

## КРАТКОСРОЧНАЯ ИНТЕГРАТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВАРИАНТА ДЕЗАДАПТАЦИИ ЛИЧНОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОГЕННЫМИ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

ЖЕБЕНТЯЕВ В.А., КИРПИЧЕНКО А.А., СОЛОДКОВ А.П.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»*

**Резюме.** Изучалась эффективность программы краткосрочной интегративной психотерапии разработанной в соответствии с клинико-психологическим вариантом дезадаптации личности в комплексном лечении 40 пациентов с психогенными депрессивными расстройствами. Контрольную группу составили 26 пациентов, получавшие лечение в виде психофармакотерапии, физио- и иглорефлексотерапии, индивидуальной рациональной психотерапии. Для пациентов с острыми расстройствами адаптации разработана поддерживающая психотерапия, для пациентов с затяжными расстройствами адаптации – преимущественно личностно-ориентированная психотерапия, для пациентов с депрессивными эпизодами – сочетание поддерживающей и личностно-ориентированной психотерапии на фоне интенсивной фармакотерапии антидепрессантами. Показано, что разработанная программа позволяет значительно улучшить лечение психогенных депрессивных расстройств, приводя к более быстрой редукции психопатологической симптоматики, повышению уровня комплаенса, снижению уровня тревоги, связанной с пребыванием в больнице и возвращением в привычную социальную среду. Результаты данных катамнеза показали устойчивые показатели выздоровления при всех клинических вариантах психогенных депрессивных расстройств.

**Ключевые слова:** депрессивные расстройства, дезадаптация личности, интегративная психотерапия.

**Abstract.** The efficiency of short-term integrative psychotherapy as the part of complex treatment of 40 patients with psychogenic depressive disorders, which was designed concerning the clinical-psychological variant of personality disadaptation, was investigated. The control group enlisted 26 patients treated by the psychopharmacological treatment, the physical therapy, the acupunctures and the individual rational psychotherapy. The supporting psychotherapy was designed for the patients with acute adjustment disorders; the personality-orientated psychotherapy was designed for the patients with extensive adjustment disorders; the combination of supportive and personality-orientated psychotherapy backed by intensive antidepressant treatment – for the patients with depressive episodes. It was shown that designed program improves the treatment of psychogenic depressive disorders resulting in short time reduction of psychopathological symptoms, increasing of compliance, decreasing of alarm level related with hospital treatment and returning to the ordinary environment. The katamnesis results have shown the stable improvement in all clinical variants of psychogenic depressive disorders.

**Адрес для корреспонденции:** Республика Беларусь, 210023, г. Витебск, пр. Фрунзе, 27, Витебский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии. - Жебентяев В.А

В большинстве стран за последние десятилетия отмечается неуклонный рост депрессивных расстройств, и в частности психогенно обусловленных депрессивных состояний. Данные расстройства к началу XXI века приобрели характер «большой эпидемии» и стали одной из глобальных проблем мирового сообщества [1, 7, 8, 11]. Классические представления о психогенных депрессиях основываются на психологических механизмах в их развитии [16]. Психофармакологические средства здесь играют роль симптоматической терапии и мало влияют на психологические причины, послужившие основой возникновения болезни. В соответствии с этим психотерапия занимает приоритетное место в лечении и профилактике данных расстройств и их осложнений (алкогольной и наркотической зависимости, психосоматических заболеваний и др.) [1]. Искусство врача при лечении психогенных депрессий заключается в умении выбрать правильный баланс между психотерапевтическими и фармакотерапевтическими подходами, а также в умении выбрать своевременный и адекватный психотерапевтический подход [2,5,8]. Большое количество исследований, посвященных изучению эффективности различных методов психотерапии в лечении депрессивных расстройств показало, что эффективными методами психотерапии считаются краткосрочные, структурированные формы психотерапии, включающие когнитивную, поведенческую, интерперсональную, семейную, краткосрочную динамическую психотерапию и психологическое консультирование [2,5,6,17]. Однако по данным катамнестических методов различия в эффективности психотерапевтического лечения и неспециализированных видов помощи исчезают через год [19]. Изучение данных о результатах исследования эффективности психотерапевтических вмешательств в целом позволяет сделать вывод, что не так важен метод, который выбирается для лечения расстройства, как важен учет индивидуальных механизмов, приведших к расстройству и подбор на основе этого психотерапевтических вмешательств. Различия в синдромологической структуре, степени выраженности и типе течения психогенной депрессии, неоднозначные изменения в динамике биохимических показателей и, наконец, гетерогенность вариантов дезадаптации личности определяют необходимость обобщенных клинко-патогенетически обоснованных подтипов этого заболевания для построения дифференцированных восстановительных терапевтических программ [6, 7, 8].

Целью данной работы было изучение эффективности программы краткосрочной интегративной психотерапии разработанной в соответствии с клинко-психологическим вариантом дезадаптации личности при лечении пациентов с психогенными депрессивными расстройствами.

#### Методы

Исследование проводилось в условиях отделений неврозов Витебской областной клинической психиатрической больницы. Объектом исследования

были выбраны 40 пациентов зрелого возраста (23 женщины и 7 мужчин), впервые обратившиеся за психиатрической помощью, с клинической картиной депрессивных реакций и состояний, спровоцированных психоэмоциональным стрессом. Отбирались пациенты, не имевшие клинически значимой соматоневрологической патологии. Исключались больные с биполярным аффективным расстройством и рекуррентными депрессиями, депрессиями соматогенного и органического происхождения, депрессиями в структуре посттравматического стрессового расстройства, а также люди с непатологическими адаптационными реакциями. Психотерапия являлась составной частью комплексной терапии данных пациентов: психофармакотерапии, физио- и иглорефлексотерапии. Психотерапевтическая работа с каждым пациентом проводилась индивидуально и включала следующие этапы:

1. Клинико-психопатологическая оценка состояния пациентов с использованием для оптимизации диагностического процесса личностных опросников СМИЛ [12], Олдхэма-Морриса [13], Келлермана-Плутчика-Конте [18], теста смысложизненных ориентаций [9].

2. Разработка и проведение индивидуализированной психотерапевтической программы.

Особенностью краткосрочной психотерапии депрессий является то, что она требует активной позиции от психотерапевта, чтобы как можно раньше прервать депрессиогенные механизмы, а также способствовать комплайенсу пациента в процессе дальнейшего лечения. Для данной цели необходимо учитывать особенности клиники депрессии и личности, на «почве» которой развилось расстройство. Наши исследования [3,4] показали, что все многообразие психогенных депрессий можно разделить на три группы (острые расстройства адаптации, затяжные расстройства адаптации, депрессивные эпизоды), которые также отличаются между собой по личностным механизмам их развития. Благодаря выявлению трех групп механизмов формирования психогенных депрессивных расстройств были разработаны три дифференцированные лечебно-реабилитационные программы, которые позволили, используя принципы комплексности и этапности в лечении данных расстройств, определять на каждом этапе такой набор лечебно-реабилитационных средств, который был бы обусловлен особенностями механизмов формирования при каждом варианте расстройств.

В частности, острые расстройства адаптации отличались благоприятным профилем личности с нерезко выраженными акцентуациями по тревожно-уклоняющемуся, зависимому и ананкастному типам, с доминирующим механизмом психологической защиты «отрицания» и относительно сохранными смысложизненными ориентациями. Учитывая сохранность личностных механизмов адаптации к психотравмирующей ситуации психотерапия была направлена на «вентиляцию» чувств, актуализацию реактивных переживаний, их отреагирование и принятие.

При затяжных расстройствах адаптации отмечалась патологическая адаптация к стрессовому фактору со стойким депрессивным и тревожно-

уклоняющемся паттерном поведения и реагирования, встроенным в личностную структуру. Пациенты склонны к «застреванию» на отрицательных эмоциях, эмоциональной ригидности. Специфика и выраженность психологических защитных механизмов говорит о сформированном ригидном защитном поведении, определяющем поведение пациентов данной группы и способствующем затяжному течению депрессии. Кроме того, отмечено снижение смысло-жизненных ориентаций, фатализм, убежденность в том, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю, что свобода выбора иллюзорна, и бессмысленно что-либо загадывать на будущее.

В связи с этим цели психотерапии и последовательность шагов к их достижению отличались при лечении пациентов данной группы. Учитывая то, что в данном случае требовалось многоуровневое вмешательство на уровне личности направленное на коррекцию психологических механизмов совладания со стрессом, преодоление, избегания решения проблемной ситуации, а также необходимость работы на ценностно-экзистенциальном уровне проводилась личностно-ориентированная психотерапия, направленная на различные уровни и механизмы страдания. После достижения терапевтического альянса велась работа над формированием позитивных ожиданий от будущего, постановка целей, затем использовались различные техники, направленные на достижение большей гибкости в плане отношения к психотравмирующей ситуации, а также облегчение доступа к бессознательным ресурсным состояниям. По мере дальнейшего углубления психотерапевтической работы с интрапсихическими механизмами страдания (работа с частями личности, рефрейминг и др.) подключались методы направленные на коррекцию интерперсональных механизмов (работа с чувством контроля и ответственности). Низкие показатели осмысленности жизни у данной категории пациентов были мотивом для коррекции ценностно-смысловой сферы личности у пациентов с помощью некоторых техник экзистенциальной психотерапии (осознание личного опыта переживания экзистенциальных конечных данностей и отношений «Я-другой», «Вопрос о смысле», осознание границ близости, символическое представление экзистенциальных универсалий, «Взгляд сверху», «Жизненный путь», «Лабиринт». В дальнейшем велась работа над развитием новых, способствующих более полноценной адаптации, навыков, более детальным выбором наиболее гармоничной индивидуальной иерархии ценностей, смыслов и целей.

С 5 пациентами из группы затяжных расстройств адаптации велась психотерапевтическая работа амбулаторно после выписки их из стационара, направленная на перестройку личностных механизмов патологической адаптации.

При расстройствах в рамках депрессивного эпизода характерна наиболее выраженная социально-психологическая дезадаптация личности. Изменения, которые выявляются при клиническом и экспериментально-психологическом обследовании свидетельствует о состоянии общего стресса, в котором напряжены множественные компенсаторные функции психической деятельности, направленные на нивелировку дезадаптации. В остром периоде психотерапия носила поддерживающий характер и являлась дополнительным к интенсивной фармакотерапии антидепрессантами и, по показаниям, анксиолитиками. Велась

работа над формированием терапевтического альянса, психотерапевтические вмешательства были направлены на облегчение симптомов в эмоциональной сфере. Для этого использовались ресурсные техники НЛП (нейролингвистического программирования), сеансы эриксоновской гипнотерапии. По мере улучшения состояния пациенту предлагались сеансы управляемого воображения с психологической релаксацией, а также углублялась индивидуальная психотерапевтическая работа. Она включала в себя ресурсную проработку конфликтных и стрессогенных ситуаций с использованием техник НЛП: «Взмах», «Выход в третью позицию». Эти техники подготавливали к более глубокой проработке депрессиогенных механизмов, связанных с отношениями – для этого использовались техники: «Отсушка», «Трехпозиционное описание». Проводилась работа на интраперсональном уровне с проблемными частями личности (особенно при присутствии в клинической картине включений тревоги, страха, паники) с использованием техник «Шестишаговый рефрейминг», «Изменение личностной истории». При фобическом компоненте в структуре расстройства проводилась дополнительная проработка с помощью техник визуально-кинестетической диссоциации (различные варианты техники «Кинотеатр»). Кроме того проводились техники, ответственные за развитие новых, способствующих более полноценной адаптации, навыков: «Генератор нового поведения», различные варианты техники «Взмах», «Новый Я», временные техники, более детальное и ресурсное формирование результата [14].

Продолжительность психотерапии ограничивалась сроками пребывания пациентов в стационаре (в среднем 21-30 дней). Индивидуальные сессии планировались, в среднем, с частотой встреч 3 раза в неделю и продолжительностью 50-60 минут. Кроме того, проводилась психотерапия в группах с использованием техник психосинтеза и гештальт-терапии частотой 2-3 раза в неделю и 3 раза в неделю проводились групповые сеансы управляемого воображения и психологической релаксации.

Контрольную группу составили 26 пациентов с теми же диагнозами, что и пациенты основной группы, госпитализированные в те же сроки, получавшие лечение в виде психофармакотерапии, физио- и иглорефлексотерапии, индивидуальной рациональной психотерапии.

В опытную и контрольную группу пациенты отбирались случайным способом.

Об эффективности лечения мы судили по анализу динамики клинических проявлений и психологического тестирования пациентов. Для оценки степени симптоматического улучшения использовали также психометрические шкалы: шкалу для оценки депрессии Гамильтона [15] и опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90 [10]. В ходе работы анализировали следующие показатели: выраженность общего терапевтического эффекта (количество респондеров по шкале депрессии Гамильтона – HDRS-21); степень редукции психопатологических симптомов по HDRS-21 и SCL-90, сроки наступления положительного терапевтического эффекта.

Степень выраженности депрессивных расстройств оценивали по HDRS-21 перед началом терапии (0-й день), а затем на 7, 14, 21 день лечения. Крите-

рием эффективности терапии (отнесение к респондерам) было снижение общего балла HDRS-21 в процентах от первоначального ( $H_{50\%}$ ). Оценка психопатологической симптоматики по опроснику SCL-90 проводилась на 0-й и 21-й день лечения.

Катамнестическое исследование проводилось через 10-12 месяцев после окончания лечения. Катамнестические данные получены у 36 пациентов (90 %) основной группы и 23 (88,5 %) контрольной. На основании 4 критериев методики клинической оценки эффективности психотерапии с помощью клинической шкалы, разработанной в научно-исследовательском институте имени В.М. Бехтерева [5], была проведена оценка степени симптоматического улучшения, осознания психологических механизмов болезни, восстановление нарушенных отношений личности и улучшения социального функционирования.

Достоверность различий в частотном распределении оценивали при помощи критерия кси-квадрат ( $\chi^2$ ), различия количественных показателей – по средним показателям с помощью критерия Манна-Уитни.

Результаты исследования.

По общей эффективности терапии к концу исследования были выявлено, что число респондеров в опытной группе было больше, чем в группе сравнения. В опытной группе число респондеров составило 85% (34 пациента), в группе сравнения – 53,84% (14 пациентов).

**Результаты психометрических шкал.** Эффект комплексной терапии наступал достаточно быстро. Уже к концу 1-й недели были статистически достоверные отличия от группы сравнения по суммарному баллу по шкале Гамильтона ( $15,88 \pm 3,69$  по сравнению с  $17,96 \pm 3,99$  ( $p < 0,05$ )) (рис. 1).

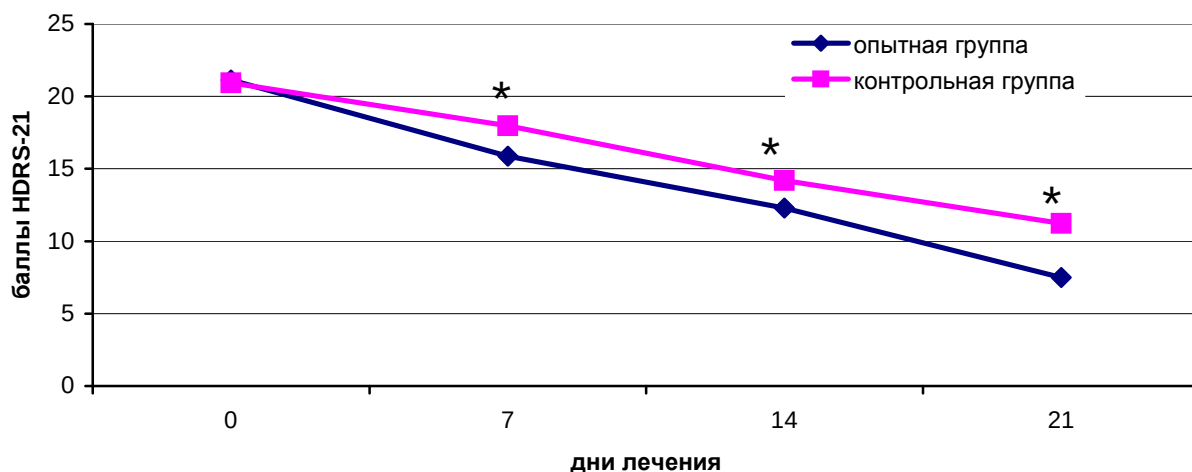


Рис.1. Динамика суммарного балла шкалы для оценки депрессии Гамильтона в опытной и контрольной группе (\* -  $p < 0,05$ ).

При анализе динамики клинической симптоматики по отдельным пунктам шкалы Гамильтона отмечалось, что достоверно быстрее к концу 1-й недели редуцировалась психическая тревога и повышалась активность и работоспособность ( $p < 0,05$ ). Подавленное настроение по суммарному баллу также было

ниже в опытной группе, хотя и не достигало статистически достоверных значений.

На 14 день лечения также наблюдалось статистически достоверно более низкий балл по шкале Гамильтона в опытной группе по сравнению с контрольной группой ( $12,30 \pm 2,95$  по сравнению с  $14,19 \pm 3,35$  ( $p < 0,05$ )) (рис. 1). В опытной группе более быстро редуцировались симптомы ранней инсомнии ( $p < 0,05$ ), психической ( $p < 0,05$ ) и соматической тревоги ( $p < 0,05$ ), общесоматические симптомы ( $p < 0,01$ ), сглаживались суточные колебания настроения.

К концу стационарного этапа лечения (в среднем на 21 день терапии) суммарный балл по шкале Гамильтона в опытной группе составил  $7,5 \pm 1,83$  по сравнению с контрольной группой  $11,23 \pm 2,94$  ( $p < 0,001$ ) (рис. 1). По сравнению с контрольной группой достоверно больше улучшились показатели подавленного настроения ( $p < 0,01$ ), средней инсомнии ( $p < 0,001$ ), заторможенности ( $p < 0,05$ ), психической ( $p < 0,001$ ) и соматической тревоги ( $p < 0,001$ ), общесоматических ( $p < 0,05$ ), параноидных ( $p < 0,01$ ) и обсессивно-компульсивных ( $p < 0,05$ ) симптомов.

Таблица 1

**Сравнительная эффективность лечения у пациентов  
с острыми расстройствами адаптации в опытной и контрольной группе**

| Эффективность | Опытная группа |     | Контрольная группа |     |
|---------------|----------------|-----|--------------------|-----|
|               | Абс.           | %   | Абс.               | %   |
| Респондеры    | 9              | 100 | 1                  | 20  |
| Нонреспондеры | 0              | 0   | 4                  | 80  |
| Всего больных | 9              | 100 | 5                  | 100 |

Таблица 2

**Сравнительная эффективность лечения у пациентов  
с затяжными расстройствами адаптации в опытной и контрольной группе**

| Эффективность | Опытная группа |      | Контрольная группа |     |
|---------------|----------------|------|--------------------|-----|
|               | Абс.           | %    | Абс.               | %   |
| Респондеры    | 3              | 42,9 | 3                  | 50  |
| Нонреспондеры | 4              | 57,1 | 3                  | 50  |
| Всего больных | 7              | 100  | 6                  | 100 |

Таблица 3

**Сравнительная эффективность лечения у пациентов  
с депрессивными эпизодами в опытной и контрольной группе**

| Эффективность | Опытная группа |      | Контрольная группа |      |
|---------------|----------------|------|--------------------|------|
|               | Абс.           | %    | Абс.               | %    |
| Респондеры    | 22             | 91,7 | 10                 | 66,7 |
| Нонреспондеры | 2              | 8,3  | 5                  | 33,3 |
| Всего больных | 24             | 100  | 15                 | 100  |

В таблицах 1 и 3 показано, что среди пациентов с острыми расстройствами адаптации и депрессивными эпизодами опытной группы наблюдается более высокий процент респондентов к концу стационарного лечения по сравнению с контрольной группой. Данные, приведенные в таблице 2 показывают, что процент нонреспондеров среди пациентов с затяжными расстройствами адаптации схожий с показателями в контрольной группе. Это подтверждает то, что для данных пациентов характерен стойкий депрессивный и тревожно-уклоняющийся паттерн поведения и реагирования, встроенный в личностную структуру. Для улучшения состояния пациентов требуются большее время психотерапевтического вмешательства, фокусирующегося на личности пациентов. В связи с этим с 5 пациентами с затяжными расстройствами адаптации из опытной группы продолжалось психотерапевтическое лечение на амбулаторном этапе.

Исследование динамики выраженности психопатологической симптоматики с использованием опросника SCL-90 (рис. 2) показало, что в опытной группе более быстро редуцировались показатели общей тяжести дистресса GSI, соматических симптомов, тревожности, депрессии и фобической тревоги.

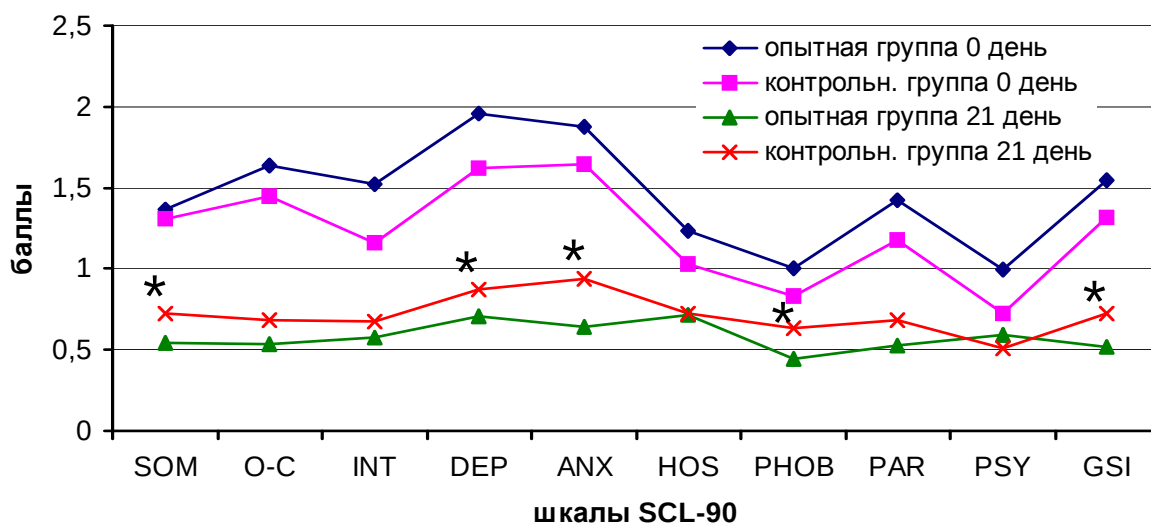


Рис. 2. Динамика показателей шкал опросника SCL-90 в основной и контрольной группе (\* -  $p < 0,05$ ).

Динамика показателей клинического исследования была взаимосвязана с другими наблюдавшимися терапевтическими изменениями. Пациенты опытной группы более активно вовлекались в терапевтический процесс, более охотно сотрудничали с врачом, были более мотивированы на лечение. Таким образом, можно говорить о более высоком уровне комплаенса в основной группе по сравнению с контрольной. Пациенты опытной группы в отличие от пациентов контрольной группы отмечали, что психотерапия позволяет снизить ощущение собственной изоляции, ослабить тревогу, связанную с пребыванием в больнице. В ходе психотерапии возрастали проявления таких способов отношения к себе и окружающим, как терпимость, объективность представления о возможностях обстановки, когнитивная и поведенческая автономия. При окончании курса ле-



чения в стационаре пациенты опытной группы отмечали более низкую тревогу, связанную с возвращением в привычную социальную среду по сравнению с пациентами контрольной группы.

### **Результаты исследования**

У достоверно большего числа пациентов через год в основной группе по сравнению с контрольной обнаружено понимание собственного участия в возникновении психотравмирующих ситуаций и применение полученного психотерапевтического опыта в повседневной жизни: 29 пациентов (80,6%) основной группы и соответственно 11 пациентов (47,8%) в контрольной ( $p < 0.001$ ). Сохранили осознание психологических механизмов депрессии в основной группе 27 пациентов (75%), соответственно у 11 пациентов (47,8%) в контрольной ( $p < 0.01$ ). Улучшили свое материальное положение 26 пациентов основной группы (72,2%) против 10 пациентов (43,5%) контрольной ( $p < 0.01$ ). Нашли работу или сменили на более удовлетворительную 13 пациентов основной группы (36,1%) против 4 пациентов (17,4%) контрольной ( $p < 0.01$ ).

При расспросе были выявлены симптомы, которые присутствовали в настоящем или хотя бы раз возникали с достаточной силой в течение года. У достоверно большего числа пациентов основной группы по сравнению с пациентами контрольной группы реже встречаются симптомы: подавленное (сниженное) настроение [у 10 (27,7%) человек в основной и у 14 (60,9%) человек в контрольной ( $p < 0.01$ )]; апатия [у 10 человек (27,7%) в основной и у 12 (52,2%) в контрольной ( $p < 0.01$ )]; нарушение сна [у 2-х человек (5,5%) в основной и у 12 (52,2%) в контрольной ( $p < 0.01$ )]; соматовегетативные симптомы [у 3-х человек (8,3%) в основной и у 10 (43,5%) в контрольной ( $p < 0.01$ )]. Симптом нарушения аппетита в основной группе отсутствует, в контрольной группе с таким симптомом 3 человека. Не предъявили никаких симптомов 26 (72,2%) пациента основной группы, что соответствует 5 пациентам (21,7%) в контрольной.

Нужно отметить, что хорошие результаты при психотерапии пациентов с затяжными расстройствами адаптации показывают, что на перестройку патологических способов адаптации к психотравмирующей ситуации требуется больше времени, чем у пациентов с острыми расстройствами адаптации и депрессивными эпизодами, однако через год ситуация выравнивается.

В течение года только 2 пациента (5%) из основной группы были повторно госпитализированы, а в контрольной - 7 пациентов (26,9%).

Анализ проводимой терапии 23 больным контрольной группы показал, что малая эффективность предшествующего лечения объясняется недостаточным учетом клинической динамики психогенных депрессивных расстройств внутриличностного конфликта, особенностей личности, механизмов психической травмы, а также отсутствие патогенетически разработанной дифференцированной психотерапевтической тактики в лечении.

### **Выводы**

Таким образом, проведенное исследование показало:

1. Дифференцированная программа краткосрочной интегративной психотерапии в зависимости от варианта дезадаптации личности позволяет значительно улучшить лечение психогенных депрессивных расстройств, приводя к

более быстрой редукции психопатологической симптоматики, повышению уровня комплаенса, снижению уровня тревоги, связанной с пребыванием в больнице и возвращением в привычную социальную среду.

2. Результаты данных катамнеза показали устойчивые показатели выздоровления при всех клинических вариантах психогенных депрессивных расстройств.

#### Литература

1. Евсегнеев, Р.А. Психиатрия для врача общей практики / Р.А. Евсегнеев. – Минск: Беларусь, 2001.
2. Егоров, Б. Е. Комплексная эмоционально-стрессовая психотерапия депрессивного невроза и невротической депрессии: автореф. ... дис. канд. мед. наук / Б. Е. Егоров. – Москва, 1988.
3. Жебентяев, В. А. Психологические особенности личности при различных клинических вариантах психогенных депрессивных расстройств / В. А. Жебентяев, А. А. Кирпиченко, А. П. Солодков // Вестник ВГМУ. – 2006. – № 1. – С. 101-110.
4. Жебентяев, В. А. Особенности дезадаптации личности пациентов с различными клиническими вариантами психогенных депрессивных расстройств // Медицинские новости. – 2006. – № 2.
5. Карвасарский, Б. Д. Психотерапия // под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб.: Изд-во Питер, 2000.
6. Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Баумана. – СПб.: Питер, 2002. – С. 1046-1075.
7. Корнетов, Н. А. Депрессивные расстройства. Диагностика, систематика, семиотика, терапия / Н. А. Корнетов. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2000. – 107 с.
8. Корнетов, Н. А. Психогенные депрессии (Клиника, патогенез) / Н. А. Корнетов. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 1993. – 238 [1] с.
9. Леонтьев, Д. А. Тест смысло-жизненных ориентаций (СЖО) / Д. А. Леонтьев. – 2-е изд. – М.: Смысл, 2000. – 18 с.
10. Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List–90–Revised – SCL–90–R): практикум по психологии посттравматического стресса / под ред. Н. В. Тарабриной. – СПб.: Питер, 2001. – С. 146–181.
11. Семке, В. Я. Аффективные расстройства. Региональный аспект: научно-практическое издание / В. Я. Семке, Е. Д. Счастный, Г. Г. Симуткин. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2004. – 234 с.
12. Собчик, Л. Н. Стандартизованный многофакторный метод исследования личности / Л. Н. Собчик. – М., 2000.
13. Райгородский, Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие / Д. Я. Райгородский. – Самара: Бахрах-М, 2000. – 672 с.

14. Япко, М. Гипноз для психотерапии депрессий / М. Япко. – Издательство: Центр психологической культуры, 2002. – 247 с.
15. Hamilton, M. A rating scale for depression / M. Hamilton // Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. – 1960. – Vol.23. – P.56-62.
16. Jaspers, K. Allgemeine Psychopathologie / K. Jaspers. – 1965.–№ 8. – Berlin, Heidelberg, New York,
17. Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic review / S. Pampallona [et al.] // Evid. Based. Ment. Health. – 2005 – Feb. – № 8(1). – P.12.
18. Plutchik, R. Measurity emotions and their derivatives: personality traits, Ego defences and coping styles / R. Plutchik, H. Conte // Contemporary approaches to psychological assessment. – New York, 1989. – P. 241-249.
19. Ward E., King M., Lloyd M., et al. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behavior therapy, and usual general-practitioner care for patients with depression. I: Clinical effectiveness. BMJ 2000;321:1383-8.