггером депрессивных состояний.

²<https://www.msmanuals.com/ru/home/%D0%BA%D0%BE%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%BA%D0%BE-%D0%BE-%D0%B3%D0%BB%D0%B0%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D0%BC-%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B5%D0%BC%D1%8B-%D1%81%D0%BE-%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%D1%8C%D0%B5%D0%BC-%D1%83-%D0%B4%D0%B5%D1%82%D0%B5%D0%B9/%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B5-%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B0-%D1%83-%D0%B4%D0%B5%D1%82%D0%B5%D0%B9-%D0%B8-%D0%BF%D0%BE%D0%B4%D1%80%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%BA%D0%BE%D0%B2/%D0%B4%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D1%8F-%D1%83-%D0%B4%D0%B5%D1%82%D0%B5%D0%B9-%D0%B8-%D0%BF%D0%BE%D0%B4%D1%80%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%BA%D0%BE%D0%B2?ruleredirectid=466>

³https://naukatv.ru/news/genetiki_obyasnili_pochemu_devochkipodrostki_bolee_depressivny_chem_malchiki

2. Психологические и когнитивные факторы

Личностные черты: низкая самооценка, перфекционизм (синдром отличника) и гиперответственность тесно коррелируют с депрессивными состояниями. Неспособность соответствовать завышенным ожиданиям создает устойчивое чувство неуспешности⁴.

Когнитивные искажения: склонность к негативной интерпретации событий («все плохо», «я ни на что не гожусь») запускает и поддерживает депрессивный цикл. Установлена четкая корреляция между интенсивным использованием соцсетей и падением самооценки (коэффициент корреляции $r=-0,31$).

Эмоциональная дисрегуляция: неумение справляться с сильными эмоциями (гнев, обида, тревога) приводит к соматизации (головные боли, боли в животе) и вспышкам агрессии, которые часто являются маской депрессии у детей⁵.

3. Социально-средовые факторы

Семейная система (ключевой фактор): дефицит эмоциональной поддержки, конфликты, разводы, отвержение или, наоборот, гиперопека являются мощнейшими предикторами депрессии. Дети в неполных семьях особенно уязвимы, если ухудшаются отношения с воспитывающим родителем.

Школьная среда: буллинг (травля) – один из самых сильных стрессоров. Согласно исследованиям, 30–50% старшеклассников хотя бы раз сталкивались с травлей. Она вызывает не только депрессию, но и соматические расстройства (головная боль у 62,8% жертв) и отказ от посещения школы.

Социальная изоляция: затруднения в установлении дружеских отношений и одиночество, особенно у подростков с низкой психологической устойчивостью, резко повышают риск тревоги и депрессии.

4. Социокультурные и информационные факторы

Цифровая среда: метаанализ исследований (N=1500) выявил значимую положительную корреляцию между интенсивностью использования соцсетей и уровнем депрессии ($r=0,28$). Постоянное сравнение себя с «идеальными» образами в интернете, FOMO (страх упущенных возможностей) и кибербуллинг наносят серьезный ущерб психике.

⁴<https://doi.org/10.18384/3033-6414-2025-3-41-54>

⁵<https://naked-science.ru/article/column/prichinah-depressii-u-pod>

Академическое давление: экзаменационные стрессы (ОГЭ/ЕГЭ) и высокая учебная нагрузка на фоне неопределенности будущего выступают дополнительными хроническими факторами стресса, провоцирующими декомпенсацию психического здоровья⁶.

Освещение фактов роста заболеваемости (+53% за 10 лет у старших подростков), ключевой роли буллинга (до 50% детей сталкиваются с травлей) и доказанного вреда соцсетей (корреляция $r=0,28$ с депрессией) создаст необходимый информационный посыл для педагогов и родителей.

⁶https://nsk.tsargrad.tv/news/zabolevaemost-psihicheskimi-rasstrojstvami-sredi-podrostkov-15-17-let-vyrosla-na-53-za-10-let_1648290

3. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ДЕПРЕССИИ: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ

Диагностика детской и подростковой депрессии – это сложная задача, поскольку ее признаки часто скрываются за поведенческими проблемами, капризами или соматическими жалобами.

Следует учитывать возрастные особенности.

Дошкольники и младшие школьники (3–10 лет)

Эквиваленты тоски: частые жалобы на скуку («мне ничего не интересно»), отказ от игр.

Соматика: боли в животе, головные боли без органики, тошнота перед школой.

Поведение: агрессия (вспышки гнева без причины), плаксивость, регресс навыков (например, энурез).

Подростки (11–18 лет)

Аффективный компонент: раздражительность («злая тоска»), чувство никчемности, апатия.

Когнитивные искажения: идеи самообвинения, снижение успеваемости при сохранном интеллекте (расстройство концентрации).

Поведенческие индикаторы:

- уход в виртуальный мир (гаджеты >8 ч в день без цели);
- селфхарм (порезы, ожоги) как способ справиться с душевной болью;
- рискованное поведение (алкоголь, токсикомания, беспорядочные связи);

- изменение пищевого поведения (булимия или анорексия).

Дифференцированная диагностика может быть проведена по следующим признакам (табл. 1).

Таблица 1. Дифференцированная диагностика депрессивных состояний детей и подростков

Симптом	Депрессия	«Нормальный» переходный возраст
Сон	Инсомния (ранние пробуждения) или гиперсомния (>12 ч)	Небольшие колебания режима
Аппетит	Резкое снижение (иногда набор веса) и изменение вкусов	Периодическое пере-едание и отказ от еды
Ангедония	Полная потеря интереса ко всему (>2 нед.)	Смена интересов (отказался от старого хобби, нашел новое)
Суицидальные мысли	Вербализация («хочу уснуть и не проснуться», «ты без меня будешь счастливее»)	Отсутствуют или носят абстрактный характер
Социальные связи	Разрыв всех контактов, отказ выходить из дома	Конфликт с родителями, но тяга к сверстникам сохраняется

В отличие от взрослых, дети и подростки редко жалуются на тоску или грусть. Их основным симптомом депрессии часто становится раздражительность, а не подавленное настроение. Чтобы не пропустить проблему, важно ориентироваться на комплекс изменений в поведении, эмоциях и физическом состоянии.

Эмоциональные изменения: подавленное, угнетенное настроение, которое может проявляться не только как грусть, но и как тревожность, безразличие или чувство вины. У подростков на первый план выходит раздражительность.

Когнитивные изменения: замедление мыслительных процессов, трудности с концентрацией внимания, снижение успеваемости в школе при сохранном интеллекте. Ребенок может жаловаться на туман в голове.

Поведенческие и мотивационные изменения (ангедония): ключевой признак – потеря интереса к занятиям, которые раньше приносили удовольствие (игры, хобби,

общение). Ребенок становится замкнутым, пассивным, может жаловаться на скуку.

Процесс диагностики, как правило, включает несколько этапов.

Скрининг: для предварительной оценки используются стандартизированные опросники, которые могут проводить педагоги или психологи в школе. Наиболее известный и валидный инструмент – опросник детской депрессии (CDI) Марии Ковач. Он предназначен для детей и подростков от 7 до 17 лет и позволяет количественно оценить выраженность депрессивных симптомов, включая негативное настроение, межличностные проблемы, ангедонию и негативную самооценку.

Клиническое интервью: проводится психиатром или клиническим психологом. Это основной метод, позволяющий собрать полную картину заболевания, оценить соответствие критериям и исключить другие расстройства.

Исключение соматической патологии: обязательный этап. Поскольку депрессия маскируется под физические недуги, необходимо с помощью педиатра или профильных специалистов исключить заболевания, которые могли бы объяснить жалобы ребенка (например, анемию, заболевания ЖКТ, неврологические нарушения).

Особенно опасны случаи поведенческой маски (табл. 2), когда депрессия проявляется дерзостью, уходами из дома и конфликтами. Это не трудный возраст, а возможный крик о помощи.

Таблица 2. Маски депрессии у детей и подростков

Маска депрессии	Характерные проявления
Поведенческая	Вместо тоски преобладают злобность, агрессия, конфликтность (дисфорическая форма). В других случаях замкнутость, уходы из дома, бродяжничество (адинамическая форма)
Соматическая	Многочисленные жалобы на физическое самочувствие при отсутствии органической патологии. Чаще всего встречаются головные боли, боли в животе, тошнота, нарушения сна и аппетита, энурез
Интеллектуальная	Внезапное и стойкое снижение успеваемости, трудности с освоением школьной программы, рассеянность, неспособность сосредоточиться

4. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ДЕПРЕССИИ

Алгоритм действия взрослого: рекомендации

Шаг 1. Остановка стигматизации. Не используйте фразы «Ты просто ленишься», «Возьми себя в руки», «У других детей хуже». Это усиливает чувство вины.

Шаг 2. Тактика разговора. Задавайте открытые вопросы без оценки: «Я вижу, ты перестал делать то, что любил. Скажи, что изменилось?», «Бывают ли мысли, что ты никому не нужен?»

Шаг 3. Безопасность (срочные меры)

Если ребенок говорит о самоубийстве, порезах или раздает вещи, НЕ оставляйте одного. Немедленное обращение в кризисную службу (тел. 112 в РФ, 4986 – детский телефон доверия).

Шаг 4. Маршрутизация

К кому: первично педиатр (исключить соматику: анемию, гипотиреоз, ВЭБ). Затем детский психиатр или психотерапевт.

Чего бояться: постановка на учет в ПНД (психоневрологический диспансер) происходит только при тяжелых формах. При легкой и средней депрессии возможна анонимная помощь.

Терапевтические подходы: психотерапия и фармакотерапия

Современное лечение депрессивных состояний у детей и подростков строится на многоосевом и ступенчатом подходе. Выбор метода терапии определяется тяжестью состояния, возрастом ребенка и наличием сопутствующих расстройств, при этом ключевой стратегией является сочетание психотерапии и в определенных случаях фармакологического вмешательства.

Психотерапия является первоочередным методом лечения при легких и среднетяжелых формах депрессии, особенно у детей младшего возраста. Она направлена на изменение дезадаптивных мыслей, поведенческих паттернов и улучшение социального функционирования.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)

КПТ – это наиболее изученный и широко применяемый метод психотерапии при депрессии у подростков. Она помогает пациентам идентифицировать и изменить негативные автоматические мысли и искаженные убеждения, которые лежат в основе депрессивного состояния.

Доказательная база: КПТ и интерперсональная терапия (ИПТ) являются единственными психосоциальными вмешательствами, которые по современным классификациям относятся к хорошо установленным (well-established) методам лечения для подростков. Метаанализ 2024 г. подтверждает: КПТ и ее комбинации с другими подходами обладают высокой доказательной базой.

Сравнение с медикаментами. Интересно, что исследования не показывают значительного превосходства КПТ над медикаментами в прямой редукции депрессивных симптомов. Однако КПТ значительно превосходит лекарственную терапию в улучшении общего функционирования пациента (global functioning), что критически важно для выполнения возрастных и социальных задач в подростковом возрасте.

Интерперсональная терапия (ИПТ)

ИПТ фокусируется на проблемах в межличностных отношениях и социальных ролях пациента (например, конфликты с родителями, сверстниками, трудности с адаптацией), которые могут влиять на настроение.

Эффективность. ИПТ доказала свою эффективность в ряде рандомизированных клинических испытаний (РКИ) для подростков. Например, в исследовании 1999 г. 71 из 71 подростка с диагнозом «депрессия» были рандомизированы в группы КПТ, ИПТ или лист ожидания. Результаты показали: 82% подростков в группе ИПТ и 59% в группе КПТ стали функциональны после лечения, что подтвердило эффективность обоих методов.

Системная и семейная терапия

Учитывая высокую значимость семейных факторов в этиологии детской депрессии (конфликты, отвержение, гиперопека), вовлечение семьи в процесс лечения критически важно. Системная терапия, по данным метаанализа 2023 г., демонстрирует свою эффективность и приемлемость для детей и подростков с депрессией.

Фармакотерапия обычно рассматривается при среднетяжелой и тяжелой депрессии, а также при неэффективности психотерапии. Амбулаторное лечение чаще начинают с терапии, и, если показаны лекарства, предпочтение отдается селективным ингибиторам обратного захвата серотонина (СИОЗС).

Необходима возрастная дифференциация.

Главное правило педиатрической психофармакотерапии – крайняя осторожность и строгий учет возраста.

Дети младшего возраста (до 12 лет). Лечение начинают исключительно с психотерапии. Фармакотерапия рассматривается как крайний резерв и только при неэффективности немедикаментозных методов.

Подростки (12 лет и старше). Наиболее эффективным признано сочетание психотерапии и антидепрессантов, особенно при тяжелом течении.

Основные классы и выбор препарата

Препараты первой линии (СИОЗС)

Флуоксетин. На данный момент это препарат с наибольшей доказательной базой для педиатрической популяции. Метаанализы рандомизированных контролируемых исследований подтверждают его эффективность для пациентов младше 18 лет, что делает его препаратом первого выбора.

Эсциталопрам и сертралин. Также одобрены FDA для лечения депрессии у подростков. Отдельные плацебо-контролируемые исследования демонстрируют их эффективность, что делает их важными терапевтическими опциями.

Проблема неэффективности и побочных эффектов. Важно отметить, что до 31–48% детей могут не реагировать на антидепрессанты, а у 25% могут возникнуть побочные эффекты. Высокий плацебо-эффект также часто затрудняет доказательство эффективности в клинических исследованиях.

Терапевтически резистентная депрессия (ТРД)

ТРД, определяемая как отсутствие ответа на два адекватных курса лечения, встречается у 40% подростков с большим депрессивным расстройством.

В таких случаях изучаются инновационные подходы. Например, кетамин и эскетамин показали свою эффективность в редукции депрессивных симптомов и лечении суицидальных мыслей у подростков с ТРД, демонстрируя благоприятный профиль переносимости.

Исследование STAR-AD (2023). Это многоцентровое открытое рандомизированное исследование направлено на изучение последовательных схем лечения для подростков, которые не ответили на первую линию терапии. Оно призвано ответить на вопрос, что эффективнее: переключение на другой антидепрессант (например, сертралин) или его комбинация с КПТ.

Новые и дополнительные направления

Нейромодуляция и альтернативные методы

Электросудорожная терапия (ЭСТ). Применяется при тяжелой, угрожающей жизни депрессии, резистентной к другим видам лечения. Исследование 2024 г. на подростках 13–18 лет с тяжелым БДР показало: курс из 6–8 сеансов ЭСТ приводит к значительному снижению уровня депрессии (по шкале HAMD-17) и модуляции уровня воспалительных цитокинов (снижение IL-1 β и IL-6, повышение IL-10) [6].

Другие виды стимуляции (ТМС, психоделики, каннабиноиды). Находятся на стадии активных доклинических и клинических исследований для лечения подростковой депрессии [7].

Терапия, нацеленная на сон (dCBT-I)

Учитывая тесную связь нарушений сна и депрессии, цифровая когнитивно-поведенческая терапия бессонницы (dCBT-I) показала эффективные результаты.

Рандомизированное контролируемое исследование 2024 г. на подростках 14–24 лет с депрессией и бессонницей показало: 6-недельный курс dCBT-I под руководством медсестер значительно снижает тяжесть депрессии как сразу после лечения, так и через 18 нед. наблюдения (Cohen's $d=-0,508$, $p=0,011$) [8].

5. НОВЫЕ НАУЧНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ (2024–2026) ПО ПРОБЛЕМАМ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

1. Jessica Muha MSc at el. Major Depressive Disorder and Cardiovascular Disease Risk in Children and Adolescents // Academic Pediatrics. Volume 26, Issue 1, January–February 2026, 103112. – <https://doi.org/10.1016/j.acap.2025.103112>

Большое депрессивное расстройство и риск сердечно-сосудистых заболеваний у детей и подростков.

Большое депрессивное расстройство (БДР) у подростков является независимым фактором риска преждевременных сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). В то время как предыдущие исследования рассматривали отдельные факторы риска ССЗ в связи с депрессией, в данном исследовании изучалась связь между депрессией и риском ССЗ у детей и подростков с БДР с использованием валидизированного комплексного показателя.

Подростки с БДР были набраны через амбулаторную психиатрическую программу и прошли полуструктурированную психиатрическую диагностическую оценку для подтверждения диагноза. Здоровые участники контрольной группы были набраны из общественных учреждений. Все участники заполнили шкалу депрессии для детей Центра эпидемиологических исследований для оценки симптомов депрессии. Непрерывный показатель метаболического синдрома, валидизированный показатель для оценки кардиометаболического риска у подростков, был рассчитан с использованием агрегированных стандартизированных z-баллов факторов риска ССЗ, включая уровень глюкозы в крови натощак, индекс массы тела, артериальное давление, уровень триглицеридов натощак и холестерин липопротеинов высокой плотности. Иерархические модели множественной регрессии использовались для проверки связи между депрессией (диагноз и симптомы) и риском ССЗ с учетом ковариат.

Участники (N=277; 73,6% женщин) имели средний возраст 15,2 (SD=1,8) года. Риск ССЗ был значительно выше среди подростков с депрессией (n=196, среднее значение 0,77, SD=2,98) по сравнению со здоровыми контрольными группами (n=81, среднее значение -0,39, SD=2,77; P=0,002). Диагноз «депрессия» и симптомы депрессии были связаны с повышенным риском ССЗ ($\beta=0,40$, P=0,004; $\beta=0,15$, P=0,02 соответственно) после корректировки на ковариаты.

В результате исследования выявлено: подростки с БДР демонстрируют повышенный риск сердечно-сосудистых заболеваний по сравнению со здоровыми подростками, что подчеркивает ранние признаки связи между депрессией и ССЗ. Следовательно, детство и подростковый возраст могут стать решающими периодами для профилактических мероприятий, направленных на улучшение сердечно-сосудистого здоровья у молодых людей, страдающих депрессией.

2. Jiyeon Shin, Kyung Hwa Lee, Jae-Won Kim. Effects of escitalopram on resting-state functional connectivity in comorbid depressive and anxious adolescents // Journal of Affective Disorders. Volume 405, 15 July 2026, 121567. – <https://doi.org/10.1016/j.jad.2026.121567>

Влияние эсциталопрама на функциональную связность в состоянии покоя у подростков с сопутствующими депрессивными и тревожными расстройствами.

Учитывая высокую коморбидность тревожных расстройств у подростков с депрессией, понимание нейронных путей, лежащих в основе одновременного наличия депрессии и тревоги, может стать потенциальной мишенью для лечения. Мы поставили перед собой цель – исследовать траектории лечения депрессии и тревоги, а также их взаимосвязь с нейронными цепями в миндалевидном теле и гиппокампе.

Для исследования были отобраны подростки с большим депрессивным расстройством (БДР) и здоровые подростки контрольной группы. Участники с БДР принимали эсциталопрам в течение 8 нед. До и после лечения проводились функциональные магнитно-резонансные томографии в состоянии покоя. Авторы исследовали траектории лечения подростков с БДР (n=59), учитывая как депрессию, так и тревогу, оцененные с помощью детского опросника депрессии и скрининга на тревожные расстройства у детей соответственно. Исследовалось влияние лечения на функциональную связность в состоянии покоя (РСС) миндалевидного тела и гиппокампа в разных группах траекторий лечения, сравнивались эти показатели с паттернами РСС у контрольной группы (n=43).

В результате исследования были выделены три группы траекторий лечения: быстрое снижение (FDG, n=21), отсутствие изменений (NCG, n=15) и медленное снижение (SDG, n=23). Продольные эффекты лечения на РСС были выражены в группе FDG.

В группе FDG наблюдалось снижение PCC миндалевидного тела с пост- и прецен-тральными извилинами, дополнительной моторной областью и шпорной извили-ной. Напротив, PCC миндалевидного тела в средней лобной извилине и нижней теменной доле демонстрировали тенденцию к увеличению в группе FDG после ле-чения. По сравнению с группой FDG в группе SDG наблюдались другие паттерны PCC миндалевидного тела, а PCC миндалевидного тела в группе NCG и у здоровых контрольных лиц не изменились после лечения.

Результатом исследования стал вывод о том, что продольные изменения функцио-нальной связности миндалевидного тела в состоянии покоя после лечения могут различаться у подростков с депрессией и тревожностью. Нейронные биомаркеры могут лежать в основе различных траекторий лечения, предлагая потенциальные пути для целенаправленных вмешательств.

3. **Meijiao Huang, Dongfang Wang, Yifan Zhang, Min Li, Huolian Li, Xiangting Zhang, Xuan Wang, Fang Fan. The association of parental insomnia symptoms with adolescent insomnia and depressive symptoms: A child–parent dyad study // Sleep Medicine. Volume 128, April 2025, Pages 103–109. – <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2025.01.026>**

Связь симптомов бессонницы у родителей с бессонницей и депрессивными симптома-ми у подростков: исследование диад «ребенок – родитель».

Возможно, в проблемах со сном и психическим здоровьем подростков присутству-ет межпоколенческая передача, однако в настоящее время имеется ограничен-ное количество доказательств. Цель настоящего исследования – изучение влия-ния симптомов бессонницы у родителей на бессонницу и депрессивные симптомы у подростков. С 21 апреля по 12 мая 2021 г. в рамках этого исследования было про-ведено крупномасштабное поперечное исследование в Южном Китае, собрано 68 751 достоверное данные о парах «ребенок – родитель». В настоящем исследо-вании измерялись симптомы бессонницы у родителей, у подростков, депрессивные симптомы у подростков и демографические характеристики. Для проведения ана-лиза хи-квадрат, бинарной логистической регрессии и проверки косвенного эф-фекта использовалось статистическое программное обеспечение SPSS 27. В дан-ной выборке распространенность материнской и отцовской бессонницы составляет 8,2 и 7,5% соответственно. Среди подростков, чьи матери или отцы страдали бес-сонницей, распространенность бессонницы достигала 15,7 и 15,1% соответственно, а распространенность депрессивных симптомов – 17,6 и 15,6%. Подростки, чьи ро-дители страдали бессонницей, чаще страдали от бессонницы и депрессивных сим-птомов. Более того, бессонница родителей положительно влияет на депрессивные симптомы у подростков, опосредуя влияние бессонницы у ребенка. Это исследование побуждает к переоценке динамики здоровья семьи в клинической практике и поли-

тике общественного здравоохранения, что приведет к более целостному подходу к решению проблем, связанных с режимом сна и депрессивными симптомами у подростков.

4. Xi Li et al. Gaslighting in parent-child relationships: Psychometric validation and longitudinal associations with depressive symptoms in Chinese samples // *Child Abuse & Neglect*. Volume 176, June 2026, 108038. – <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2026.108038>

Газлайтинг в отношениях между родителями и детьми: психометрическая валидация и лонгитюдные связи с депрессивными симптомами в китайских выборках.

Газлайтинг – это скрытая форма психологического насилия, включающая постоянное отрицание, искажение или обесценивание восприятия и воспоминаний жертв, тем самым подрывая их чувство реальности. В контексте семейного насилия применимость существующих инструментов контроля газлайтинга к отношениям между родителями и детьми, а также их последствия для развития и лежащие в их основе механизмы остаются недостаточно изученными.

Данное исследование направлено на: а) адаптацию и валидацию методики измерения родительского газлайтинга для использования в китайских отношениях между родителями и детьми; б) изучение лонгитюдной связи между родительским газлайтингом и депрессивными симптомами подростков, при этом внутреннее приписывание ответственности выступает в качестве опосредующего механизма.

Были использованы две выборки китайских подростков. В исследовании 1 принял участие 1951 подросток, предоставивший данные поперечного исследования, а в исследовании 2 – 606 подростков, участвовавших в трехэтапном лонгитюдном исследовании.

В исследовании 1 был проведен перевод, культурная адаптация и психометрическая оценка с использованием тестов на валидность и надежность, а также анализ инвариантности измерений с помощью опросника оценки воздействия газлайтинга в отношениях, первоначально разработанного для романтических отношений взрослых. В исследовании 2 были протестированы лонгитюдные модели опосредования для изучения временных связей между родительским газлайтингом, внутренней атрибуцией ответственности и депрессивными симптомами.

Адаптированная шкала родительского газлайтинга продемонстрировала хорошую валидность и надежность, а также строгую инвариантность измерений по гендерному признаку. Лонгитюдный анализ показал, что внутренняя атрибуция ответственности выступала в качестве умеренного лонгитюдного медиатора в связи между родительским газлайтингом и депрессивными симптомами подростков, при этом не было выявлено значимых гендерных различий в опосредующем пути.

Это исследование представляет собой первую валидированную методику измерения газлайтинга в контексте отношений «родитель–ребенок» и предлагает лонгитюдные доказательства связи родительского газлайтинга с депрессивными симптомами подростков через дезадаптивные атрибутивные процессы. Полученные результаты подчеркивают: родительский газлайтинг представляет собой потенциально отдельную и вредную для развития форму психологического насилия, имеющую значение для оценки и вмешательства в контексте защиты подростков.

5. Zihao Zeng et al. Associations between child maltreatment and depressive symptoms among deaf and hearing adolescent students: A moderated mediation model // Child Abuse & Neglect/ Volume 167, September 2025, 107613. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2025.107613>

Взаимосвязь между жестоким обращением в детстве и депрессивными симптомами у глухих и слышащих подростков: модель опосредованного влияния.

Жестокое обращение в детстве является хорошо известным фактором риска для проблем психического здоровья подростков, особенно депрессивных симптомов. Глухие подростки сталкиваются с повышенной уязвимостью из-за уникальных проблем, таких как коммуникативные барьеры и социальная изоляция. Однако мало что известно о том, как социальная изоляция опосредует связь между жестоким обращением в детстве и депрессией в этой популяции или как стратегии регуляции эмоций смягчают эти эффекты.

Цель данного исследования – изучение взаимосвязи между жестоким обращением в детстве и депрессивными симптомами у глухих и слышащих подростков с акцентом на опосредующую роль социальной изоляции и смягчающее влияние когнитивной переоценки и подавления экспрессии.

В исследовании приняли участие в общей сложности 2008 подростков (622 глухих, 1386 слышащих, возраст 12–23 лет) из шести школ Китая, включая общеобразовательные и специальные учебные заведения.

Участники заполнили опросники самооценки, оценивающие жестокое обращение в детстве, социальную изоляцию, стратегии регуляции эмоций (когнитивная переоценка и подавление экспрессии) и симптомы депрессии. Был проведен корреляционный анализ для изучения взаимосвязей между переменными, а разведочный сетевой анализ дополнил основной анализ, визуализируя специфические для групп взаимосвязи. Основная гипотеза была проверена с использованием модели опосредованного влияния с модерацией, чтобы изучить, опосредует ли социальная изоляция связь между жестоким обращением в детстве и симптомами депрессии, и модулирует ли регуляция эмоций эти пути.

Глухие подростки сообщили о значительно более высоком уровне жестокого обращения в детстве, социальной изоляции, подавления экспрессии и симптомов депрессии по сравнению со своими слышащими сверстниками ($p < 0,001$). Социальная изоляция опосредовала связь между жестоким обращением в детстве и симптомами депрессии в обеих группах, при этом косвенный эффект был сильнее среди глухих учащихся, чем среди слышащих. Подавление экспрессии по-разному влияло на эту взаимосвязь в двух группах: оно усугубляло симптомы депрессии у глухих студентов ($\beta = 0,14$, $p = 0,002$), но оказывало смягчающее действие у слышащих студентов ($\beta = -0,04$, $p = 0,04$). Когнитивная переоценка показала ограниченный защитный эффект в обеих группах.

Эти результаты подчеркивают социальную изоляцию как ключевой опосредующий фактор, связывающий жестокое обращение в детстве с симптомами депрессии, особенно среди глухих подростков. Подавление экспрессии усугубляло симптомы депрессии у глухих студентов, но смягчало симптомы у слышащих сверстников, что предполагает, что вмешательства должны быть направлены на снижение зависимости от подавления экспрессии у глухих подростков. Хотя когнитивная переоценка показала ограниченный защитный эффект в данном исследовании, она остается важной стратегией, заслуживающей дальнейшего изучения в целенаправленных вмешательствах.

6. Junyu Wang et al. Optimal dose of aerobic exercise for reducing depressive symptoms in children and adolescents: A meta-analysis of randomized controlled trials and dose-response analysis // Journal of Affective Disorders. Volume 387, 15 October 2025, 11950. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.119501>

Оптимальная доза аэробных упражнений для снижения симптомов депрессии у детей и подростков: метаанализ рандомизированных контролируемых исследований и анализ зависимости «доза–эффект».

Цель исследования – определить наиболее эффективный режим аэробных упражнений и изучить зависимость «доза–эффект» для улучшения симптомов депрессии.

Был проведен систематический поиск в базах данных PubMed, MEDLINE, Embase, CENTRAL и Web of Science, охватывающий исследования до сентября 2024 г. Включались рандомизированные контролируемые исследования (РКИ), оценивающие влияние аэробных упражнений на симптомы депрессии у детей и подростков (6–19 лет). Был проведен анализ подгрупп на основе возраста, статуса депрессии и характеристик упражнений. Показателями результатов были стандартизированные средние различия (SMD) с 95% доверительными интервалами.

Включено 18 РКИ с 1540 участниками. Аэробные упражнения значительно снизи-

ли симптомы депрессии после вмешательства (SMD: $-0,37$, 95% CI: $-0,59-0,15$) и в течение периода наблюдения (SMD: $-0,51$, 95% CI: $-0,85-0,18$). Эффект был сильнее у подростков и лиц с клинически диагностированной депрессией. Наиболее эффективными оказались упражнения умеренной интенсивности (4,0–5,9 MET), 30–45 мин./сеанс, 3–4 раза/нед., в течение 6–10 нед. Анализ зависимости «доза–эффект» выявил оптимальную дозу 590 MET-мин./нед. (SMD: $-0,46$, 95% CrI: $-0,78-0,10$), с эффективным диапазоном 360–780 MET-мин./нед.

Аэробные упражнения значительно снижают симптомы депрессии у подростков, особенно у тех, у кого диагностирована депрессия. Наиболее эффективными являются упражнения умеренной интенсивности (4,0–5,9 MET), 30–45 мин./сеанс, 3–4 раза/нед., в течение 6–10 нед. Оптимальная доза составляет 590 MET-мин./нед. Эти результаты предоставляют практические рекомендации для разработки целенаправленных вмешательств.

7. Collin Perryman PhD, MFHD, Med. Identifying the Depressive Profiles Among Latinx Adolescents Who Have Experienced School Discipline and School Policing: Evidence for the School-to-Patient Nexus // JAACAP Open. Available online 24 April 2026. <https://doi.org/10.1016/j.jaacop.2026.04.005>

Выявление депрессивных профилей среди латиноамериканских подростков, подвергавшихся школьным дисциплинарным взысканиям и наблюдению со стороны полиции: доказательства связи «школа–пациент».

Цель исследования – выявить депрессивные профили 15-летних латиноамериканских подростков, подвергавшихся школьным дисциплинарным взысканиям и наблюдению со стороны полиции, и предоставить эмпирические доказательства связи «школа–пациент» (STPN).

Данные N=813 латиноамериканских подростков из исследования «Будущее семей и благополучие детей» (FFCWS) были использованы для проведения анализа латентных классов с целью понимания различий между подгруппами латиноамериканских подростков в отношении школьных дисциплинарных взысканий, наблюдения со стороны полиции и депрессивных симптомов. В качестве ковариат были включены предшествующая история психических заболеваний, демографические данные и связь со школой.

Были выделены три класса латиноамериканских подростков:

1) «меньшее наблюдение со стороны полиции»; 2) «отсутствие школьных дисциплинарных взысканий / низкий уровень наблюдения со стороны полиции»; 3) «большее наблюдение со стороны полиции». Показатели выраженности депрессивных симптомов постепенно увеличивались с ростом числа латентных классов.

Школьная дисциплина и школьная полиция влияют на депрессивные симптомы у латиноамериканских подростков. По сравнению с другими классами класс 3 показал: у латиноамериканских девочек-подростков были самые высокие средние показатели депрессии, поэтому необходимы структурные и институциональные изменения и вмешательства, специально направленные на удовлетворение потребностей этих девочек. Эти результаты предоставляют эмпирическое подтверждение связи «школа–пациент», демонстрируя, как пенитенциарные школьные практики воплощаются в результатах в области психического здоровья.

8. Yang Wang et al. Quantifying the importance of factors in predicting non-suicidal self-injury among depressive Chinese adolescents: A comparative study between only child and non-only child groups // Journal of Affective Disorders. Volume 369, 15 January 2025, Pages 834-844. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.10.031>

Количественная оценка значимости факторов в прогнозировании несуицидального самоповреждения среди китайских подростков с депрессией: сравнительное исследование между группами единственных детей и детей, имеющих депрессию.

Депрессия является серьезной глобальной проблемой общественного здравоохранения, часто сочетающейся с несуицидальным самоповреждением (НСС). Данное исследование, сфокусированное на подростках с депрессией, направлено на количественную оценку значимости факторов в прогнозировании НСС и их сравнение между группами единственных детей и детей, имеющих депрессию, с целью расширения знаний для разработки индивидуальных стратегий вмешательства.

В Китае было проведено крупное многоцентровое исследование. В исследовании приняли участие 2510 подростков с диагнозом большого депрессивного расстройства (БДР). Для обучения моделей случайного леса для прогнозирования НСС в группах единственных детей и детей, имеющих депрессию, было включено 36 факторов. Для вычисления относительной значимости каждого фактора в двух группах использовался метод SHapley Additive exPlanations (SHAP).

Метод SHapley Additive exPlanations (SHAP) был использован для вычисления относительной значимости каждого фактора в двух группах.

У подростков БДР наблюдалась довольно высокая распространенность самоповреждающего поведения (52,0%), среди них 66,9% составляли дети, не являющиеся единственными в семье. Самооценка была наиболее значимым фактором для обеих групп, при этом были выявлены существенные различия в факторах. В группе единственных детей большее значение имели такие факторы, как поддержка семьи, чрезмерная опека родителей, употребление алкоголя, условия сна и вовлеченность в романтические отношения, в то время как более высокая степень депрессии, уро-

вень тревожности и эмоциональное насилие были более важными факторами для детей, не являющихся единственными в семье.

Использование данных поперечного исследования китайских подростков может ограничивать более глубокий анализ механизмов самоповреждающего поведения и возможность обобщения результатов на западные культуры.

Структура семьи, в которой есть только один ребенок, и семьи, в которой есть не только один ребенок, могут по-разному влиять на факторы, связанные с возникновением самоповреждающего поведения у подростков с БДР. Единственные дети были более восприимчивы к уязвимой семейной обстановке, злоупотреблению алкоголем и романтическим отношениям, в то время как дети, в которых есть не только один ребенок, были более подвержены влиянию аномальных психических состояний.

9. Cagdas Türkmen MSc at el. Systematic Review and Meta-Analysis: The Association Between Newer-Generation Antidepressants and Insomnia in Children and Adolescents With Major Depressive Disorder // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. Volume 64, Issue 10, October 2025, Pages 1148-1164. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2025.01.006>

Систематический обзор и метаанализ: связь между антидепрессантами нового поколения и бессонницей у детей и подростков с большим депрессивным расстройством.

Цель исследования – изучить связь между антидепрессантами нового поколения и бессонницей как побочным эффектом (ПЭ) при лечении детей и подростков с большим депрессивным расстройством (БДР).

Был проведен систематический поиск в основных базах данных (с момента их создания до 31 августа 2023 г.) для поиска двойных слепых плацебо-контролируемых рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), оценивающих безопасность 19 антидепрессантов при остром лечении (начальные 6–12 нед.) детей и подростков ≤18 лет с БДР (первичный анализ). РКИ по тревожным расстройствам и обсессивно-компульсивному расстройству (ОКР) были получены из недавнего метаанализа и включены в дополнительные анализы. Для сравнения частоты бессонницы в группе, принимавшей антидепрессанты, с группой плацебо использовалась модель логистической регрессии со смешанными эффектами. Риск систематической ошибки оценивался с помощью инструмента Cochrane Risk of Bias 2.

В общей сложности были включены 20 исследований при БДР (N=5357) и 8 исследований при тревожных расстройствах и обсессивно-компульсивном расстройстве (ОКР) (N=1271), оценивающих селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) или ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина

(СИОЗСН). При БДР лечение антидепрессантами было связано с умеренным увеличением вероятности бессонницы по сравнению с плацебо (отношение шансов [ОШ]=1,65, 95% ДИ=1,21–2,27, $p=0,002$), при этом существенной разницы между СИОЗС и СИОЗСН не наблюдалось. Рандомизированные контролируемые исследования показали низкий риск систематической ошибки или незначительные опасения по поводу оценки бессонницы. Вероятность развития бессонницы в процессе лечения была значительно ниже при большом депрессивном расстройстве (ОР=1,62; 95% ДИ=1,21–2,15) по сравнению с тревожными расстройствами и обсессивно-компульсивным расстройством (ОР=2,89; 95% ДИ=1,83–4,57) при лечении СИОЗС ($p=0,03$). Среди отдельных антидепрессантов, данные по которым получены в ≥ 3 исследованиях, сертралин имел самый высокий ОР (3,45; 95% ДИ=1,91–6,24), тогда как дулоксетин имел самый низкий ОР (1,38; 95% ДИ=0,79–2,43).

У детей и подростков наблюдается умеренно повышенный риск развития бессонницы в течение первых 6–12 нед. лечения СИОЗС и СИОЗН. Различия в риске развития бессонницы в зависимости от антидепрессанта и конкретного расстройства могут быть важны для принятия клинических решений.

Таким образом, в данном систематическом обзоре и метаанализе бессонница рассматривалась как побочный эффект лечения антидепрессантами с использованием данных 20 исследований детей и подростков с депрессией ($N=5357$). Авторы также включили 8 дополнительных исследований детей и подростков с тревожными и обсессивно-компульсивными расстройствами ($N=1271$) для изучения обобщаемости результатов на различные психические расстройства. Авторы обнаружили умеренно повышенный риск бессонницы в течение первых 6–12 нед. лечения по сравнению с плацебо, затрагивающий примерно 6 из каждых 100 молодых людей с депрессией. Риск бессонницы как побочного эффекта широко назначаемых антидепрессантов, а именно СИОЗС, был значительно выше у детей и подростков с тревожными расстройствами и обсессивно-компульсивным расстройством, чем у тех, кто страдал депрессией.

10. Yue Gao et al. Psychological resilience partially mediates the association between parent-child attachment and depressive symptoms in Chinese college students: A cross-sectional study // Acta Psychologica. Date: June 2026

Articl. 106819. Volume: Volume 266. 10.1016/j.actpsy.2026.106819

Психологическая устойчивость частично опосредует связь между привязанностью между родителями и детьми и симптомами депрессии у китайских студентов колледжей: поперечное исследование.

Депрессия очень распространена среди студентов колледжей. Предыдущие исследования выявили тесную взаимосвязь между психологической устойчивостью, при-

вязанностью к родителям и ребенком и депрессией. Цель данного исследования – изучение взаимосвязи между психологической устойчивостью, привязанностью к родителям и ребенком и депрессией у студентов колледжей с акцентом на опосредующую роль психологической устойчивости во взаимосвязи между привязанностью к родителям и ребенком и депрессией, которая ранее не была описана.

Было проведено исследование 100 310 студентов колледжей с использованием метода кластерной выборки. Были распространены онлайн-анкеты с использованием CES-D-10, IPPA и CD-RISC. Для изучения взаимосвязи между депрессией, привязанностью к родителям и ребенком и психологической устойчивостью были проведены корреляционный и медиационный анализы.

В общей сложности были проанализированы данные 100 106 участников. Психологическая устойчивость была разделена на низкую, среднюю и высокую группы с помощью анализа латентных профилей (31,98, 48,97 и 19,05% соответственно). Значимых различий в уровнях депрессии, привязанности между родителями и детьми или психологической устойчивости в разных экономических зонах (восточной, центральной и западной) не наблюдалось. Однако участники с симптомами депрессии ($CES-D-10 \geq 10$, $n=12\ 649$) имели значительно более низкие показатели привязанности между родителями и детьми ($23,11 \pm 7,203$) и психологической устойчивости ($21,04 \pm 6,916$) по сравнению с участниками без симптомов депрессии ($25,92 \pm 6,967$ и $27,50 \pm 7,011$ соответственно; $p < 0,001$). Анализ опосредования показал: психологическая устойчивость частично опосредует связь между привязанностью родителей к детям и симптомами депрессии, предполагая, что более слабая привязанность родителей к детям косвенно усугубляет симптомы депрессии через негативное влияние на психологическую устойчивость.

Это исследование показывает: экономические зоны не влияют на депрессию, привязанность родителей к детям или психологическую устойчивость среди студентов колледжей. Однако более слабая привязанность родителей к детям и более низкая устойчивость значительно способствуют возникновению симптомов депрессии, при этом устойчивость частично опосредует эту связь. Укрепление устойчивости и улучшение отношений между родителями и детьми имеют решающее значение для улучшения психического здоровья студентов колледжей.

11. Xuchen Guo MSc at el. The association between academic pressure and adolescent depressive symptoms and self-harm: a longitudinal, prospective study in England // The Lancet Child & Adolescent Health. Volume 10, Issue 4, April 2026, Pages 265-272. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(25\)00342-6](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(25)00342-6)

Связь между академическим давлением и депрессивными симптомами и самоповреждением у подростков: продольное проспективное исследование в Англии.

Академическое давление может повышать риск развития депрессии и самоповреждения у подростков. Однако существует немного продольных исследований этой связи, и те, что есть, имеют ограничения. Мы поставили перед собой цель исследовать связь между воспринимаемым уровнем академического давления, последующими депрессивными симптомами и самоповреждением в период от подросткового возраста до ранней взрослости. Гипотеза исследования заключалась в том, что более высокий уровень академического давления будет связан с более высоким уровнем депрессивных симптомов и самоповреждения.

В этом продольном исследовании использовались данные из Эйвонского продольного исследования родителей и детей (Эйвон, Великобритания), включающего подростков, родившихся в 1991–1992 гг. Основным интересующим авторов фактором было академическое давление, измеренное в возрасте 15 лет с использованием пунктов из анкеты об опыте обучения в школе (общий балл 0–9). В качестве результатов оценивались симптомы депрессии с помощью Краткого опросника настроения и чувств в пяти временных точках в возрасте от 16 до 22 лет (общий балл 0–26) и опросника самоповреждения в четырех временных точках в возрасте от 16 до 24 лет. Анализ проводился с использованием линейных (симптомы депрессии) и логистических (самоповреждение в предыдущем году) многоуровневых моделей в выборках с данными, полученными методом множественной импутации, до и после корректировки.

В исследование были включены 4714 подростков (2725 [57,8%] девушек, 1989 [42,2%] юношей). В полностью скорректированных моделях увеличение академического давления на 1 балл в возрасте 15 лет было связано с увеличением симптомов депрессии на 0,43 балла (95% ДИ 0,36–0,51). Наибольшая связь наблюдалась при оценке симптомов депрессии в возрасте 16 лет (0,53, 0,42–0,64), но сохранялась и в возрасте 22 лет (0,35, 0,23–0,47). Что касается самоповреждения, то в полностью скорректированных моделях каждое увеличение академического давления на 1 балл было связано с повышением вероятности самоповреждения на 8% (скорректированное отношение шансов 1,08, 1,01–1,16), при этом различий во времени не наблюдалось.

Результаты исследования подтверждают гипотезу о том, что академическое давление является потенциальным модифицируемым фактором риска развития симптомов депрессии у подростков и, возможно, самоповреждения. Можно разработать и оценить меры по снижению академического давления.

12. Chumei Ning et al. Network analysis of the relationship between bullying victimization and depressive symptoms among adolescents: The protective role of resilience // Journal of Affective Disorders. Volume 397, 15 March 2026, 120967. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.120967>

Анализ взаимосвязи между виктимизацией в результате травли и депрессивными симптомами у подростков: защитная роль устойчивости.

Было показано, что устойчивость смягчает взаимосвязь между виктимизацией в результате травли и депрессией, хотя большинство исследований основывались на моделировании структурных уравнений. В данном исследовании вместо этого был применен сетевой анализ для изучения связей между конкретными типами виктимизации в результате травли и симптомами депрессии, а также для изучения того, влияет ли устойчивость на эти связи.

В общей сложности 2765 китайских подростков заполнили Делаверскую шкалу виктимизации в результате травли для учащихся (китайская редакция), детский опросник депрессии (китайская редакция) и шкалу устойчивости для детей и подростков. На основе показателей устойчивости 2471 участник был дополнительно разделен на группу с низкой устойчивостью (группа LR; N=671, средний возраст=15,18, стандартное отклонение возраста=1,29, 27,15%) и группу с высокой устойчивостью (группа HR; N=688, средний возраст=15,20, стандартное отклонение возраста=1,26, 27,84%). Были построены отдельные сети симптомов, различия между группами оценивались путем сравнения структуры сети и общей силы.

1. Группа LR показала значительно более высокие показатели по виктимизации в результате травли и депрессивным симптомам. 2. Связующим симптомом в группе LR была травля в отношениях, тогда как в группе HR это была вербальная травля. 3. Группа LR продемонстрировала значительно более высокие значения общей силы и ожидаемого влияния для «негативного настроения» и «ангедонии», а также более сильную связь между «негативным настроением» и «межличностными проблемами».

Поперечное исследование не позволяет сделать причинно-следственные выводы. Кроме того, ретроспективные анкеты могут привести к ошибкам, связанным с искажением воспоминаний.

Результаты исследования показывают: у подростков с более низким уровнем устойчивости наблюдается более сильная взаимосвязь между пережитым буллингом и депрессивными симптомами. Интервенции, направленные на повышение устойчивости, могут помочь ослабить дезадаптивные симптоматические сети в уязвимых группах молодежи.

13. Shuxian Wu et al. P300-based support vector machine model for identifying adolescent with first-episode, drug-naïve major depressive disorder // Journal of Affective Disorders. Volume 400, 1 May 2026, 121186. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2026.121186>

Модель опорных векторов на основе P300 для выявления подростков с первым эпизодом большого депрессивного расстройства, не получавших лекарственного лечения.

Большое депрессивное расстройство (БДР) диагностируется в основном на основе клинических интервью, что подчеркивает необходимость объективных нейрофизиологических измерений. Хотя аномалии P300 хорошо задокументированы у взрослых с БДР, данные по подросткам остаются скудными. В этом исследовании изучались изменения P300 у подростков с первым эпизодом БДР, не получавших лекарственного лечения, и оценивался их диагностический потенциал.

В исследовании приняли участие 182 подростка с первым эпизодом БДР, не получавших лекарственного лечения, и 127 здоровых контрольных лиц. Электроэнцефалограмма была записана во время визуальной задачи oddball, а амплитуда и латентность P300 были извлечены в качестве признаков для классификации методом опорных векторов (SVM) между группами.

У подростков с БДР наблюдалось значительное снижение амплитуды P300 в ответ как на стандартные, так и на целевые стимулы по сравнению со здоровыми контрольными группами (все $p < 0,05$, коэффициент Коэна $d = 0,263-1,139$), при этом различий в латентности P300 между группами не наблюдалось (все $p > 0,05$). В группе БДР амплитуда P300 отрицательно коррелировала с показателями детского опросника депрессии ($p < 0,001$, $r = -0,232-0,347$). Классификатор SVM, основанный на признаках P300, достиг максимальной точности 90,63%.

Доля девочек была значительно выше в группе БДР, чем в группе здоровых контрольных групп. Эффективность модели SVM еще не была подтверждена с использованием независимого внешнего набора данных.

У подростков с БДР наблюдается снижение амплитуды P300, которое было значительно связано с большей выраженностью симптомов. Модель SVM продемонстрировала, что признаки P300 эффективно отличают пациентов от здоровых контрольных лиц, подчеркивая их потенциал в качестве объективных нейрофизиологических показателей для ранней диагностики и клинической оценки большого депрессивного расстройства у подростков.

14. Yongmin Shin, Jungkyu Park, Hyo Shin Kang, Hyeseon Jo, Bin-Na Kim. Exploring the relationship between depressive and aggressive-defiant symptoms across child maltreatment subtypes: A network analysis approach // Child Abuse & Neglect. Volume 173, March 2026, 107889. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2026.107889>

Изучение взаимосвязи между депрессивными и агрессивно-вызывающими симптомами в зависимости от подтипа жестокого обращения с детьми: подход на основе сетевого анализа.

Жестокое обращение с детьми (ЖО) часто приводит к одновременному возникновению депрессивных и агрессивно-вызывающих симптомов. Однако остается неясным, различаются ли взаимосвязи симптомов и предполагаемая направленность этих симптомов в зависимости от подтипа ЖО.

В этом исследовании изучалась сеть симптомов и потенциальная направленность депрессивных и агрессивно-вызывающих симптомов у детей, подвергшихся физическому насилию, эмоциональному насилию и пренебрежению в Южной Корее.

Из общенационального хранилища мы проанализировали данные поперечного сечения 3384 детей, официально признанных жертвами ЖО агентством по защите детей.

Для каждого подтипа ЖО с помощью гауссовых графических моделей были выявлены центральные и связующие симптомы, а анализ направленных ациклических графов (ДАГ) позволил определить направленность между депрессивными и агрессивно-вызывающими симптомами.

Симптомы, связанные с гневом, были наиболее распространены среди всех подтипов ЖО. Симптомы негативного самовосприятия были наиболее центральными симптомами в сетях физического и эмоционального насилия, тогда как депрессивное настроение и негативная межличностная обратная связь были ключевыми симптомами в сети пренебрежения. Раздражительность неизменно служила ключевым связующим симптомом, объединяющим два кластера симптомов. Негативная межличностная обратная связь также являлась значимым связующим звеном между симптомами эмоционального насилия и пренебрежения. Анализ DAG выявил предполагаемую направленность коморбидности, специфичную для каждого подтипа.

Подтип СМ отчетливо определял взаимосвязи и направленность депрессивных и агрессивно-вызывающих симптомов. Вмешательства, направленные на выявленные центральные и связующие симптомы, могут улучшить подходы к индивидуальному лечению.

15. Hui Fan, Xingyu Zhang, Youguo Tan. Association between the trajectory of peer bullying and incident depressive and anxiety symptoms in western Chinese adolescents // Journal of Affective Disorders. Volume 398, 1 April 2026, 121114. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.121114>

Взаимосвязь между динамикой травли со стороны сверстников и возникновением симптомов депрессии и тревоги у подростков западного Китая.

Травля со стороны сверстников связана с симптомами депрессии и тревоги. Мало что известно о взаимосвязи между динамикой травли со стороны сверстников и возникновением симптомов депрессии и тревоги у подростков западного Китая.

Цель настоящего исследования – оценить эту взаимосвязь.

В это когортное исследование были включены 45 036 подростков, участвовавших в трех этапах опроса и не проявлявших симптомов депрессии и тревоги в течение первых двух этапов. Травля со стороны сверстников, симптомы депрессии и симптомы тревоги оценивались с помощью многомерной шкалы виктимизации со стороны сверстников, 9-пунктного опросника здоровья пациента и 7-пунктного опросника генерализованного тревожного расстройства соответственно. Динамика травли со стороны сверстников и ее различные подтипы были определены с использованием групповых моделей траекторий. Для оценки взаимосвязи между траекториями и возникновением симптомов депрессии и тревоги в заключительной волне опроса использовались логистические модели с поправкой на ковариаты.

Средний возраст участников составил 13,7 года, 52,7% из них были мужчинами. Интервал между опросами составлял приблизительно 1 год. Показатели возникновения симптомов депрессии и тревоги в заключительной волне опроса составили 8,6 и 3,1% соответственно. Подростки с траекториями, указывающими на высокий уровень и его рост, высокий уровень и его снижение, а также устойчивое низкое издевательство со стороны сверстников, с большей вероятностью проявляли симптомы депрессии и тревоги, чем подростки с траекториями, не подвергавшимися такому воздействию [$P < 0,001$ для всех]. Аналогичные результаты наблюдались при отдельном анализе различных подтипов издевательств со стороны сверстников.

Результаты исследования подчеркивают важность сосредоточения внимания на траектории издевательств со стороны сверстников и своевременного вмешательства для предотвращения возникновения симптомов депрессии и тревоги у подростков западного Китая.

16. Tingting Xu et al. A systematic review and meta-analysis of anxiety and depression in children and adolescents with inflammatory bowel disease: Prevalence and association // Journal of Psychiatric Research. Date: May 2026. Pages: 78-89. Volume: Volume 196. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2026.02.008>

Систематический обзор и метаанализ тревожности и депрессии у детей и подростков с воспалительными заболеваниями кишечника: распространенность и взаимосвязь.

Тревожность и депрессия являются распространенными сопутствующими заболеваниями у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК). Однако их распространенность и влияние на детей и подростков с ВЗК остаются недостаточно изученными. Цель данного метаанализа: 1) оценить распространенность тревожности и депрессии в этой популяции; 2) изучить связь между этими психологическими проблемами и ВЗК.

Был проведен тщательный поиск в базах данных Embase, Web of Science и PubMed с момента их создания до 1 февраля 2025 г. Два автора независимо друг от друга извлекали данные и оценивали качество исследований. Объединенные оценки распространенности, отношения шансов (ОР) и отношения рисков (ОР) были рассчитаны с использованием модели случайных эффектов. Для изучения источников гетерогенности и оценки надежности результатов были проведены подгрупповой и чувствительный анализы.

В метаанализ были включены 48 исследований с участием 189 032 детей и подростков с ВЗК. Объединенные оценки распространенности были следующими: симптомы тревоги (12%; 95% доверительный интервал [ДИ]: 7–17%; k [количество исследований] = 14; n [количество участников] = 1574); тревожные расстройства (9%; 95% ДИ: 5–14%; k=6; n=168 378); симптомы депрессии (15%; 95% ДИ: 11–19%; k=35; n=4426); и депрессивное расстройство (8%; 95% ДИ: 5–11%; k=7; n=168 475). Объединенные коэффициенты риска (HR) показали значительно более высокий риск развития тревожных и депрессивных расстройств в этой популяции, с HR 1,95 и 1,65 соответственно.

Дети и подростки с ВЗК сталкиваются со значительным бременем тревоги и депрессии. Регулярное обследование психического здоровья имеет важное значение для раннего вмешательства и комплексного лечения этих сопутствующих заболеваний.

17. Zhuoting Lin et al. Development trajectories and predictive factors of adolescent dual-factor depressive symptoms: A latent transition analysis // Journal of Affective Disorders. Volume 400, 1 May 2026, 121210. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2026.121210>

Траектории развития и прогностические факторы двухфакторных депрессивных симптомов у подростков: анализ латентных переходов.

В этом исследовании изучались профили депрессивных симптомов на основе двух основных измерений: подавленного настроения и ангедонии у китайских подростков. Исследовались динамические переходы этих профилей в течение одного года, а также прогностическое влияние удовлетворенности академической успеваемостью (УАУ) и эмоциональной реактивности (ЭР) на эти переходы.

Было проведено лонгитюдное исследование среди 1581 китайского учащегося средней школы, состоящее из трех этапов с интервалом в 6 мес. Подавленное настроение и ангедония оценивались с помощью субшкалы «Депрессия» шкалы депрессии, тревоги и стресса и шкалы удовольствия Снейта–Гамильтона соответственно. Для выявления профилей симптомов и их динамики использовались анализ латентных профилей и анализ латентных переходов, а для анализа предикторов

переходов профилей – многомерная логистическая регрессия.

На всех этапах исследования были выявлены четыре профиля депрессивных симптомов: минимальные, легкие, умеренные и тяжелые. Минимальный профиль был очень стабильным (приблизительно 85% сохранения симптомов), в то время как мягкий профиль демонстрировал изменчивость, выступая в качестве ключевого состояния для улучшения или ухудшения. Более низкий уровень APS и более высокий уровень ER значительно предсказывали переходы к более тяжелым профилям или препятствовали выздоровлению. Возраст значительно влиял на переходы, в то время как влияние пола было в основном незначительным.

Это исследование основывалось исключительно на данных самоотчета, и некоторые потенциальные защитные факторы не были оценены.

Подростковые депрессивные симптомы представляют собой гетерогенные профили с различной динамикой. APS и ER являются ключевыми модифицируемыми факторами, влияющими на переходы между профилями, что подчеркивает важность различения основных депрессивных измерений для оценки и индивидуального вмешательства.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Lu B., Lin L., Su X. Global burden of depression or depressive symptoms in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2024 Jun 1;354:553-562. – doi: 10.1016/j.jad.2024.03.074. Epub 2024 Mar 14. PMID: 38490591.
2. GBD 2021 Diseases and Injuries Collaborators. Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990-2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet. 2024 May 18;403(10440):2133-2161. – doi: 10.1016/S0140-6736(24)00757-8. Epub 2024 Apr 17. PMID: 38642570; PMCID: PMC11122111.
3. Shorey S., Ng E.D., Wong C.H.J. Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. Br J Clin Psychol. 2022 Jun;61(2):287-305. – doi: 10.1111/bjc.12333. Epub 2021 Sep 26. PMID: 34569066.
4. GBD 2019 Viewpoint Collaborators. Five insights from the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2020 Oct 17;396(10258):1135-1159. – doi: 10.1016/S0140-6736(20)31404-5. PMID: 33069324; PMCID: PMC7116361.
5. Поленникова Я.О. Подростковая депрессия: сборник трудов конференции / Я.О. Поленникова, Л.А. Бутова, Е.А. Косыгина // Педагогика, психология, общество: от теории к практике: материалы II Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участ. (Чебоксары, 19 июня 2025 г.) / редкол. Ж.В. Мурзина [и др.]. – 2025. – Чебоксары: ИД «Среда», 2025. – С. 556–558.
6. Du N., Wang Y., Geng D., Chen H., Chen F., Kuang L., Guo J. Effects of electroconvulsive therapy on inflammatory markers and depressive symptoms in adolescents with major depressive disorder. Front Psychiatry. 2024 Oct 25;15:1447839. – doi: 10.3389/fpsyt.2024.1447839. PMID: 39524126; PMCID: PMC11544560.

7. Ledesma-Corvi S., Jornet-Plaza J., Gálvez-Melero L., García-Fuster M.J. Novel rapid treatment options for adolescent depression. *Pharmacol Res.* 2024 Mar;201:107085. – doi: 10.1016/j.phrs.2024.107085. Epub 2024 Feb 2. PMID: 38309382.
8. Bai N., Yin M. Enhancing sleep and mood in depressed adolescents: A randomized trial on nurse-led digital cognitive behavioral therapy for insomnia. *Sleep Med.* 2024 Dec;124:627-636. – doi: 10.1016/j.sleep.2024.10.030. Epub 2024 Oct 28. PMID: 39509914.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Бонкало Татьяна Ивановна, доктор психологических наук, доцент, ведущий аналитик отдела анализа общественного здоровья ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9, Российская Федерация, ORCID: 0000-0003-0887-4995.

Научное электронное издание

Бонкало Татьяна Ивановна

ДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ, ДИАГНОСТИКА И ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ

ДАЙДЖЕСТ

*Корректор: Л.И. Базылевич
Дизайнер-верстальщик: А.Д. Родина*

Объем данных 1,63 МБ
Дата подписания к использованию: 29.06.2026.

<https://niiroz.ru/moskovskaya-medsina/izdaniya-nii/daydzhest-medsinskiy-turizm-i-eksport-medsinskikh-uslug/>

ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»,
115088, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9, пом. 5Ц
Тел.: +7 (495) 530-12-89
Электронная почта: niiozmm@zdrav.mos.ru

