

## Аффективная симптоматика субклинического уровня у подростков

Дашиева Б.А., Карауш И.С., Куприянова И.Е.

НИИ психического здоровья, Томский Национальный исследовательский медицинский центр

**Резюме.** В статье обсуждаются вопросы выявления и клинической значимости аффективной симптоматики доклинического уровня в подростковом возрасте. Аффективные симптомы доклинического уровня маскируются личностными или поведенческими особенностями, пубертатными проявлениями. Часто такие подростки остаются вне поля зрения специалистов при высокой потребности в адекватной медико-психологической помощи. Цель настоящего исследования — выявление аффективной симптоматики субклинического уровня у разных групп подростков (подпороговой депрессии) и изучение ее клинических особенностей. Обследовано 659 подростков 12-17 лет. Использовались клинический, психологический (шкала депрессии М. Ковак), статистический методы.

Выделена группа подростков с риском развития депрессии (35,7%): с уровнем риска развития депрессивных симптомов «выше среднего» 26,6%, с высоким уровнем — 7,9% и с высокими показателями по отдельным шкалам (1,2%). Подростки общеобразовательных школ в сравнении с учащимися коррекционных школ имели значимо более высокие показатели по суммарному баллу и шкалам «Негативное настроение» и «Ангедония» в группе с высоким уровнем риска депрессии. Показатели шкалы «Межличностные проблемы» оказались высокими во всех группах учащихся. Подростки из городских школ имеют наибольший риск развития депрессии в сравнении, как с сельскими подростками, так и с учащимися коррекционных школ.

У 10,3% учеников определялись отдельные признаки аффективных нарушений, существенно отражающиеся на качестве функционирования, которые расценены нами как лица с подпороговой депрессией, из них 15,8% — городских, 10,8% — сельских и 6,3% — подростки с ОВЗ. Эта группа нуждается в динамическом наблюдении и проведении превентивных мероприятий с обязательным вовлечением социального окружения — родителей и педагогов.

**Ключевые слова:** подпороговая депрессия, подростки с ОВЗ, сельские и городские подростки, шкала депрессии М. Ковак

### Affective symptoms subclinical level in adolescents

Dashieva B.A., Karaush I.S., Kupriyanova I.E.

Mental Health Research Institute Tomsk National Research Medical Center

**Summary.** In the article the issues of detection and clinical significance of affective symptoms of preclinical level in adolescence are discussed. Affective symptoms of the preclinical level are frequently masked by personality or behavioral characteristics, puberty manifestations. Quite often such adolescents remain out of sight of specialists with a high need for adequate medical and psychological assistance. The purpose of this study was to identify the subclinical level affective symptoms in different groups of adolescents (subthreshold depression) and to study its clinical features. There were examined 659 adolescents 7-17 years old. We used clinical, psychological (depression scale M. Kovak) and statistical methods. A group of adolescents with a risk of developing depression was identified (35.7%): with a «above average» level of depression's risk (26.6%), with a high level (7.9%) and high scores on particular scales (1.2%).

Adolescents in secondary schools, compared to the pupils in correctional schools, had significantly higher indicators on the total score and «Negative mood» and «Angelonia» scales in the group with a high risk of depression. The indicators of the «Interpersonal problems» scale were high in all groups of students. Adolescents from urban schools are at the greatest risk of developing depression compared to both rural adolescents and correctional school pupils.

In 10.3% of the pupils, the individual signs of affective disorders were identified that significantly affected the quality of functioning, which we regarded as persons with subthreshold depression, including 15.8% urban, 10.8% rural, and 6.3% teenagers with disabilities. This group needs a dynamic observation and carrying out preventive measures with the obligatory involvement of the social environment — parents and teachers.

**Key words:** subthreshold depression, adolescents with disabilities, rural and urban teenagers, depression scale M. Kovak

В последние годы наблюдается значительный интерес к определению аффективной симптоматики субклинического уровня в подростковом возрасте, описываемой зарубежными исследователями как подпороговая депрессия

(«subthreshold depression»/«subthreshold depressive disorder») [11, 12, 14, 19]. В отечественной литературе депрессивный эпизод, не достигающий клинически выраженного уровня (по МКБ-10), принято обозначать как «субсиндромальные, подпо-

роговые, малые, атипичные субклинические депрессии» [3, 4]. Данные понятия объединяют группу аффективных состояний, включающих депрессивные симптомы (оцениваемые по шкалам депрессии), которые при их клинической значимости по количеству и продолжительности не отвечают диагностическим критериям аффективных расстройств по DSM-IV или МКБ-10 [9, 13, 14, 17]. Момент, в который нарушение настроения становится диагностируемым расстройством, является предметом клинической оценки, но в настоящее время нет единого мнения относительно критериев дифференциации.

Распространенность данных состояний колеблется от 5% до 29% [5, 8]. По данным масштабного исследования «Проект SEYLE» (Saving and Empowering Young Lives in Europe/Сохранение здоровья и расширение возможностей молодых людей в Европе,  $n=12395$ , случайным образом набранных в школах 11 европейских стран), подпороговая депрессия выявлена у 30,4%, значительно чаще — у девочек [7]. Она рассматривается как предиктор формирования клинически очерченной психопатологической симптоматики, включая собственно депрессию [12, 13, 14], сопровождается нарушением функционирования в социальной и семейной сферах [17] и повышением суицидального риска. Подростки с высоким уровнем депрессивности, при этом не отвечающей диагностическим критериям депрессии, зачастую страдают от столь же высокого уровня социальной дезадаптации, как и подростки с клинически диагностированной депрессией [19].

В прогнозировании депрессивного расстройства к тридцатилетнему возрасту по данным D. N. Klein с соавт. (2009) у подростков с субклиническими депрессивными состояниями имеют значения следующие признаки: женский пол, выраженность депрессивной симптоматики, суицидальные мысли, наличие тревожного расстройства, семейная отягощенность по депрессии [14]. Наличие трех и более признаков определяют риск в 90,1%, менее трех факторов риска — в 46,6%. При изучении возможных факторов риска развития подпороговой депрессии и большой депрессии Wesselhöft R.T. с соавт. (2016) выявили связь с серьезными нарушениями соматического здоровья, наличием более двух стрессовых жизненных событий в предшествующем году, высоким уровнем депрессивных симптомов у матери [19]. Также обнаружено, что возникновению депрессивных симптомов у девочек способствует дефицит внимания в раннем подростковом возрасте [18] и жестокое обращение [20].

У взрослых пациентов с депрессией выявлена тесная связь эмоциональных расстройств с нарушениями позитивной автобиографической памяти и трудностями регулирования дисфорического настроения. У «уязвимых» групп подростков нарушения позитивной автобиографической памяти могут служить маркером риска для раннего возникновения депрессии, предшествовать раннему началу депрессии и сохраняться после ремиссии

депрессивного эпизода [6]. Расстройства позитивной автобиографической памяти могут негативно отражаться на функциях, регулирующих настроение и способствовать персистенции печали и ангедонии, являющимися основными характеристиками депрессии.

Стёртая аффективная симптоматика может скрываться под «маской» пубертатных проявлений, создавая дополнительные диагностические трудности. Подспудное изменение аффективного фона обычно приводит к усилению эмоциональной лабильности и снижению порога эмоциональной выносливости с готовностью к кратковременным ситуационно провоцированным эпизодам сниженного настроения [2]. Аффективная симптоматика субклинического уровня зачастую не распознается ни подростками, ни их родителями, ни врачами. Имеющиеся эмоциональные нарушения объясняются личностными или поведенческими особенностями, пубертатными проявлениями, низкой мотивацией, при этом такие подростки остаются вне поля зрения специалистов при высокой потребности в адекватной медико-психологической помощи.

**Цель** настоящего исследования — выявление аффективной симптоматики субклинического уровня у разных групп подростков (подпороговой депрессии) и изучение ее клинических особенностей.

**Материал** — 659 подростков 12-17 лет, из них — 139 учащихся городских общеобразовательных школ (55 человек — г. Новокузнецк, 84 человека — г. Томск), 297 учащихся сельских общеобразовательных школ (Томский район Томской области), 223 ученика специализированных коррекционных школ-интернатов для детей с нарушениями слуха и зрения (г. Томск), относящиеся к категории «дети с ограниченными возможностями здоровья» (дети с ОВЗ).

**Критерии включения** в исследование: возраст 12–17 лет; получение информированного согласия на обследование от родителей (законных представителей) и самого ребенка при достижении им 14 лет.

**Критерии исключения:** возраст младше 7 и старше 18 лет; наличие острой или обострение хронической соматической патологии в период проведения исследования; отказ родителей (опекунов) и/или самого ребенка от участия в исследовании.

**Методы.** Помимо клинического метода, для изучения уровня риска депрессии и выявления возможных доклинических её проявлений была использована шкала депрессии М. Ковак для детей и подростков 7–17 лет — Children's Depression Inventory [1, 15]. Вероятность, глубина и значимость депрессивных симптомов оцениваются по пяти составляющим шкалы — «Негативное настроение», «Межличностные проблемы», «Неэффективность», «Ангедония», «Негативная самооценка». Для обработки результатов исследования использована программа STATISTICA v.8.0. Показатели распространенности оценивались с помо-

щью критерия  $\chi^2$  с определением уровня значимости  $p$ .

На первом этапе проводилось скрининговое исследование учащихся городских, сельских общеобразовательных и коррекционных школ с помощью шкалы депрессии М. Ковак, предназначенной для выявления уровня риска депрессии и возможных доклинических её проявлений у детей и подростков. По результатам скрининга были выделены группы подростков для проведения клинического обследования (второй этап) и организации психологической, психокоррекционной, психотерапевтической помощи (третий этап).

**Результаты.** Скрининговое исследование учащихся с помощью шкалы депрессии М. Ковак позволило выделить группу подростков с риском развития депрессии — 35,7% (235 учеников). В нее вошли лица с уровнем риска развития депрессивных симптомов «выше среднего» 26,6% (175 учащихся), с высоким уровнем риска развития депрессивных симптомов — 7,9% (52 ученика) и 1,2% учащихся с высокими показателями по отдельным шкалам (8 учащихся).

У мальчиков риск развития депрессивных симптомов «выше среднего» составил 22,3%, у девочек — 28%. Выявлены значимые различия по группам девочек и мальчиков с высоким уровнем риска развития депрессивных симптомов — 14,5% и 1,7% соответственно ( $p=0,00001$ ,  $\chi^2=31,18$ ).

У подростков общеобразовательных школ в сравнении с учащимися коррекционных школ значимо чаще выявлялся высокий уровень риска развития депрессии (рис.1).

Подростки общеобразовательных школ в сравнении с учащимися коррекционных школ имели значимо более высокие показатели по суммарному баллу шкалы депрессии и шкалам «Негативное настроение» ( $p=0,0008$ ,  $\chi^2=11,20$ ) и «Ангедония» ( $p=0,0007$ ,  $\chi^2=11,50$ ) в группе с высоким уровнем риска депрессии. Также выявлены значимые различия по шкалам «Негативное настроение», «Неэффективность», «Ангедония», «Негативная самооценка» в группе с уровнем риска симптомов депрессии «выше среднего». Показатели шкалы «Межличностные проблемы» оказались высокими во всех группах учащихся.

**Таблица 1. Выраженность симптомов депрессии по отдельным шкалам шкалы депрессии М. Ковак у мальчиков (n=341)**

Шкалы	Подростки с ОВЗ, n=131	Городские подростки, n=69	Сельские подростки, n=141
Уровень депрессивных симптомов «выше среднего»			
Негативное настроение	11,5%	25,7%* <sup>1</sup>	18,4%
Межличностные проблемы	27,5%	48,6%* <sup>1 2</sup>	60,3%*** <sup>3</sup>
Неэффективность	8,4%	32,9%*	9,2%
Ангедония	13,0%	24,3%	23,4%
Негативная самооценка	7,6%	14,3%*	17,0%
Общий балл	15,3%	34,3%* <sup>1</sup>	22,7%
Уровень депрессивных симптомов «высокий»			
Негативное настроение	0,8%	5,7%*	0
Межличностные проблемы	13%	7,1%	8,5%
Неэффективность	0	1,4%	0
Ангедония	0,8%	5,7%*	0,7%
Негативная самооценка	4,6%	11,4%****	1,4%
Общий балл	0,8%	7,1%*	0

Примечание: \* — сравнение городских подростков с сельскими и группой с ОВЗ;  
 \*\* — сравнение городских подростков с группой с ОВЗ;  
 \*\*\* — сравнение сельских подростков и группы с ОВЗ;  
 \*\*\*\* — сравнение городских и сельских подростков ( $p<0,05$ ).

**Таблица 2. Выраженность симптомов депрессии по отдельным шкалам шкалы депрессии М. Ковак у девочек (n=318)**

Шкалы	Подростки с ОВЗ, n=92	Городские подростки, n=70	Сельские подростки, n=156
Уровень депрессивных симптомов «выше среднего»			
Негативное настроение	20,7%	37,1%	39,1%***
Межличностные проблемы	38%	27,1%	33,3%
Неэффективность	9,8%	34,3%**	21,2%***
Ангедония	21,7%	35,7%	34,6%
Негативная самооценка	26,1%	41,4%	32,7%
Общий балл	28,3%	38,6%*	23,1%
Уровень депрессивных симптомов «высокий»			
Негативное настроение	0	17,1%**	7,1%***
Межличностные проблемы	29,3%	40%	37,2%
Неэффективность	5,4%	20%	1,9%
Ангедония	2,2%	18,6%**	11,5%***
Негативная самооценка	6,5%	11,4%	8,3%
Общий балл	8,7%	20%	15,4%

Примечание: \*\* — сравнение городских подростков с группой с ОВЗ;  
 \*\*\* — сравнение сельских подростков и группы с ОВЗ ( $p<0,05$ ).

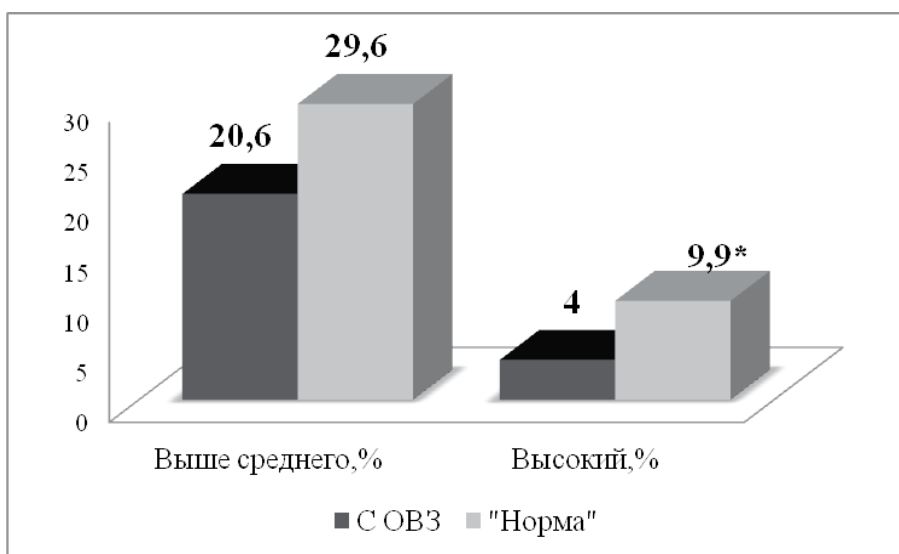


Рис. 1. Риск развития депрессивных симптомов у подростков, учащихся общеобразовательных и коррекционных школ, в соответствии со шкалой депрессии М. Ковак (\*— $p=0,014$ ,  $\chi^2=5,99$ ).

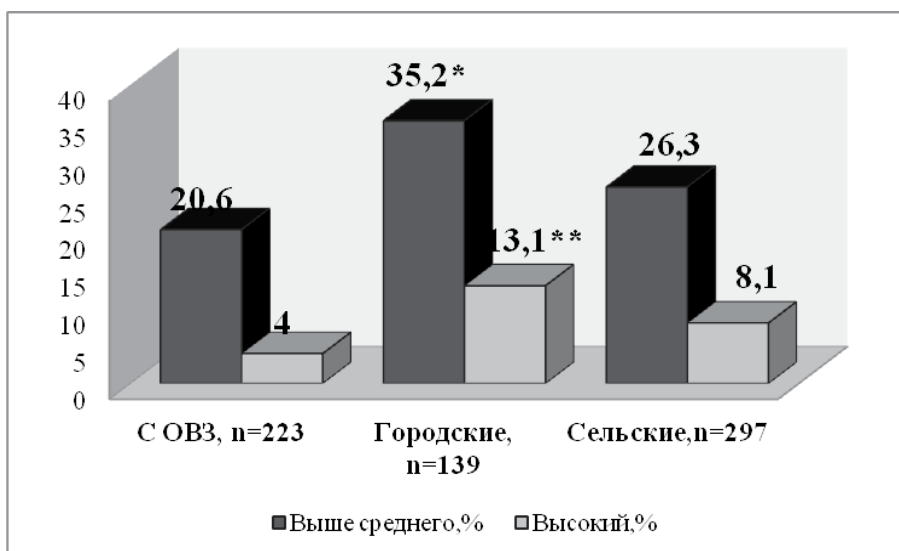


Рис. 2. Риск развития депрессии у подростков различных групп по шкале М. Ковак (\* $p=0,0118$ ;  $\chi^2=5,99$ ; \*\*  $p=0,0022$   $\chi^2=9,36$ ).

Подростки из городских школ имеют наибольший риск развития депрессии в сравнении, как с сельскими подростками, так и с учащимися коррекционных школ (рис.2). При этом различия с последней группой наиболее выражены, значимые различия выявлены по суммарному показателю и большей части подшкал в группах риска «выше среднего» и высокого риска.

Сравнение городских и сельских подростков показало более выраженные различия в группе с высоким риском — по шкалам «Неэффективность» ( $p=0,00001$ ,  $\chi^2=20,42$ ) и «Негативная самооценка» ( $p=0,024$ ,  $\chi^2=5,08$ ).

Для подростков мужского пола в большей степени характерен уровень риска «выше среднего»

(таблица 1), при этом высокий уровень риска вообще не выявлен у сельских мальчиков, а у мальчиков с ОВЗ встречался лишь в единичном случае (0,8%), тогда как у городских — в 7,1% ( $p=0,0018$ ,  $\chi^2=9,75$ ).

У девочек более выраженные отличия выявляются при сравнении учащихся общеобразовательных школ с учащимися коррекционных школ (табл.2).

У девочек с высоким уровнем риска показатели шкалы «Негативное настроение» значимо выше у городских ( $p=0,039$ ,  $\chi^2=4,25$ ) в сравнении с сельскими; как и показатели шкалы «Неэффективность» — в сравнении с сельскими (0,00001,  $\chi^2=18,45$ ) и с девочками с ОВЗ ( $p=0,002$ ,  $\chi^2=9,57$ ),

а показатели шкалы «Ангедония» выше и у городских ( $p=0,0022$ ,  $\chi^2=9,36$ ), и у сельских девочек ( $p=0,0146$ ,  $\chi^2=5,97$ ), по сравнению с девочками с ОВЗ (табл.2).

Необходимо отметить, что иногда при количественных показателях шкал тревоги и депрессии, характерных для низкого или среднего уровней, следует качественно анализировать ответы детей. Примером настораживающих ответов по шкале депрессии М. Ковак было согласие со следующими утверждениями — «Я часто бываю грустный», «Я часто испытываю беспокойство», «Я часто (всегда) чувствую себя одиноким», «Я не уверен в том, что меня кто-нибудь любит», «Я чувствую себя одиноким с людьми». Если суммарный показатель набранных баллов дает количественную оценку спектра депрессивных симптомов — сниженного настроения, гедонистической способности, вегетативных функций, самооценки, межличностного поведения, то при значениях «средний» или «ниже среднего» качественный анализ может дать ценную информацию о переживаниях ребёнка/подростка, как правило, не вербализуемых. Согласие с подобными утверждениями может стать поводом для дополнительных (уточняющих или наводящих) вопросов и являться первым признаком, отражающим внутренний конфликт или беспокойство.

При качественном анализе результатов были выявлены следующие тенденции. Преимущественно у мальчиков часто выявлялось сочетание низкого/среднего общего балла шкалы депрессии с высокими значениями показателей шкалы Е «Негативная самооценка» (включающей вопросы о суицидальном поведении). Самой проблемной областью оказались «Межличностные отношения»; высокие баллы по этой шкале (как у мальчиков, так и у девочек) наблюдаются у большинства подростков; причем как у подростков с высокими баллами по общему показателю шкалы депрессии, так и при низком/среднем его значении.

В группах подростков «с ОВЗ» и «без ОВЗ» имеются значимые различия по общему показателю шкалы депрессии ( $p=0,014$ ,  $\chi^2=5,99$ ); но по отдельным шкалам — «Межличностные отношения», «Неэффективность», «Негативная самооценка» различия не выявлены, что говорит о напряжении в этих сферах.

Анализ результатов исследования (как скринингового, так и клинического этапа) позволил выделить следующие *клинические особенности и предпосылки подпороговой депрессии*:

- гетерогенность симптоматики; преобладающими симптомами являются периодическое снижение настроения, раздражительность, негативная оценка себя и событий своей жизни, пессимистический настрой на собственное будущее. Как дополнительные симптомы рассматривались проблемы межличностного взаимодействия, снижение академической успеваемости, элементы рискованного поведения, предпочтение on-line общения;

- недостаточность энергетической составляющей психической деятельности — медлительность, неорганизованность, академические трудности, повышенная утомляемость;
- аффективный «дисбаланс» — периоды сниженного настроения, неустойчивость самооценки (чаще снижение), «застывание» на негативных переживаниях, негативное видение будущего;
- признаки пролонгированного пубертатного криза — недостаточная сформированность жизненной позиции, страх неудачи, потребность в опеке и защите, неуверенность в своих силах, значительная тревожность в ситуации проверки знаний и оценки извне;
- снижение или отсутствие интересов, апатия;
- маскированность нарушениями поведения — часто при отсутствии явно выраженных жалоб на снижение настроения отмечается негативизм, реакции протеста (семья, социум), агрессивный и аутоагрессивный компонент; элементы рискованного и/или аддиктивного поведения;
- в анамнезе часто перинатальная патология, диссоциированность психологического развития — сочетание своевременного развития интеллекта и незрелости эмоционально-волевой сферы.

По результатам скринингового анкетирования были сформированы группы с высоким (52 ученика) и средним уровнем риска (175 учеников). На клиническом уровне у детей и подростков нами не выявлены признаки большого депрессивного расстройства, у 29 подростков диагностировано расстройство адаптации (депрессивные реакции). У 10,3% (68 учеников) определялась аффективная симптоматика субклинического уровня, существенно отражающаяся на качестве функционирования (рис.3).

Подростки из данной группы, включающей 15,8% городских, 10,8% сельских учеников и 6,3% учащихся с ОВЗ, были расценены нами как лица с подпороговой депрессией. Эта группа нуждается в динамическом наблюдении и проведении превентивных мероприятий с обязательным вовлечением социального окружения — родителей и педагогов.

**Обсуждение.** Выявленный высокий уровень риска депрессии у подростков (35,7%) требует организации комплекса мероприятий профилактической, коррекционной и социальной направленности. Программы должны базироваться на мультидисциплинарном подходе, включать различные превентивные мероприятия с учетом выявленных особенностей в уровнях риска развития депрессии у мальчиков и девочек, а также в группах учащихся общеобразовательных и коррекционных школ. Приоритет должен отдаваться немедикаментозным методам: психологическим, психокоррекционным, психотерапевтическим.



Рис. 3. Результаты исследования подростков различных групп на выявление аффективных симптомов различного уровня (n=659).

При этом должен учитываться социокультурный аспект функционирования подростка, который обеспечивается организацией помощи в условиях образовательного учреждения. Это положение находит подтверждение и при анализе современных исследований, показывающих, что психологическая терапия имеет сравнимый эффект с применением антидепрессантов в отношении симптомов депрессии, отказа от учебы и длительности ремиссии [10].

Еще один аспект, обсуждаемый в литературе, касается эффективности влияния физических упражнений на снижение симптомов депрессии среди подростков с клиническими уровнями депрессивных симптомов [16], что должно обязательно учитываться при организации здоровьесберегающих технологий в образовательном процессе. Особого внимания требуют подростки с хроническими соматическими заболеваниями, а также дети, матери которых имеют депрессивные симптомы.

Аффективная симптоматика, не отвечающая критериям психических расстройств по МКБ-10, при высокой встречаемости у подростков и ассоциированности с психическими нарушениями в периоде взрослости, представляется объектом дальнейшего изучения с целью выделения ранних прогностических критериев, уточнения клинической типологии и разработки социотерапевтической тактики.

### Выводы

Выявленный высокий уровень риска депрессии (35,7%) у подростков требует организации комплекса мероприятий профилактической, коррекционной и социальной направленности.

Аффективная симптоматика субклинического уровня — подпороговая депрессия — выявляется у 10,3% подростков.

Сфера межличностного взаимодействия является проблемной для всех детей, что определяется возрастными аспектами, социальной ситуацией, а у детей с ОВЗ также трудностями коммуникации, обусловленными дефектом; она должна являться объектом внимания и воздействия психологов, педагогов, родителей и предметом «познания» самими подростками.

Обнаруженные различия в распространенности аффективных симптомов по полу определяются не только биологическими, психологическими характеристиками, но и, возможно, большей «чувствительностью» традиционных методик к выявлению этих симптомов у девочек; что определяет необходимость изучения особенностей аффективной патологии у мальчиков и включения в скрининговые шкалы дополнительных вопросов (например, касающихся поведенческих, аддиктивных, аутоагрессивных проявлений).

Трудности выявления психопатологических симптомов у детей с ОВЗ определяют необходи-

мость разработки диагностических инструментов, учитывающих их эмоциональные, когнитивные и речевые особенности, недостаток социального опыта. Выявленный уровень риска депрес-

сии у подростков с ОВЗ требует организации комплекса мероприятий по ее выявлению, профилактике и коррекции с учетом специфики дефекта и половых различий.

## Литература

1	Воликова С.В., Калина О.Г., Холмогорова А.Б. Валидизация опросника детской депрессии М. Ковак // Вопросы психологии. — 2011. — №5. — С.121–132.	Volikova S.V., Kalina O.G., Kholmogorova A.B. Validation of M. Kovacs Children's Depression Inventory (CDI). Voprosy psikhologii. 2011; 5: 121–132. (In Rus.)
2	Кравченко Н.Е. Современные представления о депрессивных расстройствах настроения в подростковом возрасте и некоторых проблемах их терапии (аналитический обзор) // Трудный пациент. — 2007. — №11. URL.: <a href="http://t-pacient.ru/articles/6219/">http://t-pacient.ru/articles/6219/</a> (дата обращения 28.06.2017)	Kravchenko N.E. Modern ideas about depressive mood disorders in adolescence and some of the problems of their therapy (analytical review). Trudnyi patsient. November. 2007. URL.: <a href="http://t-pacient.ru/articles/6219/">http://t-pacient.ru/articles/6219/</a> (date of availability 28.06.2017) (In Rus.)
3	Селезнева Н.Д., Гаврилова С.И. Аффективные расстройства // Руководство по гериатрической психиатрии / Под ред. С.И. Гавриловой. — М. — 2011. — С.195–246.	Selezneva N.D., Gavrilova S.I. Affective disorder. In: Guide to geriatric psychiatry. Ed. by S.I. Gavrilova. M. 2011. 195–246 p. (In Rus.)
4	Смулевич А.Б. Маскированные депрессии // Нейронews Психоневрология и нейропсихиатрия. — № 9 (44) — 2012. URL.: <a href="http://neuronews.com.ua/ru/issue-article-727/Maskirovannye-depressii#gsc.tab=0">http://neuronews.com.ua/ru/issue-article-727/Maskirovannye-depressii#gsc.tab=0</a> (дата обращения 28/06/2017)	Smulevich A.B. Masked depression. Neyronews Psikhonevrologiya i neyropsikhiatriya. 2012; 9 (44). URL.: <a href="http://neuronews.com.ua/ru/issue-article-727/Maskirovannye-depressii#gsc.tab=0">http://neuronews.com.ua/ru/issue-article-727/Maskirovannye-depressii#gsc.tab=0</a> (date of availability 28/06/2017) (In Rus.)
5	Backenstrass M., Joest K., Rosenmann Th. et al. The care of patients with subthreshold depression in primary care: is it that bad? A qualitative study on the views of general practitioners and patients // BMS Health Services Research. — 2007. — №7. — С.190.	Backenstrass M., Joest K., Rosenmann Th. et al. The care of patients with subthreshold depression in primary care: is it that bad? A qualitative study on the views of general practitioners and patients. BMS Health Services Research. 2007; 7: 190.
6	Begovic E., Panaite V., Bylsma L.M. et al. Positive autobiographical memory deficits in youth with depression histories and their never-depressed siblings // Br J Clin Psychol. — 2017 — Vol.56. — P.329–346. doi: 10.1111/bjc.12141.	Begovic E., Panaite V., Bylsma L.M. et al. Positive autobiographical memory deficits in youth with depression histories and their never-depressed siblings. Br J Clin Psychol. 2017; 56(3): 329–46. DOI: 10.1111/bjc.12141.
7	Carli V., Hoven C. W., Wasserman C. et al. Новая группа подростков с «невидимым» риском психопатологии и суицидального поведения: находки исследования SEYLE // World Psychiatry (на русском). — 2014. — Vol.13. — №1. — P.78–86.	Carli V., Hoven C. W., Wasserman C. et al. A new group of adolescents with «invisible» risk of psychopathology and suicidal behavior: findings of SEYLE research. World Psychiatry (In Russian). 2014; 13 (1): 78–86. (In Rus) DOI: 10.1002/wps.20088
8	Carrellas N.W., Biederman J., Uchida M. How prevalent and morbid are subthreshold manifestations of major depression in adolescents? A literature review // J Affect Disord. — 2017. — Vol.1. — №210. — P.166–173. DOI:10.1016/j.jad.2016.12.037.	Carrellas N.W., Biederman J., Uchida M. How prevalent and morbid are subthreshold manifestations of major depression in adolescents? A literature review. J Affect Disord. 2017; 1(210):166–73. DOI: 10.1016/j.jad.2016.12.037.
9	Cuijpers P, Smit F. Subthreshold depression as a risk indicator for major depressive disorder: a systematic review of prospective studies // Acta Psychiatr Scand. — 2004. — Vol.109. — P.325–331. DOI: <a href="https://doi.org/10.1111/j.1600-447.2004.00301.x">org/10.1111/j.1600-447.2004.00301.x</a>	Cuijpers P, Smit F. Subthreshold depression as a risk indicator for major depressive disorder: a systematic review of prospective studies. Acta Psychiatr Scand. 2004;109: 325–31. DOI: <a href="https://doi.org/10.1111/j.1600-447.2004.00301.x">org/10.1111/j.1600-447.2004.00301.x</a>

10	Das J.K., Salam R.A., Lassi Z.S. et al. Interventions for Adolescent Mental Health: An Overview of Systematic Reviews // <i>J Adolesc Health</i> . — 2016. — Vol.59 — №4S. — P. 49-S60. DOI: <a href="https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.020">org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.020</a>	Das J.K., Salam R.A., Lassi Z.S. et al. Interventions for Adolescent Mental Health: An Overview of Systematic Reviews. <i>J Adolesc Health</i> . 2016;59(4S):S49-S60. DOI: <a href="https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.020">org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.020</a>
11	Georgiades K, Lewinsohn PM, Monroe SM, Seeley JR. Major depressive disorder in adolescence: the role of subthreshold symptoms // <i>J Am Acad Child Adolesc Psychiatry</i> . — 2006. — Vol.45. — №8. — P.936–944. DOI: <a href="https://doi.org/10.1097/01.chi.0000223313.25536.47">10.1097/01.chi.0000223313.25536.47</a>	Georgiades K, Lewinsohn PM, Monroe SM, Seeley JR. Major depressive disorder in adolescence: the role of subthreshold symptoms. <i>J Am Acad Child Adolesc Psychiatry</i> . 2006; 45(8): 936–944. DOI: <a href="https://doi.org/10.1097/01.chi.0000223313.25536.47">10.1097/01.chi.0000223313.25536.47</a>
12	Jinnin R., Okamoto Y., Takagaki K. et al. Detailed course of depressive symptoms and risk for developing depression in late adolescents with subthreshold depression: a cohort study // <i>Neuropsychiatric Disease and Treatment</i> . — 2016. — Vol. 13 — 2017. — Vol. 13 — P.25–33. DOI: <a href="https://doi.org/10.2147/NDT.S117846">https://doi.org / 10.2147/NDT.S117846</a>	Jinnin R., Okamoto Y., Takagaki K. et al. Detailed course of depressive symptoms and risk for developing depression in late adolescents with subthreshold depression: a cohort study. <i>Neuropsychiatric Disease and Treatment</i> . 2016; 13. 2017; 13: 25-33. DOI: <a href="https://doi.org/10.2147/NDT.S117846">https://doi.org/10.2147/NDT.S117846</a>
13	Hwang J.W., Egorova N., Yang X.Q. et al. Subthreshold depression is associated with impaired resting-state functional connectivity of the cognitive control network // <i>Translational Psychiatry</i> . — 2015. — №5. — p.683. DOI: <a href="https://doi.org/10.1038/tp.2015.174">10.1038/ tp.2015.174</a> .	Hwang J.W., Egorova N., Yang X.Q. et al. Subthreshold depression is associated with impaired resting-state functional connectivity of the cognitive control network. <i>Translational Psychiatry</i> . 2015; 5: e683; doi: <a href="https://doi.org/10.1038/tp.2015.174">10.1038/tp.2015.174</a> .
14	Klein D.N., Shankman S.A., Lewinsohn P.M., Seeley J.R. Subthreshold Depressive Disorder in Adolescents: Predictors of Escalation to Full-Syndrome Depressive Disorders // <i>J Am Acad Child Adolesc Psychiatry</i> . — 2009. — Vol.48. — №7. — P.703–710. DOI: <a href="https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181a56606">10.1097/CHI.0b013e3181a56606</a>	Klein D.N., Shankman S.A., Lewinsohn P.M., Seeley J.R. Subthreshold Depressive Disorder in Adolescents: Predictors of Escalation to Full-Syndrome Depressive Disorders. <i>J Am Acad Child Adolesc Psychiatry</i> . 2009; 48(7): 703–10. DOI: <a href="https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181a56606">10.1097/CHI.0b013e3181a56606</a>
15	Kovacs M. <i>The Children's Depression Inventory (CDI) manual</i> / New York: Multi-Health Systems. — 1992.	Kovacs M. <i>The Children's Depression Inventory (CDI) manual</i> . New York : Multi-Health Systems. 1992.
16	Radovic S., Gordon MS., Melvin G.A. Should we recommend exercise to adolescents with depressive symptoms? A meta-analysis // <i>J Paediatr Child Health</i> . — 2017. — Vol.53. — №3. — P.214–220. DOI: <a href="https://doi.org/10.1111/jpc.13426">10.1111/jpc.13426</a> .	Radovic S., Gordon MS., Melvin G.A. Should we recommend exercise to adolescents with depressive symptoms? A meta-analysis. <i>J Paediatr Child Health</i> . 2017; 53(3): 214–20. DOI: <a href="https://doi.org/10.1111/jpc.13426">10.1111/jpc.13426</a> .
17	Rodríguez M.R., Nuevo R., Chatterji S., Ayuso-Mateos J.L. Definitions and factors associated with subthreshold depressive conditions: a systematic review // <i>BMC Psychiatry</i> . — 2012. — №12. — P.181.	Rodríguez M.R., Nuevo R., Chatterji S., Ayuso-Mateos J.L. Definitions and factors associated with subthreshold depressive conditions: a systematic review. <i>BMC Psychiatry</i> . 2012;12: 181.
18	Rudolph K.D., Monti J.D., Flynn M. Stress Reactivity as a Pathway from Attentional Control Deficits in Everyday Life to Depressive Symptoms in Adolescent Girls // <i>J Abnorm Child Psychol</i> . — 2018. — Vol. 46. — №3. — P.613–624. doi: <a href="https://doi.org/10.1007/s10802-017-0318-1">10.1007/s10802-017-0318-1</a> .	Rudolph K.D., Monti J.D., Flynn M. Stress Reactivity as a Pathway from Attentional Control Deficits in Everyday Life to Depressive Symptoms in Adolescent Girls. <i>J Abnorm Child Psychol</i> . 2018; 46(3): 613–24. DOI: <a href="https://doi.org/10.1007/s10802-017-0318-1">10.1007/s10802-017-0318-1</a> .
19	Wesselhöft R.T. Childhood depressive disorders // <i>Dan Med J</i> . — 2016. — Vol.63. — №10. — P.5290.	Wesselhöft R.T. Childhood depressive disorders. <i>Dan Med J</i> . 2016; 63(10). pii: B5290.
20	Zietlow AL., Nonnenmacher N., Reck C. et al. Early life maltreatment but not lifetime depression predicts insecure attachment in women // <i>Arch Womens Ment Health</i> . — 2017. — Vol.20. — №4. — P.477–486. DOI: <a href="https://doi.org/10.1007/s00737-017-0731-z">10.1007/s00737-017-0731-z</a> .	Zietlow AL., Nonnenmacher N., Reck C. et al. Early life maltreatment but not lifetime depression predicts insecure attachment in women. <i>Arch Womens Ment Health</i> . 2017; 20(4): 477–86. DOI: <a href="https://doi.org/10.1007/s00737-017-0731-z">10.1007/s00737-017-0731-z</a> .



*Сведения об авторах*

**Дашиева Баирма Антоновна** — доктор медицинских наук, старший научный сотрудник отделения пограничных состояний НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра. E-mail: bairma2009@mail.ru

**Карауш Ирина Сергеевна** — доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения пограничных состояний НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра. E-mail: anir7@yandex.ru

**Куприянова Ирина Евгеньевна** — доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник отделения пограничных состояний НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра. E-mail: irinakupr@rambler.ru