

СОЦИАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ И ХРОНИФИКАЦИЯ ДЕПРЕССИИ

О.Д. ПУГОВКИНА, Л.С. ПАЛАМАРЧУК

В статье представлены результаты эмпирического исследования социального интеллекта и его связи с хронификацией депрессии. Зафиксировано снижение всех параметров социального интеллекта у больных в сравнении с группой здоровых испытуемых, показана относительная независимость успешности выполнения тестовых заданий от тяжести и давности заболевания в группе пациентов с депрессией. Предложены направления дальнейшего изучения проблемы в плане связи нарушений социального интеллекта с общим дефицитом в сфере способностей к саморегуляции мышления и деятельности.

Ключевые слова: депрессия, хронификация, социальный интеллект, саморегуляция мышления.

Название статьи включает два понятия, каждое из которых является предметом значительного числа исследований в современной клинической психологии, психиатрии и психотерапии. Распространенность депрессивных расстройств, высокая частота их хронификации, невозможность разрешения этой проблемы только медикаментозными средствами обосновывают необходимость изучения психологических факторов формирования затяжного типа течения депрессии (личностных, интерперсональных, семейных, культуральных). Этим вопросам посвящено большое количество научных работ, которые при этом почти не рассматривают фактор социального интеллекта. В то же время, проблема социального познания и его роли в возникновении различных видов психической патологии является своеобразным центром дискуссии ведущих ученых во всем мире. Множество публикаций, а также доклады, воркшопы, симпозиумы в рамках ведущих международных конгрессов посвящены нарушению этой способности, которая находит свое отражение в целой системе понятий (социальный и эмоциональный интеллект, ментализация, модель психического и др.), а также ее развитию как базовой задаче психотерапии при разных формах психической патологии.

Социальный интеллект является одним из факторов, влияющих на успешность интерперсональных отношений, нарушения которых, по мнению современных исследователей (психологов, психиатров), играют существенную роль в возникновении и хронификации депрессии [Холмогорова, 2011]. Существуют психотерапевтические подходы, в которых понятие «социальный интеллект» не используется буквально, однако в них прямо связываются причины хронификации депрессии с несформированностью поведенческого интерперсонального стиля человека и недостаточностью его социальных навыков. К таким подходам относятся СВASP Дж. Мак-Каллоу [Мак-Каллоу, 2003] и интерперсональный подход к лечению депрессии Дж. Клермана и М. Вейссман [Weissman, Markowitz, Klerman, 2007].

Дж. Мак-Каллоу описывает особенности социального функционирования больных хронической депрессией, опираясь на модель нормального когнитивного развития Ж. Пиаже: пациенты успешны во взаимодействии с предметами, но в межличностной сфере производят впечатление остановившихся на дооперациональном развитии — им свойственно невнимание к логической аргументации, эгоцентричность в видении себя и других, отсутствие привычки выдвигать гипотезы. Больные не способны конструировать образ будущего или обдумывать перспективы иначе, кроме как преломляя их через опыт прошлого. Дж. Мак-Каллоу считает, что именно структурные когнитивно-эмоциональные, а не функциональные проблемы поддерживают и питают патологию хронического пациента [Мак-Каллоу, 2003].

Возникновение депрессии и ее хронификация в контексте актуальных межличностных отношений больного рассматривается и в интерперсональной теории Дж. Клермана и М. Вейссман. Авторы связывают депрессию с рядом интерперсональных феноменов, среди которых особо подчеркивается роль межличностных дефицитов, дефицитов социальных навыков, которые могут приводить к конфликтам, разрывам в отношениях с людьми, к социальной изоляции [Weissman, Markowitz, Klerman, 2007].

Таким образом, в психотерапевтических подходах к лечению депрессии прямо или косвенно указывается на роль недостаточности социальных способностей в хронификации заболевания, однако сами авторы констатируют нехватку научных данных по этой проблеме при том, что концепция социального интеллекта (включающая различные модели, по-разному трактующие структуру и факторы рассматриваемого феномена) является хорошо разработанным конструктом, обладающим большим потенциалом для его использования в клинико-психологических исследованиях.

Чаще всего социальный интеллект рассматривается как способность человека воспринимать и понимать социальные явления в целях регуляции собственного поведения и в ситуациях межличностных отношений, выделяются такие его составляющие: *когнитивные* (социальные знания, память и др.), *эмоциональные* (социальная выразительность, способность к саморегуляции и др.) и *поведенческие* (социальные восприятие и взаимодействие [Социальный интеллект..., 2004]. При этом анализ научной литературы показывает, что значительная часть исследований направлена на прояснение роли *эмоционального* интеллекта в возникновении эмоциональных нарушений и депрессивных расстройств. Так, в рамках социально-психологических исследований эмоциональный интеллект изучался как predispositional фактор к тем или иным эмоциональным нарушениям. В частности, лиц с низкими показателями эмоционального интеллекта отличает «застывание» на негативных эмоциональных переживаниях, фиксация на содержании проблемы, высокие показатели страха отвержения [Щербинина, 2009]. Напротив, успешность в управлении эмоциями связана со степенью развития социальных навыков, позитивными отношениями с окружающими, отсутствием негативных взаимодействий с близкими друзьями [Landa, 2009]. В рамках клинических исследований депрессивных расстройств как predispositional, хронифицирующие факторы, не зависящие от длительности заболевания, рассматриваются нарушения эмоциональной регуляции познавательной деятельности, когнитивной регуляции эмоций, которые приводят к деструктивным влияниям негативных эмоций на психические процессы (память, внимание, пространственные функции, процессы программирования и контроля) [Плужников, 2010]. Результаты зарубежных исследований также показывают, что успешность в управлении эмоциями связана со степенью развития социальных навыков, позитивными отношениями с окружающими, отсутствием конфликтов с близкими друзьями [Landa, 2009]. При этом у авторов нет однозначного мнения о том, что первично — низкие социальные навыки приводят к возникновению депрессии, или депрессия выступает причиной снижения качества социальных навыков, однако в большей степени подтверждается, что дефицит социальных навыков скорее усиливает уязвимость к депрессивным расстройствам [Segrin, 2000].

Таким образом, клинический анализ социального и эмоционального интеллекта — относительно новая область исследований, актуальность которых заявлена и подтверждается непосредственно в сфере психотерапевтической практики лечения депрессивных расстройств.

Целью настоящего эмпирического исследования являлось выявление уровня социального интеллекта и его связи с процессом хронификации заболевания у больных депрессией.

В работе была использована модель Дж. Гилфорда, в которой социальный интеллект понимается как один из факторов общего интеллекта и включает в себя способности к пониманию поведения, к продуктивному мышлению в области поведения, к оценке и прогнозированию поведения. Эта модель больше ориентирована на оценку способностей в сфере поведения — понимания, оценки, прогнозирования, в отличие от более узкой модели эмоционального интеллекта, некоторое снижение которого у больных депрессиями было установлено в ряде клинических исследований [Плужников, 2010].

Методический комплекс включал в себя самоотчетные шкалы депрессии и тревоги А. Бека (в адаптации Н.В. Тарабриной (2001)) для оценки выраженности симптомов аффективного расстройства и тест «Социальный интеллект» Дж. Гилфорда (в адаптации Е.С. Михайловой (1996)) — для оценки уровня социального интеллекта.

Задания теста диагностируют способности в структуре социального интеллекта: познание классов, систем, преобразований и результатов поведения. Материал теста включает вербальные и невербальные задания.

Субтест № 1. «Истории с завершением» измеряет фактор познания результатов поведения, то есть способность предвидеть последствия поведения персонажей в определенной ситуации, предсказать то, что произойдет в дальнейшем.

Субтест № 2. «Группы экспрессии» измеряет фактор познания классов поведения, а именно способность к логическому обобщению, выделению общих существенных признаков в различных невербальных реакциях человека.

Субтест № 3. «Вербальная экспрессия» измеряет фактор познания преобразований поведения, то есть способность понимать изменение значения сходных вербальных реакций человека в зависимости от контекста вызвавшей их ситуации.

Субтест № 4. «Истории с дополнением» измеряет фактор познания систем поведения, а именно способность понимать логику развития ситуаций взаимодействия и значение поведения людей в этих ситуациях.

Результат по тесту в целом называется композитной оценкой и отражает общий уровень развития социального интеллекта.

Характеристика обследованных групп. Исследование проводилось на базе отделения № 3 аффективной патологии и в отделении № 4 погра-

ничных состояний ФБГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»¹. Критериями включения пациентов в экспериментальную группу были: диагноз «Депрессивное расстройство» (F32.0 — F33.0); отсутствие коморбидной личностной и органической патологии; возраст от 20 до 60 лет.

Было обследовано 30 пациентов (8 мужчин, 22 женщины) с депрессивными расстройствами. Первую группу составили 11 пациентов с первичным эпизодом депрессии. Во вторую группу были включены 19 больных с хроническим течением депрессивного расстройства. Пациенты были обследованы в момент становления ремиссии.

В группе пациентов с первичным эпизодом депрессии средний возраст испытуемых составил 35,4 + 12,37 лет, в этой группе преобладали женщины (85%). В группе пациентов с хронифицированным депрессивным расстройством средний возраст больных 43,63 + 11,1 лет, распределение по полу более равномерное (65 % женщин). В обеих группах большая часть испытуемых имели высшее образование (73 % и 60 % соответственно).

В таблице 1 приведены клинические характеристики обследованных пациентов.

Таблица 1
Клинические характеристики обследованных групп

Показатель	Группа больных с первичным эпизодом депрессии	Группа больных с хроническим депрессивным расстройством	Группа контроля
Диагноз по МКБ-10:			
F32.1 Депрессивный эпизод средней степени	11 (100 %)	3 (15,8 %)	-
F33.1 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени	-	12 (63,2 %)	-
F33.2 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени	-	1 (5,2 %)	-

¹ Авторы выражают благодарность за большую помощь в организации исследования Ирине Николаевне Емельяновой (заведующей отделением № 4 ФБГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздрава России) и Борису Владимировичу Балашову (заведующему отделением № 3 ФБГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздрава России).

F33.11 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод умеренной степени с соматическими симптомами	-	3 (15,8 %)	-
	M + SD	M + SD	M + SD
Длительность заболевания, лет	0,27 + 0,5	9,84 + 7,0	-
Количество ремиссий	-	4,17 + 3,6	-
Количество госпитализаций	1,36 + 0,7	4,84 + 3,9	-
Средний балл по шкале депрессии А. Бека	16,91 + 12,6	21,42 + 7,6	7,69 + 5,3
Средний балл по шкале тревоги А. Бека	14,91 + 12,7	16,53 + 11,9	5,89 + 5,2

В качестве контрольной группы была подобрана выборка здоровых испытуемых, соответствующих по социодемографическим показателям испытуемым основной группы (11 мужчин, 25 женщин в возрасте от 20 до 63 лет).

Результаты исследования. Первой задачей исследования стал анализ показателей социального интеллекта у больных депрессией (вне зависимости от давности заболевания) в сравнении со здоровыми испытуемыми. Полученные данные представлены в таблице 2.

Таблица 2

Показатели социального интеллекта в группе больных депрессией и в группе контроля (здоровых испытуемых)

Шкалы опросника социальный интеллект Дж. Гилфорда	Пациенты с депрессией (N = 30)		Здоровые испытуемые (N = 36)		Уровень значимости <i>p</i>
	M	SD	M	SD	
Способность предвидеть последствия поведения	2,4	0,8	3,4	1,0	0,000***
Способность к логическому обобщению в невербальных реакциях	2,0	0,7	2,6	0,9	0,008**
Способность понимать изменение значения вербальных реакций	2,4	0,7	3,5	1,0	0,000***
Способность понимать логику развития ситуации	1,9	0,6	2,8	0,8	0,000***
Композитная оценка	17,74	5,6	31,1	6,6	0,000***

Примечание: M — среднее значение SD — стандартное отклонение *** — $p < 0,0001$, ** — $p < 0,01$, * — $p < 0,05$.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что по всем показателям (способность предвидеть последствия поведения, способность к логическому обобщению в невербальных реакциях, способность понимать изменение значения вербальных реакций в зависимости от контекста, способность понимать логику развития ситуации и общий балл композитной оценки) уровень социального интеллекта у больных депрессиями значимо ниже ($p < 0,05$), чем в группе здоровых испытуемых.

Помимо статистики критерия, который свидетельствует о достоверности различий, обращает на себя внимание и выраженность различий, особенно по суммарной композитной оценке: в клинической выборке ($p=0,000^*$) этот показатель равен 17,7, в группе нормы — 31,1.

Далее было проведено сравнение параметров социального интеллекта в группе больных с первичным эпизодом депрессии и в группе больных с хронической депрессией (в сопоставлении с результатами здоровых испытуемых) (рис. 1).

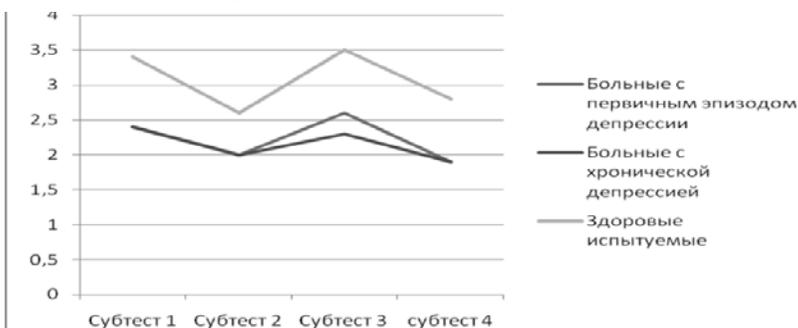


Рис. 1. Значения параметров социального интеллекта в обследованных группах

Результаты приведены в виде рисунка, т. к. значимых различий между группой больных с первичным эпизодом и хронической депрессией, как по отдельным параметрам социального интеллекта, так и по общей композитной оценке выявлено не было. Из соотношения графиков видно, что показатели в сравниваемых группах полностью совпадают по большинству параметров, а именно: способность предвидеть последствия поведения (субтест 1), способность к логическому обобщению в невербальных реакциях (субтест 2) и способность понимать логику развития ситуации (субтест 4). В группе пациентов с первичным эпизодом депрессии среднее значение способности понимать изменение значения вербальных реакций (субтест 3) незначительно выше, чем в группе пациентов с хронической депрессией (2,6 балла и 2,3 балла соответственно).

Третий этап статистической обработки включал корреляционный анализ связи параметров социального интеллекта с уровнем выраженности симптомов депрессии и тревоги, а также давности заболевания в клинической выборке. При изолированном обчете данных в клинической и контрольной выборках не было обнаружено значимых связей между показателями социального интеллекта и тяжестью симптомов депрессии и тревоги. Отсутствовали и корреляции характеристик социального интеллекта с длительностью заболевания в клинической выборке.

Однако при объединении всех испытуемых в одну группу (включая пациентов с разной давностью расстройства и здоровых испытуемых) корреляционный анализ показал ожидаемые связи тяжести симптомов аффективного расстройства со всеми шкалами социального интеллекта (таблица 3).

Достаточно выраженные отрицательные связи (коэффициенты от -0,296 до -0,432) обнаружены у всех показателей социального интеллекта со степенью выраженности симптомов тревоги и депрессии. Наиболее сильная обратная корреляция отмечена между переменной «способность понимать логику развития ситуации» и показателями депрессии (-,432**) и тревоги (-,379**).

Таблица 3

Взаимосвязь тяжести симптомов депрессии и тревоги с параметрами социального интеллекта (объединенная выборка, больные депрессиями с разной давностью заболевания и здоровые испытуемые)

Параметры социального интеллекта (по тесту Дж. Гилфорда)	Коэффициент корреляции <i>r-Spearman</i>	
	Выраженность симптомов депрессии по опроснику А. Бека	Выраженность симптомов тревоги по опроснику А. Бека
Способность предвидеть последствия поведения	-	-
Способность к логическому обобщению в невербальных реакциях	-,296*	-,306*
Способность понимать изменение значения вербальных реакций в зависимости от контекста	-,281*	-,278*
Способность понимать логику развития ситуации	-,432**	-,379**
Композитная оценка	-,321*	-,323*

Примечание: * Корреляция значима на уровне 0,05 (2-сторонняя); ** корреляция значима на уровне 0,01 (2-сторонняя).

Обсуждение результатов. Представленные выше данные свидетельствуют о явном снижении параметров социального интеллекта в группе больных депрессиями по сравнению со здоровыми испытуемыми. Количественные различия в показателях, возможно, не столь значительны. При этом важно учесть, что в экспериментальной группе были испытуемые разного возраста, социального статуса, образовательного уровня (хотя 68% испытуемых имели высшее образование). Однако снижение показателей социального интеллекта носит общий характер для всех испытуемых — в клинической выборке встречались, главным образом, низкие оценки по всем показателям теста (при том, что в выборке здоровых испытуемых можно было видеть разнообразие, т. е. испытуемые давали не только «средние» или, иногда «плохие» ответы, но и «хорошие»).

Объяснить этот эффект «общего снижения» параметров социального интеллекта у больных депрессиями тяжестью эмоционального состояния или снижением способности вследствие давности заболевания не удастся, т. к. корреляционный анализ не подтверждает такой гипотезы (в клинической выборке не обнаружено связи между уровнем социального интеллекта и степенью тяжести и давности состояния). Это может быть свидетельством в пользу гипотезы о нарушениях социального интеллекта при депрессии как устойчивых и не зависящих от длительности заболевания. Это предположение, однако, требует дальнейшей проверки, т. к. наши результаты могут быть отчасти связаны с преобладанием низких баллов в группе больных депрессиями (недостаточной дифференцирующей силой методики²), а также ограниченным размером выборки. Предварительно можно говорить, что наши данные соотносятся с данными клинических исследований эмоционального интеллекта при депрессиях, как не связанного с длительностью заболевания, устойчивого и играющего роль predisпозиционного [Плужников, 2010].

В качестве основного результата проведенного эмпирического исследования можно считать зафиксированную обратную связь параметров социального интеллекта и выраженности симптомов депрессии и тревоги в общей выборке. Другими словами, вне зависимости от наличия клинического диагноза депрессивного расстройства, низкие значения по параметрам социального интеллекта связаны со снижением показателей эмоционального благополучия.

Возвращаясь к отправным точкам исследования, напомним, что традиционно социальный интеллект и, шире, способности в сфере социального познания, являются важным предметом интереса клинических пси-

² В группе пациентов с депрессией преобладали «низкие» баллы по тесту социального интеллекта.

хологов и психотерапевтов, работающих с больными шизофренией [Рычкова, Холмогорова, 2012; Холмогорова, Зарецкий, 2010]. В отношении этой группы больных получено большое количество эмпирических данных, на основе которых разработаны и внедряются методы психосоциальной работы. Полученные нами результаты позволяют предположить, что конструктор «социальный интеллект» обладает значительным исследовательским потенциалом и в отношении расстройств аффективного спектра. Помимо конкретной задачи — научного обоснования особой мишени психотерапевтической работы с данным контингентом больных, исследования социального интеллекта имеют отношение к остро стоящей сегодня проблеме понимания культурных и биологических основ способностей в области социального познания. Зафиксированные в нашем исследовании различия в уровне социального интеллекта у больных депрессиями и здоровых испытуемых требуют объяснения и поиска специфических психологических механизмов, опосредующих связь между способностями в сфере социального познания и качеством эмоциональной жизни у пациентов с расстройствами аффективного спектра.

В частности, может быть подвергнуто экспериментальной проверке предположение Дж. Мак-Каллоу о своеобразном «недоразвитии» механизмов (операций) мышления у больных хронической депрессией, которое, во-первых, искажает восприятие сложных ситуаций интерперсонального взаимодействия, и, во-вторых, не дает им выйти за пределы непосредственно наблюдаемого опыта. Разработки отечественных психологов позволяют предполагать здесь дефицитарность рефлексии как механизма саморегуляции деятельности [Холмогорова, Зарецкий, 2010].

Например, в ранее выполненном исследовании познавательной деятельности у больных терапевтически резистентными депрессиями [Пуговкина, 2009] были установлены нарушения мотивационной регуляции когнитивных функций, обеспечивающей продуктивность такой деятельности. Нарушения произвольной регуляции познавательной деятельности имели место при относительно сохранных формальных показателях когнитивного функционирования, что приводило к общему снижению продуктивности деятельности в ситуации обследования. Были выявлены снижение экспертной мотивации (как важного регуляторного фактора в ситуации обследования); выраженное снижение реакции на успех и неудачу, на комментарии экспериментатора; крайне низкое влияние повышенной мотивации, искусственно создаваемое экспериментатором, на продуктивность деятельности (методика «Поиск слов», Т.Д. Савина, 1991). Кроме того, снижение способности к произвольной регуляции познавательной деятельности у больных депрессией проявилось в недоста-

точном использовании стратегий субъективной организации и обработки предлагаемого материала. Говоря о нарушении мотивационной регуляции познавательной деятельности, уместно вспомнить предположение Дж. Мак-Каллоу о том, что в основе хронического типа течения аффективной патологии лежат структурные когнитивные нарушения.

Таким образом, вопрос дальнейших исследований состоит в том, в какой мере зафиксированный факт снижения социального интеллекта у больных депрессиями имеет отношение к способностям в сфере социального взаимодействия (т.е. является проявлением интерперсональных дефицитов), а в какой — является частным проявлением нарушения, лежащего в сфере общих способностей к саморегуляции мышления, деятельности, поведения?

От ответа на этот вопрос зависит направление психокоррекционной и психотерапевтической работы с данным контингентом больных.

ЛИТЕРАТУРА

- Мак-Каллоу Дж. Лечение хронической депрессии. М., 2003 г.
- Плужников И.В. Эмоциональный интеллект при аффективных расстройствах: Дисс. ... канд. психол. наук. М., 2010.
- Пуговкина О.Д. Когнитивное функционирование и его динамика при терапевтически резистентных депрессиях в процессе лечения методами ЭСТ и ТМС // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. № 1. С. 29—34.
- Рычкова О.В., Холмогорова А.Б. О мозговых основах социального познания, поведения и психической патологии: концепция «социальный мозг» — «за» и «против» // Вопросы психологии. 2012. № 5. С. 36—48.
- Социальный интеллект: теория, измерение, исследования / Под ред. Д.В. Люсина, Д.В. Ушакова. М., 2004.
- Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. М., 2011 г.
- Холмогорова А.Б., Зарецкий В.К. Может ли быть полезна российская психология в решении проблем современной психотерапии: размышления после XX конгресса интернациональной федерации психотерапии (IFP). [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. № 4. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru).
- Шербинина И.В. Эмоциональный интеллект и его взаимосвязь с потребностью в общении // Материалы международной конференции «Психология общения XXI век: 10 лет развития». М., 2009 г.
- Landa J. Predictive validity of Perceived Emotional Intelligence on nursing students' self-concept // Nurse Education Today, 2009, № 7. P. 801—808.
- Segrin C. Social skills deficits associated with depression // Clinical Psychology Review, 2000, № 3, P. 379—403.

Weissman M., Markowitz J., Klerman G. Clinician's Quick Guide to Interpersonal Psychotherapy. Oxford UP, 2007.

A SOCIAL INTELLIGENCE AND A CHRONIFICATION OF DEPRESSION

O.D. PUGOVKINA, L.S. PALAMARCHUK

The paper presents results an empirical study of social intelligence and its relation to chronicity of depression. Registered a decline of all the parameters of social intelligence in patients compared with healthy subjects, shows the relative independence of the successful execution of tests on the severity and duration of the disease in patients with depression. The directions for further study of the problem in terms of communication disorders of social intelligence to the general shortage of skills in the field of self-regulation of thought and action.

Keywords: depression, chronicity, social intelligence, self-thinking.

Mac-Kallow J. Lechenie khronicheskoi depressii. Moscow, 2003.

Pluzhnikov I.V. Emotsionalnyi intellekt pri depressii // diss. ... kand. psikholog. nauk. Moscow, 2010.

Pugovkina O.D. Kognitivnoe funkcionirovanie I ego dinamika pri terapevticheskii resistentnykh depressiakh // Socialnaya I klinicheskaya psikiatriya. 2009. № 1. P. 29—34.

Rychkova O.V., Kholmogorova A.B. On brain foundations of social cognition, behavior and psychological pathology: The conception of the social brain — pro and contra // Voprosy Psikhologii. 2012. № 5. P. 36—48.

Socialnyi Intellekt: teoriya, izmerenie, issledovaniya / pod red. D.V. Lusina, D.V. Ushakova. Moscow, 2004.

Kholmogorova A.B. Integrativnaya psikhoterapiya rasstroystv affektivnogo spectra. Moscow, 2011.

Kholmogorova A.B., Zaretskiy V.K. Mozhet li byt' polezna rossiyskaya psikhologiya v reshenii problem sovremennoy psikhoterapii // Medicinskaya Psikhologiya v Rossii. 2010. N 4. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru).

Sherbinina I.V. Emotsionalnyi intellekt I ego cviaz' s potrebnost'u v obshenii // Materialy mezhdunarodnoy konferentsii "Psikhologiya obsheniya XXI vek: 10 let razvitiya". Moscow, 2009.

Landa J. Predictive validity of Perceived Emotional Intelligence on nursing students' self-concept // Nurse Education Today, 2009, № 7. P. 801—808.

Segrin C. Social skills deficits associated with depression // Clinical Psychology Review, 2000, № 3, P. 379—403.

Weissman M., Markowitz J., Klerman G. Clinician's Quick Guide to Interpersonal Psychotherapy. Oxford UP, 2007.