

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

ПСИХООСВІТНЯ ПРОГРАМА У СИСТЕМІ НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЇ ПІДЛІТКІВ З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

Ie. Mykhailova, T. Matkovska, D. Mitelov, O. Belyaeva

PSYCHOEDUCATIONAL PROGRAM IN THE SYSTEM OF NEUROREHABILITATION OF ADOLESCENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS

Ключові слова: депресія, підлітки, психосоціальне втручання

Key words: depression, adolescents, psychosocial intervention

В роботі наведено клінічну феноменологію депресивного розладу у підлітків, психологічні складники, особливості сімейної адаптації та сімейної соціограми. Симптомокомплекс батьківсько-дитячих взаємин у вигляді потурання з гіперопікою, із недостатністю батьківських вимог та заборон, мінімальністю санкцій, брак згуртованості, дисгармонійні типи сімейної адаптації (передусім хаотичні) зумовлюють психологічну ерозію сімейних меж в родинях підлітків із депресивними розладами. Певні особистісні характеристики батьків, як-от фобія втрати дитини, проєкція на дитину власних небажаних рис, виховна невпевненість роблять значний внесок у формування та усталення депресивних станів у підлітків й стають мішенями психокорекції.

The work presents the clinical phenomenology of depressive disorder in adolescents, the psychological component, the peculiarities of family adaptation and the family sociogram. The symptom complex of parent-child relationships in the form of indulgence with hyperopia, with insufficient parental demands and prohibitions, minimal sanctions, lack of cohesion, disharmonious types of family adaptation (primarily chaotic) cause psychological erosion of family boundaries in families of teenagers with depressive disorders. Certain personal characteristics of parents, such as the phobia of losing a child, the projection of one's own undesirable traits onto the child, educational insecurity make a significant contribution to the formation and establishment of depressive states in adolescents and become targets for psychocorrection.

Пильна увага до проблеми депресивних розладів як причини інвалідності в світі зумовлена їх негативним впливом на стан здоров'я людини та подальше життя, що пов'язано з перешкодами на шляху отримання ефективної допомоги — несвоєчасною діагностикою депресії і застосуванням неадекватної терапії [1—4]. Депресивні розлади у підлітковому віці є однією із надзвичайно складних медичних проблем, з огляду на тяжкі соціальні наслідки, як-от самогубство, насильство, наркоманія та інші поведінкові порушення [5; 6].

Стійкими до терапії залишаються 30 % всіх депресій, неефективність і рецидиви депресії у 80 % випадків пов'язані з помилками терапії, недотриманням рекомендацій, психічною коморбідністю та іншими факторами.

На сьогодні, незважаючи на велику кількість досліджень, проблема депресивних розладів у дітей і підлітків залишається і актуалізується в зв'язку зі збільшенням кількості дітей з особистісними і поведінковими відхиленнями, неуспішністю в навчанні, агресією, суїцидальною поведінкою. Лише 10 % дітей, хворих на депресію, звертаються по медичну допомогу (частіше до невролога або педіатра), і тільки в 20 % випадків депресії діагностують своєчасно.

Офіційні статистичні дані, повідомлені МОЗ України, лише частково відображають реальну ситуацію з поширеністю депресивних розладів серед дітей і підлітків. Згідно з дослідженнями ВООЗ, не більше як 20 % українських громадян звертаються по медичну допомогу з приводу депресії своїх дітей [7—10].

Клініко-ретроспективні дослідження стану психічного здоров'я дітей шкільного віку, проведені співробітниками ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України» в період 2010—2020 рр., показали, що більшість дітей з невротичними розладами, включно з депресивними і поведінковими розладами, ігноруються батьками, однолітками і педагогами. Депресивні розлади посилюють шкільні проблеми, які проявляються в зниженні інтелектуальної активності, зниженні інтересу до навчання, труднощах у спілкуванні, порушенні зв'язків з однолітками, поглибленні почуття неповноцінності, концентрації на власних хворобливих переживаннях, зниженні можливості реалізації своїх здібностей. Захисні реакції уникнення, заперечення, гіперкомпенсації, сором'язливість, сенситивність, рефлексія, образливість негативно впливають на особистість дитини, роблячи її ще більш тендітною, вразливою і конфліктною.

Багато ознак інтерналізації дитячої депресії є прихованими, «маскованими», що утруднює діагностування лікарями і висуває на перший план нагальну потребу найактивнішого впровадження нових діагностичних і реабілітаційних програм для дітей з емоційними проблемами. Необхідність діагностики та кваліфікації депресії у дітей диктується її обтяженістю з віком, високим ризиком рецидиву у них на наступних етапах онтогенезу, схильністю до адиктивної поведінки. У дітей з депресією когнітивні розлади і поведінкові порушення превалюють, тоді як власне тимічний компонент захворювання — рудиментарний. Стерта афективна симптоматика депресії у дітей може бути прихована під «маскою» препубертатних і пубертат-

них проявів, соматичних і поведінкових розладів, створюючи додаткові діагностичні труднощі.

Для забезпечення діагностики, лікування та профілактики депресивних розладів, зокрема і рекурентної депресії, наказом МОЗ України № 1003 від 25.12.2014 затверджено Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Протокол дає змогу встановити єдині вимоги щодо профілактики, діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів з цим видом патології відповідно до клінічних посібників, розроблених з урахуванням особливостей організації медичної допомоги та економічної ситуації в країні; забезпечити якість, ефективність і рівні можливості доступу до медичної допомоги пацієнтам з депресивними розладами. Але, на жаль, всі рекомендації розраховані на хворих дорослого контингенту і не можуть бути застосовані в дитячій і підлітковій психіатричній практиці, з огляду на істотні вікові відмінності в діагностиці, терапії та профілактиці депресії.

Відомо, що різні психопатологічні симптоми вважають еквівалентами депресії. Серед них — специфічні розлади когнітивної дисфункції, порушення поведінки, що значно розширюють поняття афективної патології в дитячому віці і диференціацію депресивного розладу поведінки у дітей в період статевого дозрівання. Складне переплетіння афективної симптоматики, проявів пубертатного кризу, соматоневрологічної обтяженості, зокрема і ендокринні розлади (гіпоталамічний синдром, анорексія, ожиріння) з маніфестацією в період статевого дозрівання, значно ускладнюють діагностику депресивних розладів. Тому обґрунтування підходів до діагностики та профілактики депресивного розладу поведінки у підлітків є нагальною потребою сьогодення.

Стандартизовані діагностичні процедури, визнані в світі, не задовольняють фахівців в галузі дитячої психіатрії щодо поширеної діагностики депресивних розладів у дітей, особливо поведінкових розладів. У DSM-5 у дітей і підлітків виділені три групи депресій: велика депресія, дистимічний розлад, розлад регуляції настрою з руйнівною поведінкою. У DSM-5 введено новий специфікатор, який вказує на дефіцит просоціальних емоцій. Специфікатор DSM-5 «з обмеженими просоціальними емоціями» є результатом спроб пошуку маркерів депресивних розладів у дітей і підлітків.

Розлади поведінки з початком в дитячому віці залишаються проблемою протягом усього подальшого життя людини. Розлади поведінки підвищують ризик правопорушень, формують залежність від алкоголю і наркотиків, часто поєднуються з академічною неуспішністю, асоціюються з вищим рівнем безробіття і травматизму. До 28 років ці пацієнти «коштують» суспільству в десять і більше разів дорожче, ніж їх здорові однолітки.

Відомо, що мультисистемна терапія дає змогу знизити ризик повторних правопорушень і важких психічних захворювань на 50 %, а вартість лікування

становить до 30 тис. євро на одного пацієнта, що є надмірним навіть для економічно розвинених країн.

У більшості європейських країн немає економічної можливості надавати таку терапію. Пошук і розробка психопрофілактичних стратегій і технологій в контексті охорони психічного здоров'я юного покоління, включно з медико-психологічним супроводом дітей і підлітків з депресивним розладом поведінки, є найактуальнішим завданням соціальної дитячої психіатрії [11—14].

Мета дослідження — визначити тактику психосоціального втручання для підлітків із депресивними розладами.

Обстежено 102 пацієнти із депресивними розладами поведінки, з яких 48 підлітків 12—14 років (22 хлопця і 26 дівчат), 54 підлітки 15—18 років (26 хлопців і 28 дівчат). Застосовували клініко-психопатологічний; патопсихологічні (тест визначення депресії CDRS-R, структуроване психологічне інтерв'ювання, патохарактерологічний діагностичний опитувальник для підлітків — тест ПДО А. Е. Личко, тест Люшера, тест на запам'ятовування 10 слів, таблиці Платонова — Шульте, Колумбійська суїцидальна шкала), тест Спілбергера для оцінки особистісної та реактивної тривоги; тест рівня невротичного стану за Б. Д. Менделевичем, опитувальник «Аналіз сімейного виховання і причин його порушення» (ACB), проєктивні рисункові тести, Шкалу загального клінічного враження (CGI), Шкалу оцінки тяжкості суїциду Колумбійського університету (C-SSRS), AUDIT-тести для визначення залежної поведінки. Статистичне оброблення результатів дослідження проведено з використанням табличних процесорів Excel, SPSS Statistics 17.0.

Прояви депресивного розладу поведінки у молодших підлітків включали: проблеми в навчанні і міжособистісних відносинах в школі; загальмованість, «залипання», довге нерухоме сидіння в одній позі; тривожність; погіршення концентрації уваги; млявість, пасивність, нудьгу; роздратування як відповідну реакцію на прохання батьків; таємний плач, капризи, відстороненість.

Ознаки та симптоми депресії у підлітків 14—18 років включали: печаль або безвихідь; дратівливість, гнів або ворожість; сльозливість, частий плач; уникнення друзів і сім'ї; втрату інтересу до раніше улюбленої діяльності; зміни в харчовій поведінці і режимі сну. Серед інших симптомів у цій категорії підлітків — занепокоєння і збудженість; почуття марності і провини; відсутність ентузіазму і мотивації; втома і брак енергії; труднощі з концентрацією уваги; думки про смерть або самогубство. Тривога, властива молодшим підліткам, перетворюється в хронічну тривожно-тужливу депресію з частими нападами і депресивний розлад поведінки, що не залежать від умов навколишнього світу.

Рівень тяжкості депресивного розладу за шкалою загального (спільного) клінічного враження (CGI) показує, що у підлітків 12—14 років превалюють показники рівня «помітні», а у підлітків 15—18 років —

«важкі», що свідчить про пізню діагностику захворювання і його резистентність до терапії.

Встановлено способи, за допомогою яких підлітки «відіграються» в спробі впоратися з емоційним болем: проблеми в школі, збігання з дому, зловживання наркотиками і алкоголем, низька самооцінка (депресія провокує або підсилює почуття каліцтва, сорому, невдачі, нікчемності), залежність від Інтернету, що формується (втекти від своїх проблем), безрозсудна поведінка, насильство.

У більшості підлітків з депресивними розладами поведінки (88,2 %) зареєстровані міжособистісні конфлікти з батьками. Як предиктори депресії найчастіше виступають конфлікт нестійкості батьківського ставлення, конфлікт надтурботи, конфлікт неповаги прав на самостійність.

У процесі дослідження виділено фактори ризику розвитку депресивного розладу поведінки у підлітків: депресивний розлад у молодшому шкільному віці (40,2 %), супутні коморбідні розлади психіки (66,7 %), когнітивні порушення (89,2 %), спадкова обтяженість щодо депресії (31,4 %), низький соціально-економічний статус дитини (67,6 %), хронічні стреси (76,5 %). Рівень соціального когнітивного функціонування порушений у 100,0 % підлітків з депресивним розладом поведінки. Феноменологія поведінкових патернів депресії у підлітків представлена агресією (100,0 %) патохарактерологічними реакціями (100,0 %), комунікативними девіаціями (100,0 %), аутоагресією (34,3 %), аморальною (34,3 %), неестетичною (15,7 %) поведінкою. Модель поведінки у дівчаток-підлітків з депресією найчастіше проявлялася у вигляді самоушкоджень (порізи, опіки).

У підлітків з депресією зареєстровані варіанти адиктивної поведінки, пов'язані з вживанням їжі (33,9 %); з вживанням тютюну (69,2 %); з вживанням алкоголю (27,5 %); з захопленістю переглядом телепередач (47,0 %); з захопленістю Інтернетом (78,4 %); з захопленістю азартними іграми (15,7 %); з захопленістю комп'ютерними іграми (66,7 %); з вживанням канабіноїдів (препаратів коноплі — гашишу, марихуани, драпу, анаші) (10,8 %).

У контексті гендерних відмінностей слід відзначити превалювання у дівчаток-підлітків 12—14 років агресії, аутодеструктивної поведінки, порушень харчової поведінки (анорексія). У хлопчиків 12—14 років з депресією відзначені ігрова та Інтернет-залежності; у підлітків 15—18 років — гемблінг, залежна поведінка від наркотиків і куріння. У підлітків з депресивним розладом поведінки діагностовано стійкі і ситуативні компоненти тривожних станів, що впливають на процеси адаптації. Встановлено, що підлітки з депресивним розладом поведінки вказують на низьку сімейну згуртованість, вкрай емоційно відокремлені відносини з батьками (53,1 % — підлітки і 17,7 % — батьки).

Депресивний розлад поведінки характеризується вищою питомою вагою симптомів депресії та порушення соціального функціонування з дорослішанням підлітка. Більшість підлітків із депресивними розладами демонструють поступове наростання психопато-

логії афективного реєстру та тяжкості поведінкових девіацій згодом. Тяжкість депресивної симптоматики поступово збільшується, насамперед за рахунок підлітків з деструктивною поведінкою. Серед підлітків із депресивними розладами спостерігався нижчий рівень соціальної адаптації, що призводило до того, що багато хто з них нерегулярно відвідували навчальні заклади, не отримували потрібну медичну, психологічну та соціальну допомогу. Депресивні симптоми у підлітків асоційовані з інтерналізацією і екстерналізацією клінічних проявів. У підлітків 12—14 років спостерігався перебіг депресії зі збільшенням питомої ваги соматичних та когнітивних симптомів із тенденцією до інтерналізації проявів розладу. Для осіб чоловічої статі більш властивою була тенденція до екстерналізації клінічного варіанту депресії з вираженими афективними порушеннями, дратівливістю та імпульсивністю. Визначено клінічні варіанти депресивного розладу поведінки у підлітків залежно від статі: тривожно-фобічний (17,0 % — у дівчат і 19,5 % — у хлопців), апатичний (31,2 % і 20,9 %, відповідно, $p < 0,01$), дисфоричний (35,8 % і 29,0 %, відповідно, $p < 0,05$) варіанти. У дівчат-підлітків достовірно частіше зареєстрований дисморфофобічний варіант депресії (30,0 % і 17,0 %, відповідно, $p < 0,01$). Визначено психологічні патерни депресивного розладу поведінки у підлітків. У підлітків з депресивним розладом поведінки діагностовано рівень хвороби за всіма шкалами невротичного стану (невротичної депресії, тривоги, обсесивно-фобічних порушень, вегетативних порушень). Показники ситуативної тривожності (у 62,5 % хлопців та у 75,0 % дівчат-підлітків), та особистісної тривожності (у 93,2 % хлопців та у 47,1 % дівчат — підлітків) досить високі. Також втрата самоповаги, схильність до соматизації конфлікту, фрустрація потреби в емоційній близькості, неспокій. Під час опитування батьків підлітків із депресивними розладами поведінки встановлено особливості дисгармонічних відхилень стилю виховання — гіперпротекція за типом потурання. Симптомокомплекс такої гіперпротекції включав схильність до гіперпротекції, потурання потребам підлітка, недостатність вимог-обов'язків та вимог-заборон, мінімальність батьківських санкцій у разі невиконання вимог. Для батьків дівчат із депресивними розладами поведінки була властива фобія втрати дитини — це уявлення про надмірну тендітність та хворобливість дитини. Для батьків хлопців із депресією була більш властива проєкція на дитину власних небажаних рис. За параметром експресивності в родинних стосунках, за оцінками підлітків із депресивними розладами поведінки, низькі показники (46,5 %) діагностувалися втричі частіше, ніж за оцінками батьків (12,1 %; $P_{\phi} < 0,01$), що вказує на неможливість підліткам відкрито діяти і виражати свої почуття, без обережень щодо погіршення відносин або психологічного руйнування. Батьки хлопців із депресією часто відзначали високу безконфліктність (61,1 %). Оцінки сімейної згуртованості підлітків із депресивними розладами поведінки та їх батьків суттєво різнилися.

Підлітки здебільшого вбачали в своїй родині переважно роз'єднані, тобто екстремально емоційно відокремлені стосунки — 53,1 % проти 17,7 % у батьків, $P_f < 0,001$. Батьки хворих визначали стосунки родини переважно як пов'язані, тобто збалансовані, емоційно належні стосунки — 44,1 % проти 21,9 % у підлітків ($P_f < 0,05$), або навіть зчеплені, надмірно емоційно залучені стосунки (26,5 % проти 6,3 % у підлітків, $P_f < 0,01$). Показники сімейної адаптації в родинях хлопців із депресивним розладом поведінки були представлені досить узгодженими оцінками підлітків та їх батьків; переважали гнучкі типи. У родинях дівчат із депресією виявлені певні розбіжності в оцінках показників щодо сімейної адаптації між підлітками та батьками.

У дослідженні негармонійних аспектів батьківського впливу в родинях підлітків із депресією встановлено, що в опитаних батьків хворих підлітків гіперпротекція у ставленні до дитини реєструвалася у 42,9 %; недостатність вимог-обов'язків — у 48,6 %; недостатність вимог-заборон — у 34,3 %, мінімальність санкцій — у 40,0 %. У структурі особливих властивостей батьків, що сприяють формуванню хибних виховних стратегій, перше місце посідали фобія втрати дитини та проєкція на дитину власних небажаних рис (по 31,4 %).

Виходячи з клінічної феноменології депресивного розладу у підлітків, психологічного складника, особливостей сімейної адаптації та типології сімейної соціограми, ми розробили психоосвітній метод втручання як основу соціально-психологічної реабілітації. Терапевтична тактика при депресії у дітей пубертатного періоду передбачає корекцію депресивної симптоматики, первинну і вторинну профілактику прогресування депресії, відновлення соціально-психологічного функціонування. Основними складниками клінічної феноменології депресії у підлітків виявилися емоційні, поведінкові, когнітивні та соматовегетативні порушення. Часта відмова від тривалої психофармакотерапії підлітків з депресією призводила до деструктивних поведінкових еквівалентів депресії. Багаторівнева модель реабілітації, психопрофілактики депресивного розладу поведінки у підлітків включає стратегію первинного рівня втручання, спрямовану на сім'ю і найближче оточення підлітка (сімейна психотерапія, психоосвітня програма для батьків) і три рівні стратегії, орієнтованої на хворого підлітка (визначення зони дії психотравматичного фактору в сферах мотивації, психологічних установок і поведінкового реагування). Заходи першого рівня дають змогу вирішити стресову ситуацію в сім'ї (практична підтримка батьків, психоосвітній тренінг). Заходи другого рівня передбачають корекцію депресивної і коморбідної поведінкової симптоматики (арттерапія, когнітивно-поведінкова терапія, метод десенсибілізації). Заходи третього рівня передбачають освіту пацієнтів у контексті — якість життя, копінг-поведінка, локус контролю, мотивація та модифікація неадекватних форм поведінки (моделювання нових когніцій); досягнення в галузі освіти, залучення в освіту порівняно з минулим, пропущення

через призму свідомості змін в групі однолітків (спілкування, терпимість, комплаєнс, співпраця, дружба); зміни в сімейних відносинах (спілкування, терпимість, комплаєнс, співпраця, глибокі і теплі взаємини).

Стратегія психосоціальних втручань передбачає залучення батьків до психопрофілактичних програм — набуття теоретичних знань і навичок ефективного управління поведінкою в стресових для дитини ситуаціях; зміна патерну внутрішньосімейних відносин батьки — дитина, батько — мати; участь у спеціальних програмах, що дають змогу батькам та іншим членам сім'ї, залученим до виховання дитини, діяти в рамках єдиної рольової моделі, надання емоційної підтримки (формування атмосфери, що дає змогу поважати потреби та інтереси дітей та їхніх батьків); підвищення компетенції батьків у сфері охорони психічного здоров'я дітей; проведення активної компанії очищення інформаційного простору від небезпечного для дитячої психіки інформаційного середовища, що містить пропаганду жорстокості, насильства, вживання алкогольних напоїв; використання соціальної реклами; навчання батьків навичкам у сім'ях із високим ризиком жорстокої поведінки, психологічної нестійкості та соціальної дезадаптації. Уточнення мікросоціальних діагностичних критеріїв окремих депресивних розладів у підлітків, поліпшення розуміння психосоціальних корелятивів депресивних розладів, розширення знань щодо феноменології мікросоціальних порушень в родинях підлітків із депресивними розладами сприятимуть визначенню мішеней психотерапевтичного втручання та соціальної реабілітації підлітків.

Технологія є ефективною формою комплексної лікувальної, соціальної та психоосвітньої роботи з підлітками з депресією та їхніх батьків без використання психофармакотерапії, та забезпечує профілактику як рекурентної депресії, так і деструктивної поведінки.

Список літератури

1. How is depression experienced around the world? A systematic review of qualitative literature / E. E. Haroz, M. Ritchey, Bass J. K [et al.] // *Social Science & Medicine* 2017. Vol. 183. P. 151—162. DOI: 10.1016/j.socscimed.2016.12.030.
2. Depression and suicidality as evolved credible signals of need in social conflicts / [Michael R. Gaffney, Kai H. Adams, Kristen Syme, Edward H. Hagen] // *Evolution and Human Behavior*. 2022. Vol. 43, I. 3, P. 242—256. DOI: 10.1016/j.evolhumbehav.2022.02.004.
3. König H. The excess costs of depression: a systematic review and meta-analysis / H. König, H.-H. König, A. Konnopka // *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2020. Vol. 29. e30. DOI: 10.1017/S2045796019000180
4. Clinical and non-clinical depression and anxiety in young people: A scoping review on heart rate variability / Paniccia M., Paniccia D., Thomas S. [et al.] // *Autonomic Neuroscience*. 2017. Vol. 208. P. 1—14. DOI: 10.1016/j.autneu.2017.08.008.
5. Internalizing and externalizing problems in childhood and adolescence as predictors of work incapacity in young adulthood / [Narusyte J., Ropponen A., Alexanderson K., Svedberg P.] // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2017. Vol. 52(9). P. 1159—1168 DOI: 10.1007/s00127-017-1409-6.

6. Del Vecchio P. The Good News About Preventing Adolescent Depression // *Prevention Science*. 2018. Vol. 19 (Suppl 1): P. 112—114. DOI: 10.1007/s11121-017-0860-7.

7. Merikangas K. R. Time Trends in the Global Prevalence of Mental Disorders in Children and Adolescents: Gap in Data on U. S. Youth // *J Am Acad Child and Adolescent Psychiatry*. 2018. Vol. 57, Issue 5. P. 306—307. DOI: 10.1016/j.jaac.2018.03.002.

8. A network perspective on comorbid depression in adolescents with obsessive-compulsive disorder / Jones P. J., Mair P., Riemann B. C. [et al.] // *Journal of Anxiety Disorders*. 2018. Vol. 53. P. 1—8. DOI: 10.1016/j.janxdis.2017.09.008.

9. Pendleton Linda F. Factors Influencing Primary Health Care Providers' Diagnosis and Treatment of Behavioral Health Conditions // *Journal of Adolescent Health*. 2018. Vol. 62, Iss. 2. P. 54.

10. The Relation Between Attachment and Depression in Children and Adolescents: A Multilevel Meta-Analysis / Anouk Spruit, Linda Goos, Nikki Weenink [et al.] // *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2020. Vol. 23. P. 54—69. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10567-019-00299-9>.

11. Affective Processing Biases in Relation to Past, Current, and Future Depression in Children and Adolescents / Salem T., Fristad M. A., Arnold L. E. [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. 2020. Vol. 273. P. 146—156. DOI: 10.1016/j.jad.2020.03.150.

12. Comparative efficacy and acceptability of antidepressants, psychotherapies, and their combination for acute treatment of children and adolescents with depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis / Zhou, X., Teng, T., Zhang, Y. [et al.] // *The Lancet Psychiatry*. 2020. No. 7(7). P. 581—601. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30137-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30137-1).

13. Strawn J. R. Identifying the best treatment for young people with depression. / J. R. Strawn, & J. T. Walkup // *Lancet Psychiatry*. 2020. No. 7(7). P. 562—563. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30236-4.

14. Ang, Y. S. Predictors of Treatment Outcome in Adolescent Depression / Y. S. Ang, D. A. Pizzagalli // *Curr Treat Options Psych*. 2021. No. 8. P. 18—28. DOI:10.1007/s40501-020-00237-5.

References

1. Haroz EE, Ritchey M, Bass JK, Kohrt BA, Augustinavicius J, Michalopoulos L, Burkey MD, Bolton P. How is depression experienced around the world? A systematic review of qualitative literature. *Soc Sci Med*. 2017 Jun;183:151-162. doi: 10.1016/j.socscimed.2016.12.030.

2. Gaffney Michael R., Adams Kai H., Syme Kristen, Hagen Edward H. Depression and suicidality as evolved credible signals of need in social conflicts. *Evolution and Human Behavior*. 2022. Vol. 43, I. 3, P. 242—256. doi: 10.1016/j.evolhumbehav.2022.02.004.

3. König H, König HH, Konnopka A. The excess costs of depression: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019 Apr 5;29:e30. doi: 10.1017/S2045796019000180.

4. Panizza M, Panizza D, Thomas S, Taha T, Reed N. Clinical and non-clinical depression and anxiety in young people: A scoping review on heart rate variability. *Auton Neurosci*. 2017 Dec;208:1-14. doi: 10.1016/j.autneu.2017.08.008.

5. Narusyte J, Ropponen A, Alexanderson K, Svedberg P. Internalizing and externalizing problems in childhood and adolescence as predictors of work incapacity in young adulthood. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017 Sep;52(9):1159-1168. doi: 10.1007/s00127-017-1409-6.

6. Del Vecchio P. The Good News About Preventing Adolescent Depression. *Prev Sci*. 2018 Feb;19(Suppl 1):112-114. doi: 10.1007/s11121-017-0860-7.

7. Merikangas KR. Time Trends in the Global Prevalence of Mental Disorders in Children and Adolescents: Gap in Data on U.S. Youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018 May;57(5):306-307. doi: 10.1016/j.jaac.2018.03.002.

8. Jones PJ, Mair P, Riemann BC, Mugno BL, McNally RJ. A network perspective on comorbid depression in adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord*. 2018 Jan;53:1-8. doi: 10.1016/j.janxdis.2017.09.008.

9. Pendleton Linda F. Factors Influencing Primary Health Care Providers' Diagnosis and Treatment of Behavioral Health Conditions. *Journal of Adolescent Health*. 2018. Vol. 62, Iss. 2. P. 54.

10. Spruit, A., Goos, L., Weenink, N. et al. The Relation Between Attachment and Depression in Children and Adolescents: A Multilevel Meta-Analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 23, 54–69 (2020). <https://doi.org/10.1007/s10567-019-00299-9>.

11. Salem T, Fristad MA, Arnold LE, Taylor HG, Frazier TW, Horwitz SM, Findling RL, Group TL. Affective Processing Biases in Relation to Past, Current, and Future Depression in Children and Adolescents. *J Affect Disord*. 2020 Aug 1;273:146-156. doi: 10.1016/j.jad.2020.03.150.

12. Xinyu Zhou, Teng Teng, Yuqing Zhang, Cinzia Del Giovane, Toshi A Furukawa, John R Weisz, et al. Comparative efficacy and acceptability of antidepressants, psychotherapies, and their combination for acute treatment of children and adolescents with depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry* 2020. No. 7(7). P. 581–601. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30137-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30137-1).

13. Strawn JR, Walkup JT. Identifying the best treatment for young people with depression. *Lancet Psychiatry*. 2020 Jul;7(7):562-563. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30236-4.

14. Ang, Y.S., Pizzagalli, D. A. Predictors of Treatment Outcome in Adolescent Depression. *Curr Treat Options Psych*. 2021. No. 8. P. 18–28. DOI:10.1007/s40501-020-00237-5.

Надійшла до редакції 14.09.2022

Відомості про авторів:

МИХАЙЛОВА Емілія Аурелівна, доктор медичних наук, професор, завідувачка відділення психіатрії*; e-mail: emiliam2013@ukr.net

МАТКОВСЬКА Тетяна Миколаївна, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділення психіатрії*; e-mail: 2396366@gmail.com

МІТЕЛЬОВ Дмитро Анатолійович, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділення психіатрії*; e-mail: docdim2000@ukr.net

БЕЛЯЄВА Олена Ериківна, кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник відділення психології розвитку*; e-mail: belyaeva@ukr.net

* — Державної установи «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна

Information about authors:

MYKHAILOVA Iemilii, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry**; e-mail: emiliam2013@ukr.net

MATKOVSKA Tetiana, MD, PhD, Senior Researcher of the Department of Psychiatry**; e-mail: 2396366@gmail.com

MITELOV Dmytro, MD, PhD, Senior Researcher of the Department of Psychiatry**; e-mail: docdim2000@ukr.net

BELYAEVA Olena, PhD in Psychological Sciences, Senior Researcher of the Department of Developmental Psychology**; e-mail: belyaeva@ukr.net

** — State Institution "Institute for Children and Adolescents Health Care at the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine