Содержание

1. Введение

2. Психические состояния депрессий и их проявления

3. Виды депрессивных расстройств и их психические проявления

4. Психические проявления инволюционной депрессии

5. Заключение

Литература

## 1. Введение

Депрессия - это психическое расстройство, но оно не возникает из ниоткуда. Депрессия, по сути, есть патологическое усиление нормального, естественного аффекта - горя, печали, страдания. Усиление же этого аффекта влечёт за собой множество различных последствий, которых от самого этого аффекта ожидать не приходится.

С другой стороны, любой аффект есть интегральное проявление происходящих в психике процессов, при этом он не бывает отдельным, самостоятельным, но лишь превалирующим в том или ином эмоциональном состоянии, где неизбежно присутствует и масса других ингредиентов с оттенками и полутонами. Иными словами, аффект горя, печали, страдания возникает при взаимодействии различных структур психического и занимает определённое место в психологическом пространстве индивида. Наконец, ничто в психическом, сколь бы нелепым и бессмысленным оно ни казалось, не является случайным или бесполезным. Всякий аффект выполняет некую функцию, играет какую-то определённую, важную с точки зрения целостного организма, функцию, зачастую, правда, он - аффект - переигрывает, и тогда возникают издержки, делающие его - этот аффект - болезненным.

Фрейд рассматривал депрессию как результат интроекции в “эго” больного утраченного им “объекта либидо”[[1]](#footnote-1). Человек, с точки зрения психоанализа, оказывается, с одной стороны, неспособен во внешнем отреагировать на потерю энергии, поскольку же образ “объекта либидо” интроецирован, то, с другой стороны, эта потеря оценивается им как утрата энергии, которой располагает его “эго”. К. Абрахам добавил к этой теории следующее положение: утрата “объекта либидо” приводит к регрессу, выражающемуся инфантильной травмой орально-садистской стадии развития либидо, фиксированной в раннем детстве[[2]](#footnote-2).

## 2. Психические состояния депрессий и их проявления

*Депрессия —* временное, постоянное или периодически проявляющееся состояние тоски, душевной подавленности. Характеризуется снижением нервно-психического тонуса, обусловленного негативным восприятием реальности и самого себя. Депрессивные состояния возникают, как правило, в ситуациях утраты: смерть близких, разрыв дружеских или любовных отношений. Депрессивное состояние сопровождается психофизиологическими нарушениями (утратой энергии, мышечной слабостью), ощущением пустоты и бессмысленности, чувством вины, одиночества, беспомощности (Василюк). Для депрессивного состояния характерна мрачная оценка прошлого и настоящего, пессимизм в оценке будущего[[3]](#footnote-3).

В классификации психических состояний выделяют также соматопсихические состояния (голод, жажда, половое возбуждение) и психические состояния, возникающие в процессе трудовой деятельности (состояния утомления, переутомления, монотонии, состояния вдохновения и подъема, сосредоточенности и рассеянности, а также скуки и апатии). Эти состояния описаны в работах Левитова, Ильина, Платонова, Лебедева, Горбова.

Как прогнозируется, уже к 2020 году психические заболевания станут ведущими причинами инвалидизации населения планеты, при этом — депрессия займет второе место (после ишемической болезни) в первой десятке заболеваний, приводящих к инвалидности. Ведь всего 10 лет назад, в 1990 году, по аналитическим данным Гарвардской школы здравоохранения, ВОЗ и Всемирного Банка, депрессия занимала лишь 4 место. Сейчас тех, кто хотя бы раз в жизни пережил реальный депрессивный эпизод, уже около 30%, а к концу XXI века риск возникновения таких «эпизодов» в европейской популяции планеты, по прогнозам, приблизиться к 100%[[4]](#footnote-4).

При депрессии страдают практически все сферы - эмоциональная, интеллектуальная, волевая и обязательно мотивационная, что проявляется как субъективно в жалобах пациента, так и объективно - в изменении поведения. Стойкое снижение настроения при депрессии сочетается с утратой интереса к тому, что раньше воспринималось больным как привлекательное, приносящее удовлетворение или радость - различные формы досуга, общение, чтение книг, хобби, профессиональная деятельность, половая жизнь и пр. Пропадет не только чувство удовлетворения в результате такой деятельности, у больного, страдающего депрессией, нет мотивации, не возникает желания приступить к этой деятельности, а интерес к самой деятельности сменяется равнодушием и раздражением. Эти нарушения составляют один из главных диагностических признаков депрессии, который в МКБ-10 обозначается как "утрата интереса и удовольствия"[[5]](#footnote-5). При всех типах депрессивного состояния страдают также и первичные биологические мотивации - пищевая, нарушается аппетит, сексуальная функция, нарушается сон. Степень этих расстройств зависит, как правило, от тяжести депрессивного состояния.

Потребности бывают врожденные и приобретенные, одни носят первичный биологический характер, например, потребность в пище, продолжении рода, сне и т.д., другие имеют более сложную природу. К высшим потребностям относится потребность познавать, занимать положение в обществе, потребность самореализации. Существующие в подсознательной сфере потребности трансформируются в мотивацию (влечение), которая формирует поведение человека, а именно внешне наблюдаемую форму активности.

Связь мотивационных нарушений с депрессией не случайна и имеет определенную биохимическую основу: к этим расстройствам приводит нарушение обмена моноаминов мозга - серотонина, допамина, норадреналина.

## 

## 3. Виды депрессивных расстройств и их психические проявления

## 

*1. При депрессивных расстройствах невротического круга* (за исключением депрессивных реакций на тяжёлый стресс) настроение, как правило, снижается умеренно, наличествуют пессимистичные установки, которые, впрочем, далеки от суицидальной готовности, чаще больные хуже чувствуют себя в вечерние часы. Настроение, как правило, колеблется, пациентов нетрудно рассмешить или отвлечь. Они иногда с радостью сообщают, что у них “депрессия”: “У меня настоящая депрессия!”, “Какое “сниженное”?! У меня настроения вообще нет!” и т.п. При этом нетрудно выявить беспокойство пациента, а также то, из-за чего он тревожится (к этой теме он постоянно возвращается). Где-то в глубине души он ещё надеется на благополучный или какой-либо вообще исход этой проблемы, однако высказывается по этому поводу весьма завуалированно[[6]](#footnote-6).

Лица с депрессивным расстройством невротического круга могут чем-то заинтересоваться, хотя круг их интересов значительно сокращается, да и тот интерес, что возникает, достаточно быстро гаснет.

Пациенты не перестают полностью испытывать удовольствие от того, что раньше его доставляло, но удовольствие существенно сглаживается и сходит на нет раньше обычного (в первую очередь, как правило, страдает сексуальная сфера). Кроме того, всё это вовсе не означает, что они не способны испытывать удовольствие в принципе, например, они могут испытывать удовольствие от беседы с врачом. Характерная черта - утрата интереса больного к своему внешнему виду, женщины, например, перестают использовать косметику.

Преобладание процессов торможения над процессами возбуждения сказывается, разумеется, и на активности пациентов. Они, как правило, не просто быстро утомляются, они не могут включиться в деятельность, а если и выполняют какие-то действия, то делают это автоматически, отстранённо, без сопричастности.

При депрессивных расстройствах невротического уровня бросается в глаза некоторая пассивность пациента, он выглядит усталым, задёрганным. Тревожность этих пациентов ещё не испытывает на себе запредельного торможения, поэтому иногда может показаться, что они вполне активны и даже энергичны, но здесь следует обратить внимание на приступообразный характер этой активности, процессы возбуждения и торможения словно бы борются в пациенте. Торможение, впрочем, всякий раз, хотя может быть и не сразу, но побеждает.

Также при депрессии невротического уровня создаётся впечатление, что пациенты просто не хотят сосредотачиваться на чём-либо, кроме как на собственных пессимистичных переживаниях.

*2. При депрессивных расстройствах циклотимного уровня* (сюда же относятся депрессивные реакции на тяжёлый стресс) настроение действительно снижено весьма существенно, особенно в ночные и утренние часы, некоторое улучшение наступает во второй половине дня. Плаксивость, зачастую, внезапна, приступами больные, как правило, пытаются её контролировать, что даётся им с большим трудом. От пациентов можно слышать высказывания суицидального круга, они тяготятся жизнью, не хотят поправляться, не верят в возможность улучшения. Тревога у этих пациентов очень высока, но как бы беспредметна, оттого часто и не замечается. Развеселить таких пациентов почти невозможно, они напряжены, игнорируют любое оптимистичное замечание врача, иногда, правда, с ироничной улыбкой. Спектр интересов ограничивается тематиками фабулы переживаний. Можно видеть, что пациенты сохраняют пассивность, своего рода нейтралитет даже в тех случаях, когда окружающие их люди активно выражают радость или заинтересованность. Чувство утраты удовольствия охватывает самые широкие пласты (пища теряет вкус, мир кажется “серым” и т.п.)[[7]](#footnote-7). Ангедония становится мучительной, пациенты постоянно сравнивают себя с “нормальными людьми”, удивляются тому, что они - эти “нормальные люди” - могут чему-то радоваться, на что-то надеяться. Всё это наводит пациентов на мысль, что они сами уже “ни к чему не пригодны”, сильно изменились, совсем на себя не похожи, стали совсем не такие, как “нормальные люди”[[8]](#footnote-8).

Также у пациента с циклотимным уровнем депрессии пассивность приобретает черты скованности, он редко меняет позу, его мимика бедна и однообразна. Видно, что он двигается с трудом, долго думает над вопросом, не всегда может собраться, чтобы ответить полно и внятно. Такие пациенты часто жалуются на усталость, они “устали от жизни”, “всё тяготит”, “сил нет, полный упадок” и т.п.. Они говорят, что быстро устают от беседы, чтения, просмотра телепередач: “не могу сообразить”, “не понимаю, о чём говорят”, “теряю нить” и т.п.. Впрочем, было бы ошибкой полагать, что речь идёт именно об утомлении, скорее нужно думать о том, что из-за генерализации процессов торможения у пациента фактически возникает трудность формирования и поддержания необходимой доминанты, это и вызывает трудности с целенаправленной деятельностью[[9]](#footnote-9).

Помимо этого, при циклотимной депрессии собеседование с больным представляет для врача большую трудность, потому что постоянно приходится как-то “пробуждать” словно бы отключающегося время от времени больного.

*3. При депрессивных расстройствах психотического* уровня снижение настроения проявляется, как правило, именно подавленностью (“невыносимая тяжесть”), тоска ощущается буквально как физическая боль. При этом больные часто не считают своё настроение сниженным, они просто не думают, что это может быть актуальным на фоне общей безнадёжности и бессмысленности существования. Тревога ощущается пациентами как выраженное внутреннее напряжение, иногда им кажется, что они словно бы зажаты в каких-то тисках, и то ли сами они будут раздавлены, то ли тиски не выдержат. На лице у них выражение скорби, углы рта опущены, верхнее веко изломано под углом в области внутренней трети, на лбу характерная складка, поза сгорбленная, голова опущенная. Суицидальные намерения вполне отчётливы. Интерес пропадают практически полностью, до полного отказа от какой-либо деятельности. Высказывания пациентов на этот счёт звучат пугающе, они удивляются, как вообще можно испытывать заинтересованность и удовольствие, они могут спросить у врача: “А вы можете чему-то радоваться? Чему?”. То, что раньше доставляло пациенту удовольствие, радовало или интересовало, теперь кажется ему бессмысленным, абсурдным, нелепым, глупым, чудовищным и т.п.. При этом болезненной проработке подвергается не только настоящее и будущее пациента, но и его прошлое, он может утверждать даже, что никогда в жизни не испытывал удовольствия или интереса. Это не должно вводить врача в заблуждение: депрессивному больному нельзя верить, как и больному шизофренией. Снижение энергичности, активности, повышенная утомляемость[[10]](#footnote-10).

У пациента с психотической депрессией активность может быть вызвана только приступом тревоги: возникает ажитация, интенсивное возбуждение, сопровождающееся бесцельными действиями. В остальное же время они подобны сдувшемуся шарику, кажется, что жизнь уже их покинула. Это не просто вялость, это раздавленность. Движения больных медленны, крайне скупы, совершаются только при крайней необходимости, может развиваться так называемый “депрессивный ступор”. Пациенты говорят тихо и с трудом, моментально утомляются от общения или какой-либо иной деятельности.

При психотической депрессии возникает ощущение, что пациент и вовсе находится где-то совсем в другом мире, из которого нам слышны лишь некоторые отголоски и обрывки фраз. Причины этих “впечатлений” в том-то и состоят, что сам акт собеседования пациента с врачом не способен актуализироваться до степени господствующей доминанты.

Данный симптом как нельзя лучше иллюстрирует нейрофизиологическую суть депрессивных расстройств, а именно: преобладание процессов торможения над процессами возбуждения. Пациентов, зачастую, не только ничего не радует, но и не впечатляет. Они теряют способность испытывать удовольствие от того, что раньше его доставляло (ангедония). Выраженность этого симптома весьма вариабельна в зависимости от тяжести депрессивного расстройства.

Существуют и дополнительные симптомы депрессии, такие как трудности при необходимости сосредоточиться, удерживать внимание. Этот симптом - также результат преобладания процессов торможения над процессами возбуждения. Возможность сосредоточения обеспечивается принципом доминанты, поскольку же при депрессии процессы торможения вообще преобладают над процессами возбуждения, существование какого-либо господствующего очага оказывается под вопросом. По сути дела, единственно возможный очаг возбуждения здесь - это тягостные и фатальные мысли о бессмысленности и несостоятельности жизни. Разумеется, подобная постановка вопроса не позволяет актуализироваться каким-либо другим центрам.

Снижение самооценки, возникновение чувства неуверенности в себе, идеи виновности и самоуничижения. Подобные рассуждения больных - о собственной несостоятельности и виновности - естественное следствие субъективной оценки больным своего состояния. Они действительно ничего не могут из-за господства процессов торможения, снижения активности, неспособности сформировать деятельную доминанту. Чувства виновности при депрессии, по данным различных исследований, в большей мере характерны для американцев. Россияне же испытывают чувство вины достаточно своеобразно, даже будучи депрессивными больными: скорее можно было бы говорить о неловкости или, в крайнем случае, стыде, нежели о виновности в её чистом виде.

Впрочем, по мере углубления депрессии виновность действительно начинает конкурировать с самоуничижением, хотя и не вытесняет его вполне. Больные могут даже приписывать себе разнообразные пороки, считать себя виновниками различных несчастий и преступлений. Могут жестоко корить себя и называть “преступниками”, рассказывая при этом о каких-то мелких промахах и ошибках, имевших место в прошлом.

*Мрачное и пессимистичное видение будущего*. Этот симптом также описательного свойства. В каком-то смысле пациенту с депрессивным расстройством просто трудно думать о будущем, оно не вырисовывается - на это не хватает ни энергии, ни желания. Больному недостаёт интенции жить, чтобы думать о будущем, тем более, что всякая неизвестность пугает, а испугать депрессивного больного - значит усугубить депрессию, в очередной раз подчеркнув её роль “поглотителя тревоги”. В сочетании же с самоуничижительной оценкой всякие перспективы действительно кажутся больным тщетными. То, что всё будет плохо - это только суждение, симптомом оно становится в случаях, когда подобное суждение начинает определять поведение человека. Особенно этот симптом характерен для депрессивных реакций на острый и тяжёлый стресс, депрессивных невротических проявлений у пациентов с хронической психотравмирующей ситуацией, а также при классических формах маниакально-депрессивного психоза[[11]](#footnote-11).

Наконец, на счастье, при тяжёлых депрессиях, за счёт выраженности процессов торможения, у пациентов, как правило, недостаёт внутренних сил для формирования конкретных планов самоубийства, а тем более для их реализации. Иногда это может создать иллюзию относительно неплохого состояния пациента, тогда как, на самом деле, это говорит о его запредельной тяжести.

Нарушения сна (чаще ранние утренние пробуждения).

Нейрофизиологическое объяснение этого феномена несколько туманно. По всей видимости, так, по крайней мере, утверждают классики, заслуживают внимания два аспекта проблемы.

Во-первых, в условиях генерализации, нейроассоциации процессов торможения в центральной нервной системе, переход от бодрствующего состояния к сонному оказывается затруднительным. Здесь необходимо отметить, что и сами больные, подчас, удивляются этому явлению: практически постоянно испытывая сонливость, они не могут заснуть. Кроме того, пациенты с тяжёлой депрессией эндогенной природы несколько “расходятся” к вечеру, что обусловлено, по всей видимости, увеличением тонуса коры за счёт притока восприятий, получаемых из внешней среды. Ночью же количество этих раздражений уменьшается, и кора снова оказывается в своём болезненном, “полузаторможенном” состоянии, в результате - сон становится поверхностным, чрезвычайно чутким, тревожным, сновидения кажутся пациенту не естественными и спонтанными, а “сделанными”. На утро больным кажется, что они вообще не спали, они чувствуют себя разбитыми, уставшими, с “тяжёлой головой”[[12]](#footnote-12).

Во-вторых, поскольку торможение, всё-таки, в большей мере охватывает верхние этажи центральной нервной системы (в первую очередь, кору, вторую сигнальную систему), а лишь затем “ближайшие подкорковые области”, можно думать, что “глубже” эффект торможения оказывается недостаточным, тревога (процессы возбуждения) всё-таки продолжают там царствовать[[13]](#footnote-13). По всей видимости, именно этим обстоятельством объясняется тот факт, что больные, зачастую, достаточно хорошо засыпают, но через 3-5 часов внезапно пробуждаются “как от внутреннего толчка”, испытывают неопределённое беспокойство, тревогу. То есть, усиление торможения коры больше обычного позволяет нижележащим структурам сообщить о наличествующих в них процессах возбуждения. После подобного пробуждения больные заснуть уже не могут, или же засыпают через несколько часов, но сон становится поверхностным и тревожным.

Так или иначе, но симптом нарушения сна, хотя и расположен здесь в конце списка, является одним из самых существенных признаков депрессии. Представить себе депрессию без нарушений сна невозможно, и если больной хорошо спит, то на подобный диагноз ему претендовать не следует, как бы страстно он того не желал. При невротических депрессиях особенно затрудняется процесс засыпания, больные крутятся в постели, не находят себе места, не могут улечься, временами хотят встать и начать что-то делать. Они постоянно думают о том, что не могут заснуть, что плохо себя чувствуют, а на утро будут чувствовать себя ещё хуже. Пациенты же с эндогенными депрессиями редко рассказывают врачу увлекательные сновидения, их ночные пробуждения в большей степени продиктованы нейрофизиологической динамикой, нежели содержанием сновидений.

## 4. Психические проявления инволюционной депрессии

Депрессивные расстройства у лиц пожилого возраста, как правило, возникают в связи с какими-то психотравмирующими событиями, однако, последние служат лишь поводом, “последним звонком” перед началом реальной трагедии.

Как правило, предвестниками заболевания оказываются апатия с вялостью, выраженные нарушения сна, дисфория и ипохондрические расстройства. Постепенно у больных нарастают тревожные опасения, напряжённое ожидание всевозможных несчастий, заостряются личностные черты, зачастую, преобладает раздражительность, угрюмость и даже озлобленность. В дальнейшем развивается выраженная тревожная депрессия с ажитацией и идеомоторным возбуждением, присоединяются различные формы депрессивного бреда (идеи самообвинения, виновности, обвинения, осуждения, гибели, разорения и ипохондрические)[[14]](#footnote-14).

К сожалению, родственники больных крайне поздно спохватываются, и обращение к врачу оказывается несвоевременным. Больной с инволюционной депрессией рассматривается родственниками как взбалмошный, капризный, он раздражает и мучает близких. По этим причинам врач в подобных случаях должен быть ориентирован не только на помощь самому больному, но и ему через родственников и самим его родственниками.

*Изменён аппетит* (в любую сторону). Подобная формулировка нередко ставит в тупик, однако, действительно, аппетит пациентов может меняться как в ту, так и в другую сторону - или увеличиваться, или пропадать. Утрата аппетита, с одной стороны, объясняется торможением соответствующих подкорковых центров (в этом случае похудание существенно, но не “острое”), с другой, господством симпатоадреналовой системы, актуализированной на тревоге. Являясь антагонистом парасимпатического отдела вегетативной нервной системы (ответственный за регуляцию процессов пищеварения), активизированный симпатический отдел приводит не только к снижению аппетита, но к ухудшению самого пищеварения. Поэтому больные с реактивными депрессиями способны потерять до 10 кг в течение одного месяца (количество утраченных килограммов, на самом деле, является своего рода критерием тяжести депрессивного расстройства).

*Увеличению массы тела*, как это ни парадоксально, больные обязаны второму из описанных механизмов. Дело в том, что если всё-таки пациенту, испытывающему тревогу, удаётся что-то съесть, то возникает следующая ситуация. Поскольку поглощаемая пища воздействует на соответствующие рецепторы, начинается аффекторная стимуляция парасимпатических центров, последние, активизируясь, снижают симпатические влияния, кровь, так сказать, оттекает к желудку, снижается частота сердцебиений, нормализуются цифры артериального давления, а со всеми ними уходит и тревога. Таким образом, приём пищи может стать своего рода защитным механизмом, уменьшающим тревогу.

Далее такой поведенческий акт в условиях стресса закрепляется по механизму “эффекта действия” или “положительного подкрепления” (снижение тревоги - это уже хорошо!)[[15]](#footnote-15). В результате, пациент с депрессией, набирающий иногда до десятков килограмм за полгода, может обратиться к врачу с жалобами на жор, а не на депрессию. Всё вышеизложенное свидетельствует: не стоит удивляться тому, что обычное время для приступов жора у таких пациентов - ночное. Причём, в качестве излюбленных “пищевых транквилизаторов” ими используются хлебобулочные изделия, быстро разбухающие в желудке и оказывающие максимальное воздействие на аффекторный аппарат парасимпатической нервной системы, а также традиционные раздражители пищеварительной деятельности - специи, приправы или, например, лимон.

*Снижение либидо.* Изменения в сексуальной сфере, как правило, возникают на самых ранних этапах аффективных расстройств, с нарастанием депрессивных проявлений они также углубляются: снижается либидо, частота поллюций, выраженность адекватных и утренних эрекций, половая активность в целом, тускнеет оргазм, изменяется продолжительность полового акта, у женщин наступает фригидность. В целом снижение половой активности должно рассматриваться как результат торможения соответствующих центров и общего снижения витального тонуса, что свойственно депрессивным расстройствам.

Выявляемая подавленность, *неспособность к положительным эмоциям,* тревога, трудность в принятии решений часто рассматривается врачами, как проявление сексуальной дисфункции, что в данном случае неверно. Впрочем, на депрессивном фоне сама сексуальная сфера теряет для больного актуальность, что затрудняет обращение к врачам, с другой стороны, она может стать предметом идеаторной разработки, а потому соответствующие изменения могут предъявляться больными в качестве основной жалобы.

*Соматические жалобы без органических причин*, а также ипохондрическая настроенность. Как уже указывалось, данный симптом может быть чуть ли не единственным признаком депрессивного расстройства (“маскированные депрессии”), однако, соматические жалобы далеко не всегда играют роль “соматической маски” депрессии, зачастую, они дополняют и приукрашивают картину и без того очевидного депрессивного расстройства[[16]](#footnote-16).

**5. Заключение**

Депрессия — это сниженное, подавленное настроение, когда ничего не хочется и, думаешь только о том, как все плохо. Для возникновения депрессии необходим какой-то очень существенный повод. Однако по статистике, чем лучше становится наша жизнь, тем больше людей начинают страдать от депрессии. Так что все ссылки на внешние трудности вряд ли могут быть приняты в расчет, хотя без трудностей, конечно, дело не обходится. Разумеется, мы сталкиваемся с трудностями, переживаем из-за них, иногда чувствуем себя подавленными, обессилевшими. Но депрессия как таковая — это не просто наша реакция на жизненные трудности, это специфический сбой в работе мозга. Мозг, пораженный депрессией, начинает спонтанно, вне зависимости от внешних обстоятельств, порождать чувства тоски и подавленности, а также ощущения безысходности и пугающей бессмысленности жизни.

Следует отметить, что по вопросу о депрессиях не существует полного согласия даже между крупными теоретиками. Представители различных научных направлений, последователи многочисленных психологических школ рассматривают его под разными углами зрения, но проблема остается открытой и актуальной на сегодняшний день.

## Литература

1. Аарон Бек, А. Раш, Б. Шо, Гэри Эмери. Когнитивная терапия депрессии. М: -2005
2. Василюк Ф.Е. Психология переживаний -М.: Изд-во МГУ 1984.- с.352
3. Карвасарский Б.Д. Клиническая психопатология М: -2004
4. Курпатов А.В. ДЕПРЕССИЯ: от реакции до болезни (пособие для врачей общей практики) 2003
5. Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю.Депрессия и резистентность, И-во:«Сфера»- 2003
6. Решетников М Психодинамика и психотерапия депрессий, И-во: «Сфера»- 2003
7. Фрейд З. «Печаль и меланхолия». – Л.: Академия, 1924. – 62 с
8. Шнайдер К. Клическая психопатология. Изд-во «Сфера» 1999. – с.324

1. *Фрейд З. «Печаль и меланхолия» . – Л.: Академия, 1924. – 62 с* [↑](#footnote-ref-1)
2. *Шнайдер К. Клиническая психопатология.Изд-во «Сфера» 1999. – с.324* [↑](#footnote-ref-2)
3. *Василюк Ф.Е. Психология переживаний -М.: Изд-во МГУ 1984.- с.352*  [↑](#footnote-ref-3)
4. *Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю.Депрессия и резистентность , И-во:«Сфера»- 2003* [↑](#footnote-ref-4)
5. *Карвасарский Б.Д. Клиническая психопатология М: -2004* [↑](#footnote-ref-5)
6. *Курпатов А.В. ДЕПРЕССИЯ: от реакции до болезни(пособие для врачей общей практики) 2003*  [↑](#footnote-ref-6)
7. *Шнайдер К. Клиническая психопатология.Изд-во «Сфера» 1999. – с.324* [↑](#footnote-ref-7)
8. *Шнайдер К. Клиническая психопатология.Изд-во «Сфера» 1999. – с.324* [↑](#footnote-ref-8)
9. *там же* [↑](#footnote-ref-9)
10. *Аарон Бек, А. Раш, Б. Шо, Гэри Эмери. Когнитивная терапия депрессии. М: -2005* [↑](#footnote-ref-10)
11. *Курпатов А.В. ДЕПРЕССИЯ: от реакции до болезни(пособие для врачей общей практики) 2003* [↑](#footnote-ref-11)
12. *Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю.Депрессия и резистентность, И-во:«Сфера»- 2003* [↑](#footnote-ref-12)
13. *там же* [↑](#footnote-ref-13)
14. *Решетников М Психодинамика и психотерапия депрессий , И-во:«Сфера»- 2003* [↑](#footnote-ref-14)
15. *Решетников М Психодинамика и психотерапия депрессий, И-во:«Сфера»- 2003* [↑](#footnote-ref-15)
16. *Карвасарский Б.Д. Клиническая психопатология М: -2004* [↑](#footnote-ref-16)