

*О. Е. Лазовская*

## **Актуальные проблемы в изучении депрессивных расстройств у студентов вузов**

*Белорусский государственный медицинский университет,  
учреждение здравоохранения “Минский городской психоневрологический  
диспансер”*

Обзор имеющейся литературы, посвященной изучению депрессивных расстройств, показывает увеличение интереса к проблеме юношеских депрессий в связи с их широкой распространенностью, трудностями диагностики, выраженными социальными последствиями (аддиктивное и суицидальное поведение, социальная дезадаптация и др.). Описано, что психические заболевания в юношеском возрасте, в частности, депрессивные расстройства, оказывают непосредственное влияние на учебную и общественную жизнь студентов, а также на сферу их личной жизни и ведут к значительной социальной дезадаптации, что требует тщательного подхода медико-социальных служб к их выявлению, лечению и профилактике. Ключевые слова: депрессия, суицид, молодые люди, студенты вузов.

Депрессия – психическое расстройство, характеризующееся патологически сниженным настроением с негативной, пессимистической оценкой себя, своего положения в окружающей действительности и своего будущего [25]. Исследования Всемирной Организации Здравоохранения (2001г.), посвященные проблемам психического здоровья населения, указывают на увеличение распространенности психических заболеваний, в частности депрессивных расстройств [6]. Все чаще депрессия возникает в юношеском возрасте [7], что побудило G.L. Klerman (2003) назвать XX век «веком молодежной меланхолии». Обзор литературы, посвященной изучению депрессивных расстройств, показывает увеличение интереса к проблеме юношеских депрессий в связи с их широкой распространенностью, трудностями диагностики, выраженными социальными последствиями (аддиктивное и суицидальное поведение, социальная дезадаптация и др.). Взгляды на природу депрессий, возникающих в юношеском возрасте, значительно менялись на протяжении последнего столетия. При анализе развития взглядов зарубежных психиатров на связь возраста и психической патологии пубертатного периода можно выделить три периода [16]. Первый период (конец XIX в.) характеризовался тем, что возраст начала психических расстройств рассматривался как этиологический фактор, связанный с физиологическими изменениями, сопровождающими половую зрелость. Исследования касались, в первую очередь, психотических расстройств. Тогда же E. Kraepelin дал определение юношеским психозам, разделив их на маниакально-депрессивный психоз (МДП) и раннее слабоумие.

Второй период (первая половина XX в.) тесно связан с возникновением и развитием психоанализа. Согласно существовавшим психоаналитическим концепциям невозможно развитие полноценного клинического синдрома нарушений настроения у подростков в связи с наличием недостаточно зрелого Супер-Эго. В то же время, утраты, которые переносит подросток, – воображаемые или реальные – вызывают реакции, напоминающие реакцию горя. Выделяют:

- утрату физического благополучия;
- утрату стабильности образа тела;
- утрату потенциальной детской бисексуальности;
- разрыв эдипальных отношений с необходимостью освободиться от связи с эдиповыми объектами детства в ходе процесса "индивидуации", который предполагает утрату и разлуку.

Отсюда возникло предположение, что все подростки проходят период депрессии, связанный с переживанием конфликтов и внутри себя, и в отношениях с окружающими. Г. Стэнли Холлом в 1904 г. была предложена концепция *Sturm und Drang*, или «шторм и стресс», согласно которой резкие перепады настроения и самочувствия у подростков являются частью нормального подросткового развития.

Однако дальнейшие эпидемиологические и катамнестические исследования показали, что:

] отклонения, ведущие к психопатологическим симптомам, отличающимся от преходящих приступов тревоги и депрессии, не являются нормативной чертой развития подростков;

хотя у молодых людей бывает трудно провести] дифференциальный диагноз между очень близкими между собой видами расстройств, всё-таки при тщательном клиническом исследовании можно провести границу между нормой и патологией;

явные психологические расстройства у подростков] вряд ли исчезнут сами по себе, а скорее в отсутствие надлежащего вмешательства будут непрерывными, перейдут в расстройства у взрослых [32, 34, 35].

Третий период в развитии взглядов на природу юношеской психопатологии, в том числе депрессивных расстройств, характеризуется тем, что допускается возможность возникновения психопатологических нарушений вследствие возрастных сдвигов. Предложена концепция взаимодействия нейробиологических и психосоциальных влияний («нейробиологического и психосоциального порога»), объясняющая возникновение юношеских аффективных расстройств[13].

В имеющейся медицинской литературе достаточно полно отражены различные аспекты аффективных состояний (этиология и патогенез, клиника и дифференциальная диагностика, лечение и профилактика, вопросы коморбидности)[3]. В ряде работ описаны особенности возрастной аффективной патологии [4, 9, 10, 12, 19, 26, 27].

В работах, посвященных описанию депрессий юношеского возраста, отражены такие проблемы, как высокая распространенность, специфичность

клинических проявлений юношеских эндогенных депрессий, особенности диагностики, типологии и прогноза юношеских депрессий [4,19,27], определены особенности личностной структуры и их динамики в преморбидном периоде при депрессиях юношеского возраста (Максимова М.Ю., 2002), описаны юношеские дисморфофобические депрессии (Этингоф А.М., 2004), депрессии с симптомокомплексом метафизической интоксикации (Крылова Е.С., 2004), представлены подходы к лечению юношеских депрессий [1, 27].

Однако депрессивные расстройства непсихотического уровня, возникающие в юношеском возрасте, несмотря на их высокую распространенность, остаются недостаточно изучены, что можно объяснить как клиническими особенностями (атипия, “маскированный” характер депрессий), так и социально-психологическими факторами (отсутствие осознания своего болезненного состояния как психического расстройства, психологический барьер при обращении за помощью в психиатрическое учреждение). В работах, посвященных исследованию нервно-психической патологии, недостаточно учитывается специфика депрессивных расстройств юношеского возраста и особенно студенчества, что выражается в ряде нерешенных научно-практических проблем.

1. Атипичность клинической картины юношеской депрессии.

Среди основных особенностей юношеской депрессии отмечают выраженную гипертрофию идеаторного компонента (когнитивные расстройства в виде трудностей осмысления, сосредоточения, концентрации внимания, нарушений памяти) на фоне стертого тимического компонента депрессии. Описанная атипичность клинической картины юношеской депрессии предопределяет сложности в обучении, которые являются основным фактором дезадаптации студентов.

И.В.Олейчик, исследуя юношеские эндогенные депрессии, выявил наличие ряда общих психопатологических особенностей: выраженный полиморфизм клинической картины с незавершенностью, фрагментарностью, изменчивостью психопатологических симптомов и нечеткой оформленностью аффективной триады. Было установлено, что особенности депрессивных состояний у изученных больных и их своеобразие следует объяснять существенным вкладом пубертатных психобиологических факторов в их формирование, что приводит к выходу на первый план характерных для подростково-юношеского возраста когнитивных, поведенческих и сомато-вегетативных расстройств, не только маскирующих их депрессивную основу, но и затрудняющих правильную трактовку отдельных симптомов заболевания. В связи с этим наибольшие затруднения при диагностике вызывают не развернутые формы депрессий, а относительно неглубокие депрессивные состояния, ограничивающиеся аффективными, невротическими, сверхценными и психопатоподобными расстройствами, при которых взаимодействие между болезнью и юношеским этапом онтогенеза носит наиболее сложный характер [19, 20, 27].

Обращает на себя внимание тот факт, что большинство исследований

психиатров советской и российской школы сосредоточены на описании нозологической принадлежности [4], выделении синдромов и типов юношеских депрессивных состояний (депрессия с картиной юношеской астенической несостоятельности, дисморфофобическая, метафизическая, гебоидная, психастеноподобная, деперсонализационная, сенесто – ипохондрическая депрессия, а также депрессия с обсессивно–фобическими расстройствами и с "психогенным содержанием") [27], при этом клинико-психологические особенности депрессии остаются недостаточно исследованы. Последнее приобретает особую значимость при рассмотрении депрессивных состояний у студенческой молодежи.

Одной из особенностей современных исследований депрессий в психиатрии является смещение фокуса внимания в сторону анализа эндогенных депрессий, в то время как депрессивные расстройства невротического круга остаются недостаточно изученными.

Имеются данные о том, что течение подростковой депрессии может отличаться от течения депрессии взрослых. У подростков, скорее всего, будут наблюдаться эпизодические интенсивные периоды депрессии в сочетании с периодами улучшения (Энгст и др., 1990). Для юношеских депрессий характерен также длительный, подчас затяжной и ундулирующий характер течения, с размытостью временных границ состояния и волнообразностью выраженности клинических проявлений, определяющийся возрастной динамикой. [27]. Мало кто из исследователей тщательно наблюдал за ходом подростковой депрессии, поэтому необходимо ее дальнейшее изучение. Небольшое количество проведенных исследований показало в основном слабое прогнозирование с большой долей риска появления хронических психосоциальных проблем (Гарбер и др., 1988; Келлер и др., 1988).

2. Необходимость учета особенностей социальной ситуации в формировании депрессивных расстройств у студентов.

Специфика вузовского образования предопределяет высокую частоту депрессивных проявлений у студентов, связанную со значительными стрессовыми нагрузками, которые создают дополнительные условия для манифестации предрасположенности к заболеванию или для активного проявления до тех пор латентного болезненного процесса [23, 31,34,39]. Приводят следующие причины социально-психологического характера в развитии нервно-психических расстройств у студентов вузов:

трудности адаптации в новой микросоциальной– среде;

сложности при обучении в вузе: большие, чем ранее,– интеллектуальные нагрузки, необходимость запоминания большого количества учебного материала, стрессовая ситуация экзаменационной сессии [18, 15].

Описанные особенности социальной ситуации, в которой находятся студенты вузов, могут усугубляться различными кризисами, среди которых наиболее типичными являются:

кризисы профессионального выбора, когда сознательный выбор♣ профессии происходит уже после начала обучения в вузе по другой

специальности;

кризисы, связанные с отношениями в родительской семье,♣ которые испытывают как студенты со зрелой личностью и тенденцией к самостоятельности, ограниченные материальной зависимостью от родителей, так и эмоционально-зависимые молодые люди;

кризисы сексуальных отношений,♣ возникающие в связи с ростом полового влечения при ограниченных возможностях создать и материально поддерживать свою семью, кризисы, связанные с разочарованием в романтических отношениях;

кризисные ситуации в♣ академической деятельности, связанные с началом и окончанием обучения в вузе, академической успеваемостью, ситуацией распределения [22, 38, 39].

Отметим, что социальная ситуация, влияющая на развитие студентов, не является стабильной, она изменяется в зависимости от курса обучения, что необходимо учитывать в процессе оказания медико-профилактической помощи. Так, по мнению многих авторов, в периоде обучения можно выделить три основных критических периода, которые приходятся на первый, третий и пятый курсы (Л. Н. Яворовская, 2003). Исследования тревожных и депрессивных состояний у студентов-медиков показали закономерность между встречаемостью невротических реакций и реакций адаптации в зависимости от длительности обучения в вузе. Так, на первом курсе было выявлено соответственно 58,06% и 41,94% случаев, на четвёртом — 27,88% и 72,12%, на шестом — 8,83% и 91,17% [2].

3. Необходимость описания клинико-психологических особенностей депрессивных расстройств в студенческой среде.

В структуре нервно-психических расстройств у студентов, расстройства пограничного спектра занимают ведущее место, возникая преимущественно в период обучения, что приводит к снижению учебной адаптации и ухудшению успеваемости. Так, согласно данным исследования распространенности пограничных психических расстройств у студентов юношеского возраста (1994 г.), среди 23,7% были выявлены психические расстройства разной степени выраженности, где преобладали нарушения невротического круга, в частности, невротические реакции (астенического, истерического и обсессивно-фобического типов). По мнению авторов, высокая распространенность невротических расстройств в существенной степени была обусловлена значительным числом студентов с акцентуированными характерологическими особенностями, которые были выявлены у 27,73% обследованных [24].

А.Северный (1985, 1987 г.г.), изучая психическую патологию среди студентов одного из московских ВУЗов на базе студенческой поликлиники, показал, что амбулаторная психическая патология составляет около 80% всей психиатрической заболеваемости среди студентов, а стертые субклинические депрессии пограничного уровня – 64% [23]. J. M. Sanzo-Ollakarizketa (1990) при обследовании различных социальных групп населения обнаружил наличие депрессивных расстройств у 14,8% студентов. По данным других

зарубежных авторов, исследовавших психические расстройства в студенческих популяциях, частота депрессий достигает 20-40% [ Jones J.H., 1972; Schuckit M.A., 1982; Okash A. et al., 1985; Ehrenberg M.F. et al., 1990].

4. Выделение клинико-психологических характеристик, связанных с суицидальным поведением студентов.

Серьезную проблему представляет высокая частота суицидальных попыток и завершенных суицидов среди лиц юношеского возраста. В настоящее время среди государств, ранее входивших в состав Советского Союза, по уровню регистрируемых случаев насильственной смерти, квалифицируемых как суициды, Российская Федерация и Республика Беларусь занимают соответственно четвертое и пятое место. Статистические данные за 1999-2001 годы показывают лидирующее положение России, Казахстана и Беларуси среди стран СНГ по уровню завершенных подростковых суицидов (22, 21 и 17,3 самоубийства среди подростков 15-19 лет на 100 000 подросткового населения, соответственно) [8]. Установлено, что самоубийства выступают как ведущая причина смертности для взрослых младшей возрастной группы. Они относятся к трем основным причинам смерти в группах населения в возрасте от 15 до 24 лет [7,40].

Имеются данные литературы, показывающие преобладание суицидальных попыток у обучающейся молодежи по сравнению с распространенностью суицидальных попыток среди населения в целом (Tembe E., 1961; Mishara B., et al., 1976). Девушки совершают самоубийства почти так же часто, как и юноши, что находится в противоречии с данными по остальной популяции, в которой суициды среди мужчин преобладают (Schernhammer ES, Colditz GA., 2004). В качестве причин суицидов у студентов называются: потеря одного из родителей, особенно отца, одиночество, сексуальная неудовлетворенность (неустроенность), безответные чувства; отчаяние и разочарование, вызванные нерешенными конфликтами в личной и интимной сферах, внутри семьи и изоляцией, которые приводят к реакциям “уклонения”, страха, упрямства и возникновением аффекта по типу “короткого замыкания” (Fox. V., 1971; Lungershausen. S., 1968). Также исследователи отмечают связь между депрессией, академической неуспеваемостью, недостатком семейной поддержки, употреблением психоактивных веществ и суицидальным поведением у студентов [ 33,34, 35, 37,38,39].

Особое внимание при изучении суицидального поведения студентов уделяется исследователями процессу дезадаптации как его важнейшему фактору. Так, Н.Д. Кибрик, описал три уровня дезадаптации студентов, взаимосвязанных с их суицидальным поведением:

- первый уровень характеризуется определенными затруднениями в усвоении учебного материала и общеневротическими расстройствами различной степени выраженности (нарушение сна, трудности в сосредоточении внимания, утомляемость, раздражительность), возникающими в периоды экзаменационных сессий. У студентов отмечаются тревожность, озабоченность своей дальнейшей судьбой, желание изменить сложившуюся ситуацию, продолжать обучение в институте и преодолеть

возникшие затруднения.

- второй уровень дезадаптации объективно соответствует снижению успеваемости, появлению академических задолженностей, пропускам занятий, возникновению конфликтных взаимоотношений с администрацией вуза. В психическом состоянии у студентов нарастают невротические, преимущественно эмоциональные расстройства (повышенная раздражительность, нетерпимость к иному мнению, требовательность с претензией на особое отношение к себе, на создание особых условий обучения, противопоставляющие себя коллективу – способствующие формированию суицидальных мыслей). У некоторых студентов возникают фантазии о провоцировании несчастного случая, о возможности причинения себе повреждений чтобы получить определенные льготы (продление экзаменационной сессии, например).
- третий уровень дезадаптации выражается в грубых нарушениях дисциплины и норм проживания в общежитии, прекращении обучения и отчислении студента из учебного заведения в связи с пропусками занятий, многочисленными академическими задолженностями. Психическое состояние характеризуется преобладанием астенических и астено-депрессивных расстройств с отчетливым переживанием неудачно сложившейся жизни.

Исследование дезадаптации, возникающей в учебном процессе, показало, что наибольшую опасность в плане суицидального поведения составляют студенты, находящиеся во второй и третьей степени дезадаптации, преимущественно обучающиеся на 1 и 2 курсах, что свидетельствовало о большой психологической значимости факта обучения в институте для студентов [11].

Среди особенностей психиатрических исследований депрессий и суицидального риска указывается на необходимость признания важности психогенных и личностных факторов в их формировании. Отмечается, что значимость психогенных конфликтов в напряженный период обучения в вузе зачастую гиперболизируется в силу возрастного фактора, низкой стрессоустойчивости, психического инфантилизма, недостаточной социализации, что приводит к тому, что в структуре психопатологической симптоматики, наряду с полиморфными невротическими расстройствами, выявляются суицидальные намерения и поступки. Подчеркивается, что конфликтным ситуациям, возникающим у студентов, окружающие могут не придавать значения как факторам риска суицидального поведения, так как фабула психотравмирующих ситуаций в большинстве случаев не является экстраординарной [18].

5. Изучение взаимосвязей личностных и социально-психологических характеристик студентов с депрессивными расстройствами.

Среди личностных характеристик, способствующих развитию депрессии, авторы рассматривают: ценностные ориентации, самоотношение, акцентуации характера, копинг-стратегии, и оценку личностью качества своей жизни – среди социально-психологических.

Наличие акцентуации характера студентов определяет не только специфику социальной и учебной дезадаптации, но и способствует возникновению психических расстройств пограничного уровня и ранней алкоголизации [24]. При этом такие типы акцентуаций характера, как дистимический, аффективно-лабильный, тревожно-боязливый увеличивают риск развития преневротических субдепрессивных состояний [5].

Данные, полученные при изучении особенностей патопсихологического синдрома, позволили прийти к заключению о наличии трех возможных вариантов выхода больных юношеского возраста из эндогенной депрессии:

- 1) наиболее благоприятного – с адекватной самооценкой, реалистическим самоощущением себя в жизни, достаточно широким кругом интересов, способствующих формированию зрелой личности, встречающегося только при депрессиях в рамках аффективного заболевания;
- 2) менее благоприятного – с тенденцией к завышению самооенок, построению нереальных планов на будущее, переоценкой своих возможностей, с формированием сверхценных односторонних интересов и "ложного" Я в качестве механизма психологической защиты.
- 3) наименее благоприятного исхода - с формированием пассивной жизненной позиции, выражающейся в сниженной активности, инициативности и самооценке, в трудностях установления контактов и в пессимистическом ощущении себя в жизни [19].

Признание важности анализа перечисленных выше переменных стало основой для разработки многих направлений психотерапевтического воздействия с целью развития механизмов совладания обеспечивающих смягчение внутриличностной проблематики и сохранения нервно-психического здоровья [30]. Освоение адаптивных копинг-стратегий в процессе обучения следует учитывать при построении психогигиенических и психопрофилактических программ для студентов вузов. [28].

6. Необходимость разработки методик для оценки депрессивных состояний у студентов с учётом атипичности клинической картины депрессий юношеского возраста.

Особенности течения депрессивных расстройств затрудняют своевременное обращение за медицинской помощью, диагностику и назначение адекватного лечения депрессивных состояний у студентов, ведут к затяжному течению депрессий, с нарушением учебной адаптации, вплоть до оформления академических отпусков и отчисления студентов из вузов. В настоящее время для диагностики используются методики, стандартизированные на выборке взрослых (Гамильтон, Бэк и др.), которые не отражают полноту клинической картины юношеских депрессий. В обозначенных условиях возникает необходимость разработки валидного диагностического инструмента для рассматриваемой социально-возрастной группы.

Таким образом, в современном обществе особую значимость приобретает задача сохранения здоровья студенческой молодежи, которая, являясь своеобразной "зоной роста" любого общества, в то же время представляет одну из самых уязвимых групп населения в связи со стрессами, как



биологическими, так и социальными, сопровождающими этот период жизни. Психические заболевания в юношеском возрасте, в частности, депрессивные расстройства, оказывают непосредственное влияние на учебную и общественную жизнь студентов, а также на сферу их личной жизни и ведут к значительной социальной дезадаптации, что требует тщательного подхода медико-социальных служб к их выявлению, лечению и профилактике.

#### Литература

1. Артюх, В. В. Место антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина в терапии юношеских депрессий (клинико-терапевтические корреляции и возрастные особенности): автореф. канд. дис. / В. В. Артюх. М., 2005.
2. Брагина, К. Р. Тревожная и депрессивная симптоматика в рамках невротических и адаптационных расстройств у студентов-медиков на различных этапах обучения / К. Р. Брагина // Вісник Вінницького державного медичного університету. 2003. Т. 7, вип. 2/2. С. 849–851.
3. Вертоградова, О. П. Возрастные аспекты проблемы депрессий / О. П. Вертоградова, Н. Ф. Шахматов, О. Д. Сосюкало // Возрастные аспекты депрессий (клиника, диагностика, терапия): сб. науч. тр. М.: Изд. Моск. НИИ Психиатрии МЗ РСФСР. 1987; 5–14.
4. Владимирова, Т. В. Юношеские депрессии: диагностика, типология и вопросы прогноза: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т. В. Владимирова. М., 1986.
5. Влах, Н. А. Психологическая коррекция преневротических субдепрессивных состояний у студентов: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. А. Влах. СПб., 1999.
6. Доклад о состоянии здоровья в мире, ВОЗ, 2001 г.: Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. 215 с.
7. Здоровье детей и подростков в Европейском регионе ВОЗ Копенгаген, Вена, 8 сентября 2003 г.
8. Игумнов, С. А. Суицидальное поведение у подростков и принципы кризисной терапии / С. А. Игумнов // Психотерапия и клиническая психология. 2004. № 1(8). С. 24–28.
9. Иовчук, Н. М. Депрессии у детей и подростков / Н. М. Иовчук, А. А. Северный. М.: Школа-Пресс, 1999. 79 с.
10. Кемпинский, А. Меланхолия. Депрессии юношеского возраста / А. Кемпинский. СПб.: Наука, 2002. С. 25.
11. Кибрик, Н. Д. Профилактика дезадаптации и суицидального поведения у обучающейся молодежи. Методические рекомендации / Н. Д. Кибрик, В. В. Кушнарев; под рук. А. Г. Амбрумовой. М., 1988. 21 с.
12. Ковалев, В. В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков / В. В. Ковалев. М.: Медицина, 1985. 288 с.
13. Копейко, Г. И. Вклад пубертатных психобиологических процессов в формирование и клинические проявления юношеских депрессий / Г. И. Копейко, И. В. Олейчик // Журнал неврологии и психиатрии. 2007. № 3. С. 4–17.

14. Корнетов, А. Н. Распространенность и клинико-конституциональные особенности суицидального поведения в подростково-юношеском возрасте: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. Н. Корнетов. Томск, 1999.
15. Красик, Е. Д. Нервно-психические заболевания у студентов / Е. Д. Красик, Б. С. Положий, Е. А. Крюков. Томск, 1982. С. 112.
16. Крыгина, Л. А. Динамика взглядов на роль подросткового возраста в генезе психических заболеваний (зарубежная психиатрия, исторический аспект) / Л. А. Крыгина // Архив психіатрії. 2001. № 4. С. 68–73.
17. Максимова, М. Ю. Особенности личности больных депрессиями юношеского возраста и ее динамика на преморбидном этапе: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. Ю. Максимова. М., 2002.
18. Михайлова, М. Н. Факторы риска суицидального поведения студентов // “Факторы риска” при неврологических и пограничных заболеваниях: сб. науч. тр. / М. Н. Михайлова. Томск.: Изд. Томск. мединститута. 1988. С. 101–103.
19. Олейчик, И. В. Юношеские эндогенные депрессии (клиника, основные нозологические формы, терапия): автореф. дис. ... д-ра мед. наук / И. В. Олейчик. М., 2008.
20. Положий, Б. С. Пограничные нервно-психические расстройства у студентов (эпидемиологический и реабилитационный аспекты): автореф. дис. ... канд. мед. наук / Б. С. Положий. М., 1978.
21. Профилактика учебной дезадаптации у студентов, связанной с депрессивными расстройствами пограничного уровня: метод. рек. М., 1987. С. 4–9.
22. Психогигиена и психопрофилактика: сб. науч. тр. / под общ. ред. М. М. Кабанова. Л.: Изд. Ленинградского научно-исследовательского института им. В. М. Бехтерева, 1983. Т. 103. С. 148.
23. Северный, А. А. Профилактика учебной дезадаптации у студентов, связанной с депрессивными расстройствами пограничного уровня: метод. рек. / А. А. Северный, А. К. Ануфриев. М., 1987. 3 с.
24. Смирнов, М. М. Динамика и распространенность пограничных психических расстройств у студентов юношеского возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. М. Смирнов. М., 1994.
25. Смулевич, А. Б. Депрессии в общей медицине: рук. для врачей / А. Б. Смулевич. М.: Медицинское информационное агентство, 2001. 256 с.
26. Усов, М. Г. Клиника, ранняя диагностика и прогноз депрессии у подростков: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / М. Г. Усов. Томск, 1996.
27. Цуцуйковская, М. Я. Юношеские депрессии (психопатология, типология, нозологическая оценка, лечение): пособие для врачей / М. Я. Цуцуйковская [и др.]. М., 2000. 34 с.
28. Чехлатый, Е. И. Исследование копинг-механизмов у студентов вузов в связи с задачами первичной психогигиены и психопрофилактики. Обзор. психиат. и мед. психол. им. В. М. Бехтерева / Е. И. Чехлатый. 2006. Т. 3. № 2.
29. Чуркин, А. А. Клинико-динамические особенности формирования пограничных психических расстройств у учащейся молодежи / А. А. Чуркин,

- А. В. Берсенев // Рос. психиатрический журн. 2003. № 5. С. 21–24.
30. Юрасова, Е. Н. Динамика уровня невротичности и внутриличностных конфликтов у студентов (педагогов и психологов) в процессе обучения. *Обозр. психиат. и мед. психол. им. В. М. Бехтерева* / Е. Н. Юрасова, Е. И. Чехлатый. 1994; 1: 113–5.
31. Яницкий, М. С. Состояния психической дезадаптации у студентов и пути оптимизации адаптационного процесса в вузе / М. С. Яницкий // *Вопросы общей и дифференциальной психологии*. Кемерово, 1998. С. 58–67.
32. Bomba, J. Юношеская депрессия (эпидемиологическое исследование) / J. Bomba // *Журн. невропатол. и психиатр.* 1987. Т. 87. Вып.10. С. 1501–1504.
33. de Man, A.F. Correlates of suicide ideation in high school students: the importance of depression / A.F. de Man. *J Genet Psychol.* 1999 Mar;160(1):105–14.
34. Eisenberg, D. Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students / D. Eisenberg [et al.]. *Am J Orthopsychiatry* 2007 Oct;77(4):534–42.
35. Garlow, S. J. Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University / S. J. Garlow [et al.]. *Depress Anxiety* 2008;25(6):482–8.
36. Wittchen, H.-U. Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults / H.-U. Wittchen, C. B. Nelson, G. Lachner. *Psychological Medicine* 1998, 28, 109–126.
37. Innamorati, M. Cannabis use and the risk behavior syndrome in Italian university students: are they related to suicide risk / M. Innamorati [et al.]. *Psychol Rep.* 2008 Apr;102(2):577–94.
38. Rebecca, P. Ang. Relationship between Academic Stress and Suicidal Ideation: Testing for Depression as a Mediator Using Multiple Regression / Rebecca P. Ang, Vivien S. Huan // *Child Psychiatry Hum Dev* (2006) 37:133–143.
39. Tülin, Gençöz. Associated Factors of Suicide Among University Students: Importance of Family Environment / Tülin Gençöz, Pinar Or. // *Contemp Fam Ther* (2006) 28:261–268.
40. United Nations (1996) Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies (Document No. ST/ESA/245). United Nations Dept for Policy Coordination and Sustainable Development, New York, NY.