

PSYCHOLOGY

**ОСОБЛИВОСТІ МІЖОСОБИСТІСНИХ СТОСУНКІВ
ТА КОМУНІКАТИВНИХ УСТАНОВОК
ДЕПРЕСИВНИХ ОСІБ**

Доцент кафедри психології **Анна Вовк**
Україна, Львів, Львівський національний університет

DOI: https://doi.org/10.31435/rsglobal_ijitss/28022020/6943

ARTICLE INFO

Received 14 December 2019
Accepted 07 February 2020
Published 28 February 2020

KEYWORDS

depression, dialogue communication, perceptive and interactive competence, disharmony and needs in interpersonal relations, loneliness experience, emotional barriers in communication.

ABSTRACT

A comparison and analysis of features of dialogue communication, perceptive and interactive competence, relationship disharmony and needs in interpersonal relations, loneliness, emotional barriers in communication for persons with different levels of depression manifestations are made. Interconnections between depression index and dialogue ability in communication, perceptive and interactive competence, relationship disharmony (tension, alienation, aggressiveness, conflicts) and needs in interpersonal relations (acceptance, control, inclusion, closeness), loneliness experience, and emotional barriers in a communication are analyzed and interpreted.

Depressive state is strongly connected with the need of control of social surrounding, rigidity of negative emotional state with lack of control upon it and loneliness experience. Somatic component of depressive state, which often is called to hide depressive emotions provides social and psychological adaptation of depressive person, helps to take control of social surrounding and legalize the need of social support (however its amount and quality is still not satisfying).

Citation: Анна Вовк. (2020) Osoblyvosti Mizhosobystisnykh Stosunkiv ta Komunikatyvnykh Ustanovok Depresyivnykh Osib. *International Journal of Innovative Technologies in Social Science*. 2(23). doi: 10.31435/rsglobal_ijitss/28022020/6943

Copyright: © 2020 Анна Вовк. This is an open-access article distributed under the terms of the **Creative Commons Attribution License (CC BY)**. The use, distribution or reproduction in other forums is permitted, provided the original author(s) or licensor are credited and that the original publication in this journal is cited, in accordance with accepted academic practice. No use, distribution or reproduction is permitted which does not comply with these terms.

Вступ. Психологічні дослідження депресивних розладів є дуже актуальними в наш час, оскільки такі розлади є дуже поширеними в сучасному світі. На долю депресії припадає 6,2% всіх років життя, втрачених у зв'язку з непрацездатністю (сумарний «тягар хвороби») [1], і, за даними ВОЗ, к 2020 г. депресія буде посідати друге місце серед захворювань, що спричиняють до інвалідизації [2].

Також загальновідомим є факт, що кількість випадків латентної, замаскованої депресії набагато перевищує кількість явних [3]. Людина з замаскованою депресією звертається за допомогою до лікаря загальної практики, і тоді в фокусі уваги перебуває не справжня причина її стану, а симптоми іншого захворювання. Це призводить до поглиблення депресивного стану, ускладнення, переходу його у хронічну форму або на особистісний рівень, коли депресивний стан стає невід'ємною особистісною характеристикою та перешкодою для повноцінної комунікації, успішного виконання професійних та сімейних обов'язків, ефективного повсякденного функціонування, а іноді навіть причиною передчасної загибелі. До 30-50% депресивних хворих здійснюють суїцидальні спроби, які закінчуються смертю в 10-15% випадків [4, 5, 6].

Також актуальною проблемою є питання коморбідності депресій, оскільки поширеність розладів депресивного спектру у пацієнтів соматичних стаціонарів складає від 10 до 60% [7],

здебільшого в пацієнтів неврологічних, кардіологічних, гастроентерологічних та ендокринологічних відділень, причому найвищими є показники поширеності депресивних станів при гіпертонічній хворобі, ішемічній хворобі серця, больових синдромах, паркінсонізмі, наслідках гострого порушення мозкового кровообігу, спадкових неврологічних захворюваннях [2, 7].

Депресивні прояви охоплюють широке коло феноменів. Під емоційним та вольовим компонентом депресії розуміється пригнічений настрій, втрата інтересів, переживання безвиході, самозвинувачення, песимістичне, похмуре або тривожне сприймання майбутнього, брак життєвої перспективи та складності у цілепокладанні. У когнітивному плані депресивний стан характеризується уповільненням асоціативних та розумових процесів, ускладненням концентрації уваги, розладами пам'яті, переживанням безпорадності та зниженням ефективності розумової діяльності. Тілесні симптоми включають моторну загальмованість, втому, виснаженість, порушення сну, апетиту, травлення, ускладненість дихання, зниження статевого потягу, головні болі, болі в животі, ділянці серця, грудній клітині, коливання артеріального тиску та пульсу тощо [8].

Діагностика афективних розладів є принципово важливою і має бути своєчасною, оскільки визначає подальшу тактику клінічного супроводу пацієнта. В психіатричній та загальносоматичній практиці можуть зустрічатися депресивні стани різної клінічної структури: легші невротичні та важчі ендогенні (ендогенноморфні). Депресивні стани на невротичному рівні характеризуються поєднанням в клінічній картині астено-невротичних проявів, соматичних симптомів функціонального характеру (при відсутності органічних порушень), помірно зниженого афективного фону та можуть бути пов'язані з впливом хронічного стресового напруження та несприятливих життєвих обставин, тобто, психогенними, при чому депресивні особи схильні звинувачувати в своєму стані соціальне оточення. Нозогенні/соматогенні, ендогенні/ендогенноморфні депресії можуть передувати соматичному захворюванню або бути спровокованими актуальною органічною патологією, тобто виникати в якості реакції на хворобу, що загрожує втратою автономії, соціального чи трудового статусу, повноцінної самореалізації, звичного способу життя. Соматогенні депресії, на відміну від нозогенних, виникають у відповідь на процеси в організмі при несприятливому перебігу неврологічних, серцево-судинних захворювань або наявності зловісних утворень. Для ендогенної депресії характерні наявність спадкової обтяженості, безпричинні зміни настрою (іноді у зв'язку з порами року), відсутність або умовність зв'язку початку захворювання та стресового напруження та несприятливих життєвих обставин, відсутність сприймання стану як хворобливого (его-синтонність), моторна та когнітивна загальмованість, наявність ідей власної малоцінності, самозвинувачення, самоприпинення, а також нехарактерний зв'язок з іншими соматичними захворюваннями [2].

У осіб з дистимним характерологічним радикалом за несприятливих умов переважає страх самотності, негативний образ себе, надмірна скромність і боязкість, схильність до пасивного очікування, невимогливість до життя, відмова від власних інтересів, апатія, схильність до втечі в складних життєвих ситуаціях. Для людей з дистимною акцентуацією особистості властиві пригніченість, негативне уявлення про навколишній світ, себе та оточуючих людей, знижена активність, тривожність, чутливість до неприємних ситуацій, замкненість, некомунікабельність. Вони можуть залишатися чуйними та емпатійними, але проявляють відвертість та довіру лише до добре знайомих людей, від яких можуть ставати психологічно залежними [8]. Людям з дистимною акцентуацією характеру потрібні підтримка, схвалення, визнання, позитивна оцінка, впевненість в їх цінності і потребності, унікальності і соціальній значимості, особливо коли вони долають життєві складності, оскільки їм складно витримувати тривалу напругу волі та перемагати власні страхи та нерішучість [8, 9, 10]. Дистимікам також властива схильність до соціофобії та нав'язливостей, вони довго можуть переживати негативний соціальний досвід або інші ситуації відкинення, негативної оцінки оточуючими, нехтування або знецінення [8, 9,].

Метою дослідження є виявлення особливостей міжособистісних стосунків, складностей, ресурсів та потреб у стосунках, емоційних бар'єрів у спілкуванні, перцептивно-інтерактивної компетентності та переживання самотності у осіб з різними рівнями схильності до депресивних переживань.

Методи дослідження. В дослідженні були використані методики «Суб'єктивна оцінка міжособистісних стосунків» С.В. Духновського, шкала суб'єктивного переживання самотності С.В. Духновського, шкала діалогічності міжособистісних стосунків С.В. Духновського, опитувальник міжособистісних стосунків В. Шутца (адаптована А.А. Рукавішніковим), діагностики

емоційних бар'єрів в міжособистісному спілкуванні В.В.Бойко, діагностики перцептивно-інтерактивної компетентності Н.П. Фетіскіна та шкала депресивності А. Бека.

Результати дослідження.

В дослідженні взяли участь 140 осіб віком від 28 до 39 років, серед них 82 жінки і 58 чоловіків. В групі дослідження ми виявили 86 осіб з відсутніми проявами депресивності (61,43%), 26 осіб з легкими проявами депресивності (18,57%), 10 осіб з помірними проявами депресивності (7,14%), 14 осіб з вираженими проявами депресивності (середня важкість, 10%) та 4 особи з важкими проявами депресивності (2,86%).

Ми порівняли дві групи досліджуваних – з відсутніми проявами депресивності (n=86) і наявністю різного ступеню вираженості депресивності (n=54).

Були виявлені статистично значимі відмінності у показнику потреби контролювати оточуючих ($M_{1емп}=3,49$, $M_{2емп}=4,56$, $p\leq 0,05$). Контроль над особистим оточенням переживається депресивними особами як необхідний імовірно через недостатній контроль над власними почуттями і переживаннями. Водночас, депресивна особа хоч і є орієнтованою на спілкування як на важливий для неї ресурс, проте часто відчувається самотньою, через що прагнення контролювати соціальне оточення підсилюється. Якщо депресивна особа переживає свою неефективність у питанні контролю свого соціального оточення, вона відчувається ще більш незадоволеною собою і своїм життям взагалі.

Були виявлені статистично значимі відмінності у показнику переживання самоцінності стосунків ($M_{1емп}=32,18$, $M_{2емп}=42,88$, $p\leq 0,01$). Особа в депресивному стані надає досить великого значення стосункам, їх оцінці та переосмисленню, покладають великі надії та ресурси на те, щоб заручитися підтримкою оточуючих, отримати їх повагу і визнання, через що можуть бути надто залежними від їх думки, жертвувати своєю автономією, втрачати конгруентність та автентичність.

Були виявлені статистично значимі відмінності у показнику конструктивності спілкування ($M_{1емп}=31,17$, $M_{2емп}=46,78$, $p\leq 0,01$). Особа в депресивному стані може бути м'якою, доброю, поблажливою в стосунках до себе та інших. Вони не відчуваються самодостатніми і впевненими в собі, тому прагнуть підтримки, схвалення і порад від свого соціального оточення, турбуються про те, що думають про них інші, сфокусовані на власній ефективності і максимальній практичності прикладення власних зусиль.

Були виявлені статистично значимі відмінності у показнику діалогічності спілкування ($M_{1емп}=70,57$, $M_{2емп}=85,13$, $p\leq 0,01$). Депресивні особи уникають конкуренції та суперництва, намагаються конструктивно вирішувати конфлікти, схильні поступатися та шукати компроміс, догоджати іншим, вважати свої інтереси менш важливими порівняно з інтересами партнерів по спілкуванню. Прояви гіперсоціальності депресивних осіб покликані здобути для них підтримку і прихильність соціального оточення, вони очікують взамін досить багато, ставляться до себе, інших та стосунків дуже серйозно і можуть страждати через несиметричні установки своїх партнерів по спілкуванню, яких можуть ідеалізувати і потім розчаровуватись.

Були виявлені статистично значимі відмінності у показнику некерованості емоцій ($M_{1емп}=1,16$, $M_{2емп}=2,86$, $p\leq 0,05$). Депресивні особи хвилюються через втрату контролю над власними емоціями та почуттями, переживають також через те, як це буде сприйняте їх соціальним оточенням. Питання «дозування» емоційних проявів у спілкуванні, особливостей і можливостей їх виразу, ступеню, в якому можливо ними ділитись (особливо негативними) гостро постає перед депресивними особами, оскільки вони потребують соціальної підтримки та залежать від думки оточуючих. Оскільки вони побоюються соціальної ізоляції і ставлять чужий емоційний комфорт на перше місце порівняно з власним, то часто залишаються з своїми переживаннями на самоті, не маючи можливості їх виразити в спілкуванні.

Були виявлені статистично значимі відмінності у показнику негнучкості емоцій ($M_{1емп}=1,87$, $M_{2емп}=2,92$, $p\leq 0,01$). Брак пластичності і гнучкості емоційних переживань стає особливо критичним, якщо йдеться про стійкий негативний емоційний фон, який залишається незмінним незалежно від того, як змінюється життєва ситуація, можливості та ресурси у вирішенні проблем. Депресивна особа може сприймати такий свій ригідний стан як перешкоду у спілкуванні, хвилюється, що може зіткнутися з нерозумінням та нечутливістю, браком співпереживання, бути відкинутою соціальним оточенням через власну емоційну «непривабливість» та нездатність дати собі раду з тим. Така неможливість звернутися за соціальною підтримкою через наявність емоційного бар'єру поглиблює переживання самотності депресивними особами.

Були виявлені статистично значимі відмінності у показнику небажання наближатися до інших людей ($M1_{emp}=1,61$, $M2_{emp}=2,75$, $p\leq 0,05$). При наявності вираженого комунікативного потенціалу та потреби в соціальній підтримці депресивні особи можуть в контакті відчувати знецінення власних переживань іншими, що спричиняє до неможливості саморозкриття у спілкуванні. Тоді страх зустрітися з байдужістю соціального оточення перемагає і депресивні особи роблять вибір на користь стратегії уникнення, втечі, замкненого способу життя, чим поглиблюють свою фрустрацію та незадоволеність життям, собою та іншими.

Були виявлені статистично значимі відмінності у показнику переживання самотності ($M1_{emp}=43,11$, $M2_{emp}=67,49$, $p\leq 0,01$). Загроза бути відкинутим та знеціненим у власних переживаннях соціальним оточенням переживається депресивними особами як ситуація невиправданого ризику, якщо в них є хоча б одноразовий досвід такого відкинення і знецінення. Тому незважаючи на свою велику потребу і готовність вкладатися в стосунки вони можуть обирати залишатися осторонь, страждаючи від самотності і незрозуміння. При цьому в них можуть формуватись та закріплюватись глибинні переконання про жорстокість та несправедливість світу, байдужість та холодність оточуючих людей, негативний образ себе як нецікавих та негідних уваги та підтримки оточуючих, що призводить до свідомого вибору на користь соціальної ізоляції та поглиблення депресивного стану.

Також ми порівняли три групи досліджуваних: з відсутніми проявами депресивності ($n=86$), з легкими і помірними проявами депресивності ($n=36$) та з вираженими і важкими проявами депресивності ($n=18$).

Було виявлено статистично значимі відмінності у показнику потреби контролювати соціальне оточення ($M1_{emp}=3,17$, $M2_{emp}=3,96$, $M3_{emp}=5,24$, $p\leq 0,05$) між першою і останньою групою. Велике і навіть іноді надважливе значення думки оточуючих, виражена потреба у підтримці (часто фрустрована) у поєднанні з недовірою, переживанням браку співпереживання і розуміння спричиняють до вираженої сфокусованості на взаємодії та комунікації з соціальним оточенням і сприймання цієї взаємодії та комунікації як таких, що не можуть задовольняти. Отже, при посиленій потребі і постійному докладанні зусиль для збереження контролю над ситуацією депресивні особи можуть почуватися фрустрованими та неефективними.

Було виявлено статистично значимі відмінності у показнику ригідності емоційних проявів ($M1_{emp}=1,67$, $M2_{emp}=3,18$, $M3_{emp}=2,57$, $p\leq 0,05$) між першою і другою групою. Отже, для групи з легкою і помірною інтенсивністю депресивних проявів ці прояви так само є найбільш стійкими і незмінними в часі. Отже, депресивні прояви в крайньому діапазоні інтенсивності є більш пластичними, піддатливими до змін і впливів, а середні прояви депресивності можуть важче піддаватись корекції (імовірно, їх легше приховати від оточуючих і самих себе, замаскувати під варіант реалістичного сприймання реальності, вони викликають менше помітного дискомфорту і тому є менш критичними для життєвого функціонування особистості).

Було виявлено статистично значимі відмінності у показнику домінування негативних емоцій ($M1_{emp}=1,14$, $M2_{emp}=2,51$, $M3_{emp}=3,23$, $p\leq 0,01$) між першою і третьою групою. Депресивні особи по мірі поглиблення цього стану більш схильні сприймати цей стан як емоційний бар'єр у спілкуванні та ізолюватись від інших через побоювання неприйняття, негативного зворотнього зв'язку в комунікації з соціальним оточенням.

Було виявлено статистично значимі відмінності у показнику переживання самотності ($M1_{emp}=42,27$, $M2_{emp}=61,17$, $M3_{emp}=66,28$, $p\leq 0,05$) між першою, другою і третьою групами. Нажаль, навіть найближче соціальне оточення може бути «дискваліфіковане» в якості джерела можливої соціальної підтримки через хоча б одноразовий прояв знецінення почуттів депресивної особи. Їх надзвичайна чутливість та високі очікування щодо якості комунікації та стосунків можуть спричинити до соціальної ізоляції та поглиблення депресивного стану.

Загальний показник депресивності перебуває у прямому зв'язку з потребою контролю над соціальним оточенням ($r=0,53$, $p\leq 0,01$), браком вміння керувати власним емоційним станом ($r=0,44$, $p\leq 0,01$), ригідністю емоційних проявів ($r=0,31$, $p\leq 0,05$), домінуванням негативних емоцій ($r=0,53$, $p\leq 0,01$), переживанням самотності ($r=0,37$, $p\leq 0,01$). Когнітивно-афективний компонент депресії утворив прямий зв'язок з потребою контролювати своє соціальне оточення ($r=0,47$, $p\leq 0,01$), браком вміння керувати власними емоціями ($r=0,46$, $p\leq 0,01$), домінуванням негативних емоцій ($r=0,41$, $p\leq 0,01$), переживанням самотності ($r=0,46$, $p\leq 0,01$). Соматичний компонент депресії прямо пов'язаний з потребою контролю над соціальним оточенням ($r=0,51$, $p\leq 0,01$),

почуттям самоцінності ($r=0,32$, $p\leq 0,05$), здатністю до конструктивного спілкування ($r=0,33$, $p\leq 0,05$), здатністю до діалогу у спілкуванні ($r=0,37$, $p\leq 0,05$), браком вміння керувати власним емоційним станом ($r=0,42$, $p\leq 0,01$), ригідністю емоційних проявів ($r=0,44$, $p\leq 0,01$), домінуванням негативних емоцій ($r=0,51$, $p\leq 0,01$), переживанням самотності ($r=0,56$, $p\leq 0,01$). Фрустрована потреба в контролі над соціальним оточенням та власним внутрішнім світом може спричиняти до поглиблення депресивних переживань, переходу їх у хронічний стан. Стійкість та ригідність негативного емоційного фону, неможливість переключитись ускладнює саморозкриття: особа в депресивному стані може вважати себе непривабливою, а тому заздалегідь закриватися від оточуючих, приховувати свої переживання, відмовлятися бачити і приймати соціальну підтримку, і тим більше просити про неї, що призводить до поглиблення переживання самотності. Натомість, соматизація депресивних переживань дозволяє приховати певну частину цих переживань від самого себе і оточуючих, що зменшує психологічний бар'єр у спілкуванні та легалізує підвищену потребу в соціальній підтримці (адже соматична хвороба є цілком достатньою підставою для того, щоб на цю підтримку розраховувати і дає спосіб певною мірою контролювати своє соціальне оточення). Людина, схильна до соматизації своїх депресивних переживань може демонструвати відносно добру соціально-психологічну адаптивність, конструктивні комунікативні установки, бажання та готовність до соціальних контактів, при цьому їх якість та кількість вони можуть вважати недостатніми. Депресивні особи говорять про власну м'якість в міжособистісних стосунках, доброту, поступливість і практичність у справах, готовність брати на себе відповідальність за комунікацію, але також проявляють достатню вимогливість до інших в стосунках, в зв'язку з чим звичний для багатьох поверхневий рівень спілкування їх не задовільняє і вони почуваються самотніми. Їх стосунки є щирими і природними, вони враховують індивідуальні особливості своїх партнерів по спілкуванню, проявляють до них уважність і тактовність, але потім можуть бути незадоволені власною самопожертвою і вважати оточуючих невдячними, коли не зустрічають взаємності. Соматичний компонент депресії тоді також виступає в якості інструменту контролю та навіть «покарання» недостатньо уважного, емпатійного та вправного у наданні емоційної підтримки соціального оточення.

Факторний аналіз дозволив створити 4-факторну модель, яка описує 53,1% розподілу даних дослідження. Перший фактор містить змінні самоцінності стосунків (факторне навантаження 0,72), конструктивності спілкування (факторне навантаження 0,74), діалогічності спілкування (факторне навантаження 0,61), взаємного пізнання (факторне навантаження 0,81), взаєморозуміння (факторне навантаження 0,83), взаємовпливу (факторне навантаження 0,86), соціальної автономності (факторне навантаження 0,91), соціальної адаптивності (факторне навантаження 0,92), соціальної активності (факторне навантаження 0,85). Факторна вага цього фактору дорівнює 6,61, він описує 18,75% розподілу даних дослідження, його можна назвати фактором конструктивних комунікативних установок та перцептивно-інтерактивної компетентності.

Другий фактор містить змінні потреби контролювати власне соціальне оточення (факторне навантаження 0,56), некерованості емоційного стану (факторне навантаження 0,54), ригідності емоційного стану (факторне навантаження 0,59), домінування негативних емоцій (факторне навантаження 0,57), переживання самотності (факторне навантаження 0,51), когнітивно-афективного компоненту депресії (факторне навантаження 0,83) та соматичного компоненту депресії (факторне навантаження 0,81). Факторна вага цього фактору дорівнює 5,23, він описує 15,81% розподілу даних дослідження, його можна назвати фактором депресивності, стійкої некерованості емоційного стану та самотності.

Третій фактор містить змінні напруженості в стосунках (факторне навантаження 0,71), соціальної відчуженості (факторне навантаження 0,73), конфліктності (факторне навантаження 0,79) та агресивності (факторне навантаження 0,81). Факторна вага цього фактору дорівнює 3,71, він описує 12,14% розподілу даних дослідження, його можна назвати фактором дисгармонії в міжособистісних стосунках.

Четвертий фактор містить змінні бажання соціального контакту (факторне навантаження 0,56), потреби у прийнятті (факторне навантаження 0,71), бажання бути контрольованим соціальним оточенням (факторне навантаження 0,72), неадекватного прояву емоцій (факторне навантаження 0,57). Факторна вага цього фактору дорівнює 2,14, він описує 6,4% розподілу даних дослідження, його можна назвати фактором залежності від соціального оточення.

Отже, факторний аналіз продемонстрував зв'язок депресивності з потребою контролювати соціальне оточення, стійкістю та некерованістю негативного емоційного стану та переживанням самотності.

Висновки. 1. Дисгармонійні стосунки, емоційні бар'єри у спілкуванні, брак комунікативної компетентності, негативні комунікативні установки можуть бути як причиною, так і наслідком різноманітних афективних та особистісних розладів, зокрема, депресивних станів.

2. Депресивні особи характеризуються вищими показниками потреби контролювати соціальне оточення, самоцінності стосунків, конструктивності та діалогічності спілкування, некерованості та ригідності емоційного стану, домінування негативних емоцій (що виступають емоційними бар'єрами у спілкуванні), переживанням самотності.

3. Соматизація депресивних переживань, що виникає як наслідок придушення власних емоційних переживань, приховування їх від себе та інших сприяє соціально-психологічній адаптації та налагодженню комунікації між особою, що переживає депресію та її соціальним оточенням, дає можливість їй встановити над ним контроль і легалізувати власну потребу в соціальній підтримці (якість і кількість якої часто залишається для неї недостатньою).

ЛІТЕРАТУРА

1. Игумнов С.А., Осипчик С.И. Экономический анализ мероприятий в области охраны психического здоровья. Социальная и клиническая психиатрия, 2012, 22(2): 78-80.
2. Волель Б.А., & Сорокина О.Ю. Подходы к терапии депрессий в клинической практике. Медицинский совет, (1), 2018: 118-122.
3. Десятников В. Ф. Маски депрессии. М.: Знание, 1997: 62.
4. Войцех В.Ф. Суицидология. – М.: Миклош, 2007: 120-131.
5. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Козырев В.Н. Депрессии и суицидальное поведение / Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: МИА, 2003: 191-210.
6. Васильев Валерий Витальевич, Ковалев Юрий Владимирович, Имашева Эльвира Ринатовна Суицидальные мысли при депрессивном синдроме // Суицидология. 2014. №1 (14). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/suitsidalnye-mysli-pri-depressivnom-sindrome> (дата обращения: 10.03.2020).
7. Романов Д.В., Петелин Д.С., & Волель Б.А. Депрессии в неврологической практике. Медицинский совет, (1), 2018: 38-45.
8. Beck A.T. Cognitive therapy and emotional disorders. New York Meridian, 1976: 356.
9. Антропов Ю.Ф. Невротическая депрессия у детей и подростков (клиника, типология, динамика и дифференциальная терапия). М.: Медтехника, 2001: 152.
10. Де Пауло Р. Понять депрессию. Что мы знаем о депрессии и как с ней бороться. М.: Альпина Бизнес Букс, 2004: 411.