

ДЕПРЕССИЯ: ВОЗМОЖНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ В ДЕЙСТВУЮЩЕЙ МОДЕЛИ ПОМОЩИ

DEPRESSION: POSSIBILITIES AND LIMITATIONS OF PSYCHOTHERAPY IN THE CURRENT MODEL OF CARE



Оксана Фортунатова

Oksana Fortunatova

Basic Consultant of Positive Psychotherapy,
Private practice consultant (Kyiv, Ukraine)

Email: oksfortt@gmail.com

Received 24.10.2021

Accepted for publication 27.12.2021

Published 20.01.2022

Аннотация

Данная статья призвана привлечь внимание специалистов к проблемам места и роли немедикаментозной психотерапии в лечении депрессии. Статья прослеживает зависимость результатов работы психотерапевтов от качества работы врачей общей практики и психиатров, а также затрагивает аспекты актуальности норм и рекомендаций Всемирной организации здравоохранения, национальных протоколов помощи по работе с депрессией, и фактической ситуации их исполнения.

Ключевые слова: депрессия, компетенция психотерапевта, антидепрессанты, депрессивная характерология, позитивная психотерапия

Abstract

The article is intended to pin the attention of specialists to the problems of non-drug psychotherapy in depression treatment. The article is tracking the dependence of the working results of psychotherapists on the general practitioner's quality of the work and psychiatrists, as well as it touches on the aspects of the relevance of the norms and recommendations of the World Health Organization, national protocols of care for dealing with depression and their actual situation of their implementation.

Keywords: depression, psychotherapist competence, antidepressants, depressive characterology, positive psychotherapy

Вступление

По данным ВОЗ, в 2018 году от депрессии страдало 264 млн человек.

По данным Европейского альянса против депрессии, 10–15 % диагнозов депрессия заканчиваются самоубийствами.

Сегодня существует устоявшаяся практика оказания помощи человеку с диагнозом депрессия,

основанная на рекомендациях ВОЗ и протоколе помощи, принятом органом здравоохранения конкретной страны.

Практикующий психотерапевт не может избежать столкновения с данным диагнозом у клиента, который может обратиться с конфликтами и проблемами актуального уровня, не подозревая, что страдает депрессией (например, маркированная, ажитированная депрессия). Депрессивный эпизод может начаться на любом этапе работы с клиентом. Вышеуказанное диктует необходимость осведомленности практикующего психотерапевта в данном вопросе, независимо от специализации и предпочтений.

В данной статье проанализирована практическая ситуация, в которой оказывается психотерапевт метода, если к нему обращается человек, страдающий депрессией.

Ожидания пациентов, возможности и сложности сотрудничества психотерапевта со специалистами смежных профилей, препятствия на пути к выздоровлению, проанализированы автором на основании личной практики индивидуальной работы, ведения групп поддержки для больных депрессией, опроса пациентов в профильных группах соцсетей.

Задача данной статьи – поделиться практическим опытом столкновения с теоретическими несоответствиями и практическими сложностями в работе с диагнозом депрессия и высветить аспекты, которые делают эту работу крайне специфической.

Методология

Депрессия (меланхолия) известна медицине со времен Гипократа, но несмотря на такой длительный срок изучения, остается сложной как в диагностике, так и в лечении.

По мнению исследователя Краснова В. (2012) на сегодня отсутствует надежная научная систематика депрессий, что продиктовано не до конца понятным механизмом запуска заболевания.

Ситуацию усложняют бурно развивающиеся возможности нейробиологических исследований. Они дают привлекательные перспективы точечного медикаментозного воздействия, которые, однако, не предсказуемы при отсутствии целостного клинического знания. Возможно, именно поэтому, вопрос терапевтической резистентности депрессии (ТРД) становится отдельным направлением

исследований, которые пока не дают практических ответов.

Сложность депрессии в том, что для каждого пациента она проявляется по-разному, и сложно укладывается в рамки теоретических конструктов из учебников, которые в достаточной мере обобщены для облегчения познания. При этом не акцентируется тот факт, что депрессивное расстройство, как определили представители российских научно-исследовательских институтов психиатрии в своей дискуссии (2017) — это «гетерогенная группа заболеваний с рядом общих клинических проявлений, но отличающаяся по биологическим механизмам формирования и развития».

Ситуация усложнилась, когда право постановки диагноза «депрессия», было предоставлено врачам разных профилей. На практике пациенты получают заключения «депрессия» от семейного врача, эндокринолога, невролога, кардиолога, гинеколога. Согласно преамбуле Украинского Протокола оказания первичной помощи при психических расстройствах (2019), 80% антидепрессантов в странах Западной Европы, США, и Канады назначаются не врачами психиатрами.

Большая часть опрошенных пациентов говорит о том, что диагноз был поставлен без выяснения подробностей симптоматики, истории возникновения, текущей ситуации, без запроса дополнительных консультаций у профильного специалиста. Между тем, депрессия, согласно МКБ – 10, относится к классу «Психические расстройства и расстройства поведения (коды F00-F99)», что позволяет сделать вывод о том, что ее диагностика и лечение – компетенция психиатра.

Однако, как показывает практика, обращение к психиатру тоже не гарантирует точности диагностики и выверенности лечения.

К этому существует целый ряд предпосылок:

- сложность дифференциации депрессии от схожих состояний;
- нежелание искать первопричину запуска депрессии, довольствование мерами по подавлению симптоматики;
- яркость вторичного переживания своей болезни и сопутствующих изменений, что часто затмевает первопричину;
- коммерциализация диагноза, что влечет широкие рекламные кампании средств и

методов воздействия с гарантией результата и последующую разочарованность пациентов. Профессор Университета Британской Колумбии Барбара Минцес (2019) приводит убедительные доводы, что назначение антидепрессантов имеет прямую зависимость от рекламных кампаний и это влечет ситуацию, в которой из 100 человек, которым выписали антидепрессанты, только 6 имели депрессию.

Особую сложность представляют многолетние по своей истории диагнозы. Записи в карточке больного воспринимаются как неопровержимая данность и не ставятся под сомнение при каждом последующем обращении пациента, который раз за разом, получая одну и ту же рекомендацию, в итоге прекращает посещать психиатра и начинает сам корректировать дозу или пробовать новые препараты, опираясь на советы таких же больных.

Важно учитывать, что пациент в принципе может отказаться от обращения к психиатру по разным причинам. Для многих людей, особенно постсоветского пространства, уже только такая рекомендация может вызвать сильные переживания, вплоть до отказа от психотерапии. По вышеизложенным причинам, психотерапевту не избежать необходимости иметь первичные навыки скрининга депрессивных проявлений, для чего полезно учитывать нижеследующее.

Депрессия как клинический термин дискредитирован. Часто в обществе (в эту категорию входит и большой процент психологов) этим словом именуют временное состояние грусти и тоски, которое логично в некоторых ситуациях. Или уныние, которое охватывает человека в периоды, когда актуальных конфликтов больше, чем ресурсов к их преодолению. Часто термин «депрессия» применяют к усталости.

Дословно, эти состояния можно так назвать, исходя из перевода слова: от франц. *dépression*, в свою очередь исходящее от лат. *deprimo, depressum* - «давить».

Однако, если стоит задача выстроить эффективную стратегию работы с пациентом, психотерапевту важно отличать схожие состояния от проявлений депрессии в медицинском смысле этого слова.

В традиции психодинамических направлений принято различать разную глубину проявления депрессии:

- депрессивный отклик на событие;
- депрессивное настроение;
- депрессивное расстройство.

В основе проявлений могут лежать разные причины: от депрессивного характера личности до органических причин.

Известный теоретик и практик психоанализа Нэнси Мак-Вильямс (2007) предостерегает, что терапевт, который ожидает от пациента с определённым характером личности такого же прогресса, который достижим с пациентом, у которого внезапно развилось аналогичное расстройство, «обречен на болезненное разочарование». Депрессивные проявления разного уровня глубины при, зачастую, внешней схожести требуют разных психотерапевтических стратегий. Немедикаментозная психотерапия имеет свое назначение в каждом случае, отличается лишь время ее подключения, объем и приоритетность.

Вопрос эффективной стратегии усложняется незавершенной дискуссией о том, относится ли реакция на горе к депрессионному эпизоду. Американский психиатр А. Kleiman (2012) очень резко выступает против медикализации и наклеивания диагностических ярлыков, навязывания терапии при «экзистенциально присущих человеку реакциях и переживаниях». Автор обращает внимание, что нарастает тенденция сокращать сроки продолжительности реакций горя, и считает необоснованным ни с культуральной ни с физиологической стороны стремление рассматривать продолжительную реакцию горя как проявление клинического депрессивного эпизода.

При работе с депрессией инструментом работы психотерапевта является беседа, а объектом воздействия психический мир личности. В этом случае психотерапевта будут вовлекать в противостояние с биологической составляющей депрессии, поэтому важно и о ней иметь представление.

С когнитивными, эмоциональными, телесными симптомами депрессивной динамики коррелируют гормональные, нейромедиаторные, аминокислотные изменения в организме пациента. Ведущей стратегией влияния на эти изменения является медикаментозное воздействие, в первую

очередь антидепрессантами. Применение трициклических антидепрессантов первого поколения сдерживалось наличием ряда серьезных побочных эффектов. Антидепрессанты нового поколения (СИОЗС) претендуют на лучшую переносимость и меньшее количество серьезных побочных эффектов. Именно этот факт привел к тому, что они рекомендованы к применению врачами общей практики независимо от специализации.

Данную стратегию навязывают пациенту как единственно правильную, хотя ее сложно назвать оправданной, учитывая, данные, которые приводит исследователь проблемы Г. Мазо (2017):

- лимит эффективности антидепрессивной монотерапии не превышает 70%;
- от 30 до 60% больных клинической депрессией резистентны к динамической замене антидепрессантов.

Практика показывает, что большая часть пациентов тяжело переносят как первичные назначения антидепрессантов, так и последующие замены. Возможно, такой процент неудач с медикаментозным вмешательством вызван тем, что оно применяется без учета глубины вовлечения систем организма пациента.

Депрессивное настроение, или депрессивный отклик вызывают устойчивые химические изменения в организме. Медикаментозное вмешательство, в данном случае, может нарушить естественный механизм саморегуляции.

Депрессивный характер личности — это особенное состояние, которое может быть как результатом врожденных органических изменений, так и результатом социогенного наследования ряда способностей или моделей для подражания. Роль генетической передачи депрессии на сегодня не определена однозначно. Большую долю формирования депрессивной личности отводят процессам фрустрации раннего возраста, к которым ребенок не смог адаптироваться. Теорий возникновения депрессивного типа личности много, однако их объединяет общее положение, высказанное Генри Лафлин (1956): «Когнитивные, аффективные, сенсорные процессы и воображение, которые резко тормозятся при внезапной клинической депрессии, в психике тех из нас, кто является депрессивными личностями, действуют хроническим, организирующим,

самостабилизирующим образом...». Из чего можно сделать вывод, что человек, для которого естественно находиться в депрессивном состоянии, вряд ли нуждается в срочном и неременном использовании фармакотерапии.

При депрессии как болезни, химические изменения стойкие и подчиняют себе всю систему жизнедеятельности человека, нарастая в своих негативных проявлениях. Фармакотерапия является важной составляющей помощи такому больному.

Однако, при посещении врача, пациенты с разными типами и видами депрессивной динамики внешне будут выглядеть примерно одинаково: сложно отличить депрессивный характер, маркированную депрессию, печаль утраты, сезонную хандру от клинической депрессии без детального, требующего времени и знаний сбора анамнеза. Таким образом, врач, обязанности которого определены обобщенными протоколами и рекомендациями, принятыми государственными органами здравоохранения, зачастую исходит из худшего варианта возможного развития ситуации и предлагает медикаментозное вмешательство с целью коррекции химической составляющей. Роль и место немедикаментозной психотерапии будет зависеть от субъективного отношения врача к этому вопросу, которое базируется в том числе и на нижеследующем аспекте.

Изданное ВОЗ «Руководство mhGAP-IG по оказанию помощи в связи с психическими и неврологическими расстройствами» (2018), в протоколе лечения депрессии указывает: «Насколько возможно, рассмотрите возможность направления на один из следующих кратковременных психологических курсов терапии: межличностная психотерапия (IPT), когнитивно-поведенческая терапия (CBT), поведенческая активация и консультирование по активации поведения и решению проблем».

Аргументации в пользу такого узкого перечня методов в данном документе не приведено. Можно лишь предположить, что на момент написания рекомендаций, КПТ как метод, имел доступно описанный пошаговый алгоритм немедикаментозного воздействия. На сегодня, КПТ предлагает больным депрессией уже и автоматизированные протоколы помощи посредством интернета.

Однако, отзывы пациентов, в том числе и тех, кто прошел оплачиваемые больничной кассой сеансы КПТ, говорят о том, что эффективность терапии в таком виде не соответствует заявленной.

Формулировка ВОЗ не однозначна, ее можно толковать и как рекомендацию метода, и как рекомендацию направления воздействия. Ведь и межличностная психотерапия и консультирование по активации поведения и решению проблем — это неизбежные аспекты работы в любом направлении психотерапии.

Однако, данная выборка ВОЗ прочно закрепилась как в протоколах помощи, так и в умах специалистов, которые если и рекомендуют работу с психологом, то в направлении КПТ. Однако, по мнению группы исследователей проблемы во главе с Маргит К. (2015) дискуссия о способах определения эффективности того или иного метода психотерапии не завершена, и на сегодня не существует инструмента, который может подтвердить или опровергнуть «доказанную эффективность» метода.

Следующим важным фактором, напрямую определяющим результат работы с пациентом, являются причины депрессии. Психотерапевту не удастся «просто делать свою работу» и не вникать в то, насколько кропотливо проведена диагностика и выявлены причины.

Чаще всего, депрессивные пациенты приходят с запросом «хочу стать как раньше» или «хочу вернуть себе нормальное состояние» или «помогите понять, почему у меня депрессия». Очень редко обращается пациент, страдающий депрессией, но с запросом об актуальном конфликте. Не зависимо от того, насколько нейтрально будет сформулирован запрос, пациент будет ожидать изменения своего физического и эмоционального состояния. И если причина депрессии не выявлена, не определена глубина поражения, следовательно стратегия помощи будет крайне случайной, с большой долей вероятности неэффективной, с неминуемой фрустрацией и специалиста и пациента. И, возможно, с последующими негативными отзывами и о специалисте, и о методе, и о психотерапии в целом.

Несмотря на отсутствие однозначного понимания депрессии, все же выделяют экзогенные и эндогенные факторы ее запуска.

Отдельно хочется отметить проблематику органических причин депрессивных проявлений. Вторичная депрессия – реакция на лекарственные средства либо паталогический процесс в организме, когда именно химические изменения являются базой депрессивных проявлений. В целях определения эффективной стратегии терапии важно различать органические (химические) причины депрессии и психологическую реакцию человека на себя в болезни.

При внешних сходствах с психогенной депрессией, во вторичной депрессии излечение посредством только медикаментозной и немедикаментозной психотерапии будет невозможно. Однако, часть пациентов со вторичной депрессией вначале приходят именно к немедикаментозному психотерапевту, поскольку эмоциональные, когнитивные симптомы уже проявились, но не связываются с паталогическими процессами в организме в силу их латентности. Ситуацию будет усложнять то, что у такого пациента, как у любого среднестатистического взрослого человека, в жизни присутствуют актуальные конфликты, часто вызывающие сильные эмоции. К моменту обращения депрессия может вызвать ряд болезненных изменений в жизни, которые будут выдвинуты на первичном интервью как запрос. У психотерапевта может не возникнуть сомнения, что эти актуальные конфликты и есть причины такого состояния клиента. Но если не исключить органические причины, работа с актуальными конфликтами не будет приносить того облегчения, на которое рассчитывает пациент.

Важно учитывать, что наряду с ярко манифестирующими органическими заболеваниями, вторичную депрессию могут вызвать хронические вялотекущие и зачастую не имеющие проявленной симптоматики причины, например, нарушения аминокислотного обмена, интоксикации разного рода.

По статистике 68% пациентов, страдающих органическими патологиями, имеют проявления депрессии. К кому первому придет пациент: к врачу общей практики или к психотерапевту, – это вопрос случая.

В случае со вторичной депрессией, есть еще один уровень сложности: психогенная природа первичного органического заболевания, повлекшего депрессию. В данном варианте,

депрессия установлена как вторичная, вызванная органическим заболеванием, которое укладывается в критерии согласно МКБ-10. Но само органическое заболевание является психогенным (F 54 согласно МКБ 10).

При таком сочетании соматических и психических составляющих видится целесообразным выделить четыре фокуса внимания и пациента и специалистов:

1. Психотерапия психогенной причины органической болезни (зачастую конфликтная динамика будет приглушена, но не в силу разрешения внутреннего (невротического) конфликта, а в силу появления более ярких текущих актуальных конфликтов). Работа с текущими актуальными конфликтами будет казаться психотерапевту логичной, и некоторые даже приведут к базовым конфликтам и затянут в длительную работу, которая однако не приведет к важной для пациента цели – излечению (облегчению) от психосоматической болезни. Опыт показывает, что у психосоматического больного актуальные конфликты есть во всех сферах жизни и имеют связь с базовыми конфликтами нескольких сфер модели для подражания. Найти «пусковую» конфликтную динамику болезни – основная задача для психотерапевта.

2. Фармакологическое проявление органической болезни.

3. Сдерживание депрессивных симптомов с помощью медикаментов.

4. Психотерапия переживаний собственной несостоятельности, актуальных конфликтов текущего периода, что очень важно для снижения общего уровня невротизации, и доступа к первичной конфликтной динамике, описанной в п.1.

Выпадение из работы даже одного пункта затягивает процесс выздоровления или делает его невозможным.

Особый интерес для разговорной психотерапии представляют эндогенные депрессии (код 296.19 по МКБ-9: «неуточнённые эндогенные депрессивные состояния», перешедший фактически в код F33.2 по МКБ-10: «рекуррентное депрессивное расстройство»). Данный вид депрессий считается таким, который не имеет внешних причин.

По мнению физиолога Д. Жукова (2017) эндогенные депрессии тоже имеют внешние причины. Их развитие связано с постоянно

действующими на человека хроническими мелкими стрессорными воздействиями, которые не проходят бесследно. Их эффект аккумулируется и выливается в клинически явную картину. Данный взгляд подтверждается и «моделью депрессии в результате хронического умеренного стресса (chronic mild stress)», протестированной исследованиями на животных (Willner P. et al., 1987).

Метод Позитивной Психотерапии придает равное значение макро- и микро- событиям в формировании конфликтной динамики. В рамках метода стрессовая дуга лежит в основе объяснения психосоматических реакций. Модель Баланса, как инструмент, позволяет выявить перегруженные мелкими стрессами сферы жизни, дефицит ресурсов для их преодоления и разработать достаточно наглядный план гармонизации каждой из четырех сфер жизни, что, по сути, является и методом повышения стрессоустойчивости пациента. Ценность данного инструмента в том, что его применение возможно не только психотерапевтом, но и консультантом в методе и даже самим пациентом.

Результаты

Согласно статистике ВОЗ, 3/4 людей, страдающих депрессией, не получают должного лечения. В то же время часто антидепрессанты выписываются людям, не страдающим депрессией.

Такая статистика вполне согласуется с изложенными в статье проблемами неоднозначности научного понимания, противостояния специалистов, излишней медикализации, трудности дифференциальной диагностики, резистентности терапии. Вышеуказанные сложности вводят в растерянность пациентов и ухудшают ситуацию восприятия, как диагноза, так и методов лечения в обществе.

Зачастую проявления депрессии относят к слабонаправленности или лени. На постсоветском пространстве депрессивные проявления были стигматизированы как социально неприемлемые, в силу противоречия лозунгам политической пропаганды.

Эти предубеждения делают больных практически информационными изгоями, опасаясь говорить о своих симптомах и переживаниях с родными, друзьями,

сослуживцами, а зачастую приводят к отрицанию диагноза и промедлению в обращении за помощью.

Практика работы с пациентами, а также анализ дискуссий на профильных форумах выявляют большое число фрустрированных и не получающих значительного улучшения состояния пациентов, несмотря на добросовестное выполнение рекомендаций врачей. В среднем, на 10 случаев обращения к врачам, только в 2-х случаях врач рекомендовал пациенту обратиться к психологу, не уточняя при этом различий между психологом, психотерапевтом в методе и психотерапевтом-врачом, что запускало еще один виток хаотичности в предпринимаемых пациентом действиях.

Несмотря на призыв ВОЗ подключать к лечению депрессии немедикаментозную психотерапию, исследователи и практики в области психиатрии игнорируют данную составляющую. Так, например, в дискуссиях на данную тему ведущих российских, американских, европейских научно-исследовательских институтов психиатрии о причинах такого распространенного феномена, как терапевтическая резистентность депрессии (которая по данным, приведенным Berlim M.T., Turecki G. (2017) составляет порядка 15-30% случаев обращений), фактор немедикаментозной психотерапии не рассматривается вообще.

Исследователи проблемы планируют искать ответы в генетике и химических составах препаратов, не ставя задачей расширить понимание болезни, включив в нее психологическую составляющую пациента.

Между тем, представляется крайне сложным излечить состояние, в котором участвуют и психика, и химия организма только воздействием на химическую составляющую.

Заключение

С учетом эпидемиологии заболевания и нарастания у пациентов недовольства существующей моделью помощи, а также несомненного психо-физиологического единства человека, можно прогнозировать возрастание роли и интереса к немедикаментозной психотерапии.

Важную роль в этом процессе играют осведомленность и готовность психотерапевта работать в данном направлении и вести разъяснительную работу среди пациентов, большая

часть которых годами не могут систематизировать имеющуюся информацию.

Факторами, облегчающими столкновение психотерапевта с данным диагнозом пациента, по мнению автора статьи видятся в следующем:

- готовность в каждом отдельном случае индивидуально определять место и долю психотерапии, без ожидания и возможности опереться на готовые алгоритмы.
- принятие факта зависимости в результатах своей работы от качества работы врачей общей практики, психиатров, узкоспециальных врачей, и переход от противостояния к поиску соответствующих коллабораций;
- расширение своей компетенции в вопросах диагностики состояния пациента до уровня, позволяющего оценивать ситуацию, но не перенимать компетенции профильных специалистов;
- знание реальных возможностей, рисков и ограничений фармакотерапии и смелость говорить об этом с пациентом.

Список использованных источников

- [1] ALVES, T. L., LEXCHIN, J., MINTZES, B. (2019). Medicines Information and the Regulation of the Promotion of Pharmaceuticals. *Science and Engineering Ethics*. Vol. 25. pp. 1167–1192.
- [2] BERLIM, M. T., TURECKI, G. (2007). What is the meaning of treatment resistant/refractory major depression (TRD)? A systematic review of current randomized trials. *Eur Neuropsychopharmacol*. Vol. 17 (11). pp. 696-707. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2007.03.009>
- [3] HOMER, A. (1990). *The primacy of structure: Psychotherapy of underlying character pathology, Northvale*. NJ: Jason Aronson. 329 p.
- [4] KLEIMAN, A. (2012). Culture, bereavement, and psychiatry. *The Art of Medicine*, Volume 379, Issue 9816. pp. 608-609.
- [5] LAUGHLIN, H. (1956). *The neuroses in clinical practice*. W. B. Saunders. 802 p.
- [6] TSCHUSCHKE, V., CRAMERI A., KOEMEDA M., SCHULTHESS P., VON WYL, A. & WEBER, R. (2015). *Rainer Weber Psychotherapieforschung – Grundlegende Überlegungen und erste Ergebnisse der naturalistischen Psychotherapie-Studie ambulanter Behandlungen in der Schweiz (PAP-S)* [Rainer Weber Psychotherapy Research - Basic considerations and first results of the naturalistic psychotherapy study of outpatient treatments in Switzerland (PAP-S)]. URL: http://docplayer.org/1783348-Volker-tschuschke-aureliano-crameri-margit-koemeda-peter-schulthess-agnes-von-wyl-rainer-weber.html#show_full_text [accessed: 30.12.2021]

- [7] **WILLNER, P. et al.** (1987). Reduction of sucrose preference by chronic unpredictable mild stress, and its restoration by a tricyclic antidepressant. *Psychopharmacology*, 93(3). pp. 358–364. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF00187257>
- [8] **ЖУКОВ, Д.** (2017). *Стой, кто ведет? Биология поведения человека и других зверей: в 2 т. /4-е изд.* М.: Альпина нонфикшн. 802 с.
- [9] **КРАСНОВ, В.** (2012) Проблемы современной диагностики депрессии. *Журнал неврологии и психиатрии*, 11, 2012; Вып. 2. С. 3-10.
- [10] **МАЗО, Г. Э. и др.** (2017). Терапевтическая резистентность при депрессии как объект междисциплинарного биомедицинского исследования. *Журнал "Социальная и клиническая психиатрия"*, Том 27, выпуск 4. С. 70-80.
- [11] **МАЗО, Г., ГОРБАЧЕВ, С., ПЕТРОВА, Н.** (2008). Терапевтически резистентные депрессии: современные подходы к диагностике и лечению. *Вестник Санкт-Петербургского университета, выпуск 2.*
- [12] **МАЗО, Г., КИБИТОВ, А.** (2017) Терапевтическая резистентность при депрессии как объект междисциплинарного биомедицинского исследования. *Журнал "Социальная и клиническая психиатрия"* Том 27, выпуск 4.
- [13] **МАК-ВИЛЬЯМС, Н.** (2007) Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе. Москва, Независимая фирма «Класс», С. 25.
- [14] Определение суицидального риска. *iFightDepression – European alliance against depression*. URL: <https://ifightdepression.com/ru/specialistam-socialnoj-sfery/duxovenstvo/opredelenie-suicidalnogo-riska> [accessed: 30.12.2021]
- [15] **ПЕЗЕШКИАН, Н.** (2006). *Психосоматика и позитивная психотерапия*. Москва. Институт позитивной психотерапии. 448 с.
- [16] Три четверти людей, страдающих глубокой депрессией, не получают адекватного лечения. *Пресс-релиз ВОЗ* (2017). URL: <https://www.euro.who.int/ru/media-centre/sections/press-releases/2017/3-out-of-4-people-suffering-from-major-depression-do-not-receive-adequate-treatment> [accessed: 30.12.2021]
- [17] Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Депресія (2014). URL: https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2014_1003_ykpm_dopresiya.pdf [accessed: 30.12.2021]
- [18] **ФОРТУНАТОВА, О.** (2021). Хаос VS Продвижение: как не исчезнуть в информационном пространстве. *The Global Psychotherapist*, Vol. 1, No.2. pp. 69-74.