

## КЛИНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ (НА ПРИМЕРЕ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ)\*

*А.Н. Алёхин, И.О. Чумакова, Е.В. Андреева, Е.А. Трифонова*

Представлены результаты исследования эмоционального статуса, отношения к болезни и качества жизни пациентов с легочной артериальной гипертензией и фибрилляцией предсердий. Показано, что качество жизни больных существенно снижено, но в наибольшей мере – у больных с легочной артериальной гипертензией. Вместе с тем пациенты с легочной артериальной гипертензией, несмотря на имеющиеся физические ограничения, более успешно, чем больные с фибрилляцией предсердий, адаптируются к ситуации заболевания, что обусловлено особенностями течения болезни и ее социальных последствий.

*Ключевые слова:* пациенты с сердечно-сосудистой патологией, психическая адаптация, качество жизни, отношение к болезни, фибрилляция предсердий, легочная артериальная гипертензия.

### Введение

По данным ВОЗ [6], сердечно-сосудистые заболевания являются ведущей причиной смерти в РФ, определяют основную долю бремени болезней, существенно снижают качество жизни болевших, что обусловлено инвалидизирующими последствиями, а также высокой психопатологической коморбидностью и риском нарушения психической адаптации.

Характеристикам психической адаптации при сердечно-сосудистых заболеваниях отводится весьма важная роль в формировании медицинского прогноза [10, 13, 17]. Вместе с тем в исследованиях, посвященных данной проблеме, основное внимание уделяется «негативному» аспекту – клиническим проявлениям и факторам эмоциональных и личностных нарушений у больных разных нозологических групп [8]. В ряде исследований показан неоднозначный характер связи между тяжестью заболевания сердца и психическим благополучием пациентов, однако психологическое содержание этого феномена не прояснено [9, 21, 22]. Недостаточно изученными остаются закономерности адаптивной перестройки пациентом образа жизни и системы отношений в связи с обусловленными болезнью физическим дискомфортом и социальными трудностями.

Вышеизложенное послужило основанием для проведения исследования, **цель** которого

состоит в изучении влияния клинических характеристик сердечно-сосудистой патологии на качество психологической адаптации пациентов для обоснования дифференцированного подхода в психологическом сопровождении процесса их лечения и реабилитации. В качестве модели рассматриваются тяжелые, но вместе с тем существенно различающиеся по этиологии, клиническим проявлениям и прогнозу заболевания: легочная артериальная гипертензия (ЛАГ) и фибрилляция предсердий (ФП).

В клиническом плане ЛАГ является редким (распространенность – около 15 случаев на 1 млн человек) патофизиологическим состоянием, развитие которого связано с уменьшением просвета средних и мелких сосудов легких. В результате этого в них повышается давление, нарушается насосная функция правых отделов сердца, что приводит к правожелудочковой сердечной недостаточности, приводящей к преждевременной смерти [4]. В отличие от этого ФП является одним из наиболее распространенных нарушений сердечной деятельности (около 1 % в общей популяции). Данный вид аритмии не представляет непосредственной угрозы для жизни больного, проявляется беспорядочным, хаотичным возбуждением и сокращением отдельных групп мышечных волокон предсердий, связанными с их некоординированной электрической активностью. Наиболее типич-

\* Исследование выполнено при поддержке гранта Президента РФ МК-2076.2012.6.

ные симптомы ФП – сердцебиение, одышка, общая слабость [3].

**Материалы и методы исследования.**

Исследование проводилось в условиях стационара на базе отделения рентген-хирургии аритмий и электрокардиостимуляции, кардиологических отделений №1 и №2, неврологического отделения, отделения ревматологии и некоронарогенных заболеваний миокарда «Федерального центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова». Всего было обследовано 75 пациентов (30 мужчин и 45 женщин) в возрасте от 50 до 73 лет (средний возраст 59,9±6,2), в том числе в группе пациентов, страдающих ЛАГ – 19 человек, и в группе пациентов с ФП – 56 пациентов. Состав групп был сбалансирован по полу и возрасту обследованных больных.

Больные с ЛАГ госпитализировались для проведения диагностических обследований и определения показаний к терапии либо для коррекции ранее назначенной терапии. Пациенты с ФП проходили плановое лечение методом радиочастотной катетерной абляции, преимущественно в связи с низкой эффективностью фармакотерапии.

Исследование осуществлялось с информированного согласия пациентов при консультативном участии врачей-кардиологов. В клиническом статусе оценивались градация частоты встречаемости симптомов каждого заболевания (высокая, средняя, низкая), характеристики их проявления (сердечные, внесердечные и их сочетание), сочетанность с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Основные клинические характеристики об-

следованных больных представлены в табл. 1.

Особенности психологической адаптации пациентов оценивались на основании самоотчетов о влиянии болезни на возможность удовлетворения актуальных потребностей (качество жизни); об эмоциональном состоянии больных (выраженности тревожных и депрессивных проявлений) и их отношении к болезни.

На первом этапе исследования проводилась беседа, направленная на оценку эмоционального статуса, общего самочувствия, переживаний, связанных с заболеванием, информированности о нем, приверженности лечению и образа жизни в целом. Затем выполнялось психодиагностическое исследование с использованием следующего комплекса методик:

- Краткий общий опросник для оценки качества жизни, связанного со здоровьем – SF-36 («The Medical Outcomes Study Short Form 36 Items Health Survey») [20].

- «Интегративный тест тревожности» (ИТТ) [1].

- «Шкала самооценки депрессии» Зунга (Self-Rating Depression Scale – SDS) [23].

- «Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни» («ТОБОЛ») [7].

При математико-статистическом анализе использовались методы описательной статистики (расчет частоты встречаемости); методы выявления достоверности различий (U-критерий Манна – Уитни); методы выявления взаимосвязей (критерий Хи-квадрат); критерий оценки нормальности распределения Колмогорова–Смирнова.

Таблица 1

Клинические характеристики обследованных больных

Группа	Количество симптомов (частота встречаемости, %)			Качество симптомов (частота встречаемости, %)			Сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания (частота встречаемости, %)			
	Высокосимптомное течение	Среднесимптомное течение	Малосимптомное течение	Сердечные Симптомы	Внесердечные (неспецифические) симптомы	Сердечные и внесердечные жалобы	Нет	Гипертоническая болезнь	Ишемическая болезнь сердца	Хроническая сердечная недостаточность
Пациенты с ЛАГ (n=19)	100	0	0	0	0	100	0	21,1	5,2	100
Пациенты с ФП (n=56)	17,9	76,8	5,3	25,0	5,4	69,6	14,3	57,1	17,9	42,9

## Клиническая (медицинская) психология

Данные обрабатывались с помощью программы SPSS Statistics ver. 19.

### Результаты исследования

*Качество жизни пациентов с легочной артериальной гипертензией и фибрилляцией предсердий*

По результатам клинико-психологического исследования было установлено, что пациенты обеих групп воспринимают заболевание как препятствие к удовлетворению своих актуальных потребностей. Показатели пациентов обеих обследованных групп по опроснику SF-36 существенно ниже среднепопуляционных норм жителей Санкт-Петербурга [5]. При этом в наибольшей степени у пациентов страдает физический (соматический) аспект качества жизни, отражающий самооценку физического здоровья, функциональных возможностей и общего самочувствия.

Результаты исследования показателей качества жизни пациентов с ЛАГ и ФП представлены в табл. 2.

Как следует из данных табл. 2, наличие ЛАГ оказывает более выраженное, чем ФП, негативное влияние на качество жизни пациентов, поскольку в большей мере снижает переносимость физических нагрузок (включая повседневные, хозяйственно-бытовые), ограничивает возможности общения и социальной активности. В целом пациенты с ЛАГ оценивают состояние своего здоровья достоверно ниже, чем пациенты с ФП. Выявленные раз-

личия представляются закономерными, отражающими клинически объяснимую «объективную реальность» рассматриваемых заболеваний.

*Характеристика актуального психического состояния пациентов с легочной артериальной гипертензией и фибрилляцией предсердий*

Повышенная утомляемость и слабость являются наиболее часто встречающимися симптомами в актуальном психическом состоянии пациентов обеих групп и наиболее выражены у пациентов с ЛАГ (высокие значения по шкале астенического компонента ситуативной тревоги были выявлены у 52,6 % больных с ЛАГ по сравнению с их распространенностью у 37,5 % больных с ФП,  $p < 0,05$ ).

Показатели, свидетельствующие о риске депрессивного состояния, отмечались только у одного пациента с ЛАГ и у 4 пациентов с ФП, что свидетельствует об отсутствии различий в низкой частоте встречаемости этой симптоматики у пациентов обеих групп.

Выраженная личностная тревожность установлена более чем у половины пациентов обеих групп (53,6 % пациентов с ФП и 52,6 % пациентов с ЛАГ). Однако при ФП ведущим в структуре личностной тревожности является компонент эмоционального дискомфорта (повышенные показатели выявлены у 50 %), отражающий чрезмерную раздражительность, эмоциональную напряженность, неудовлетво-

Таблица 2  
Качество жизни пациентов с легочной артериальной гипертензией и фибрилляцией предсердий

Группы	Компоненты качества жизни (методика SF-36)							
	Общее здоровье	Физическая активность	Ограничивающая роль физических проблем	Ограничивающая роль эмоциональных проблем	Социальная активность	Боль	Жизненная активность	Психическое здоровье
Пациенты с ЛАГ (средний ранг результатов)	29,63	19,32	38,11	40,53	28,79	32,42	36,53	31,37
Пациенты с ФП (средний ранг результатов)	40,84	44,34	37,96	37,14	41,13	39,89	38,50	40,25
Значение коэффициента U Манна-Уитни	373,00	177,00	530,00	484,00	357,00	426,00	504,00	406,00
Достоверность различий (p)	0,05	0,00	0,98	0,56	0,03	0,20	0,73	0,12

ренность. Для больных ЛАГ более характерно преобладание астенического радикала (повышенные значения по шкале астенического компонента в структуре личностной тревожности – у 73,7 %).

Различия в уровневых и качественных характеристиках личностной тревожности пациентов заключались в большей выраженности у пациентов с ФП фобического компонента (повышенные показатели у 38 % пациентов с ФП против 11% пациентов с ЛАГ,  $p < 0,05$ ), отражающего склонность к немотивированным опасениям и чувству собственной несостоятельности.

*Отношение к болезни пациентов с легочной артериальной гипертензией и фибрилляцией предсердий*

Достоверных различий в распределении типов отношения к болезни в рассматриваемых группах выявлено не было: и у пациентов с ЛАГ (52,6 %), и у пациентов с ФП (37,5 %) ведущим являлся эргопатический тип, отражающий стремление преодолеть чувство уязвимости в связи с заболеванием за счет активной деятельности, вовлеченности в повседневные дела.

В то же время при анализе выраженности отдельных тенденций в структуре внутренней картины болезни у пациентов обеих групп были установлены некоторые различия (табл. 3).

Характерно, что пациенты с ЛАГ, несмотря на менее благоприятный прогноз, большую

симптомность и обременительность их болезни, менее склонны непродуктивно фиксироваться на неприятных ощущениях (ипохондрических компонент), более терпеливо переносят недуг, проявляют большую выдержку в процессе лечения, менее раздражительны и менее конфликтны (неврастенический и дисфорический компоненты). На уровне тенденции, не достигающей статистической значимости, у пациентов с ЛАГ также отмечается меньшая подверженность страхам и опасениям в связи с болезнью (тревожный компонент), но на фоне большей озабоченности возможным влиянием болезни на благополучие близких и склонности скрывать от окружающих факт болезни, проявлять своеобразный «стоицизм» (сенситивный компонент).

**Обсуждение результатов исследования**

Настоящее исследование было направлено на оценку особенностей адаптации личности к фрустрирующим условиям тяжелого сердечно-сосудистого заболевания на примере наличия ФП и ЛАГ. Актуальность выполненной работы обусловлена необходимостью обоснования направлений и содержания психологического сопровождения больных с сердечно-сосудистой патологией с учетом их типичных личностных реакций на существенные характеристики заболеваний (степень физических ограничений, специфика симптомов, прогноз, характер лечения и др.) и риска нарушения психической адаптации.

Исследования свидетельствуют о том, что

Таблица 3

Отношение к болезни у пациентов с легочной артериальной гипертензией и фибрилляцией предсердий

Группа	Тип отношения к болезни (методика «ТОБОЛ»)											
	Гармоничный	Эргопатический	Анозогнозический	Тревожный	Ипохондрический	Неврастенический	Меланхолический	Апатический	Сенситивный	Эгоцентрический	Параноидальный	Дисфорический
Пациенты с ЛАГ (средний ранг показателей)	36,97	42,50	40,16	30,47	28,45	28,18	30,05	34,03	44,18	35,50	34,87	29,24
Пациенты с ФП (средний ранг показателей)	38,35	36,47	37,27	40,55	41,24	41,33	40,70	39,35	35,90	38,85	39,06	40,97
Значения коэффициента U Манна-Уитни	512,5	446,5	491,0	389,0	350,5	345,5	381,0	456,5	414,5	484,5	472,5	365,5
Достоверность различий (p)	0,80	0,30	0,57	0,08	0,03	0,02	0,06	0,35	0,15	0,56	0,47	0,04

как и при других расстройствах, при сердечно-сосудистой патологии связь между тяжестью заболевания и качеством жизни пациентов носит неоднозначный характер [9, 21]. При этом внутренняя картина болезни не имеет полного соответствия с клинической картиной, а в большей мере зависит от личностного смысла последствий заболевания [2, 11, 22], что подтвердили и результаты настоящего исследования пациентов, страдающих двумя формами достаточно разных в клиническом плане групп сердечно-сосудистых расстройств: при общем для них значительном фрустрирующем потенциале. Так, ЛАГ – редкое, прогрессирующее, инкурабельное патофизиологическое состояние, имеющее неблагоприятный прогноз, сопровождающееся снижением переносимости физических нагрузок, неспецифическим дискомфортом в левой половине груди, одышкой, обморочными состояниями (нередко без ощущения ауры) и другими клиническими проявлениями недостаточности насосной функции правого сердца [4]. В противовес этому ФП – одна из наиболее распространенных форм нарушений ритма сердца – обратимое, не представляющее непосредственной угрозы для жизни пациента нарушение ритма сердца, субъективно проявляющееся внезапными вариативными неприятными ощущениями: кратковременными или длительными сбоями в регулярности и частоте сердечных сокращений, которые сопровождаются общей слабостью и ощущением специфического дискомфорта в области груди [3].

В настоящем исследовании было установлено, что в целом субъективные оценки физических возможностей пациентов с ФП и ЛАГ относительно точно отражают реальные ограничения, связанные с заболеванием. Качество жизни пациентов обеих групп снижено, прежде всего за счет физического компонента – результат, соответствующий выводам авторов других публикаций [12, 15, 18, 19]. При этом ЛАГ оказывает более выраженное влияние на физическую активность пациентов, ограничивает их социальные контакты, главным образом за счет снижения трудоспособности и мобильности.

Лишь в единичных случаях у пациентов были выявлены жалобы, позволяющие предположить депрессивное состояние, что не согласуется с результатами других исследователей, указывающих на значительный риск психиатрической коморбидности при ФП и ЛАГ [14, 16]. В то же время полученные данные подтверждают выводы исследователей о по-

вышенной тревожности пациентов, свидетельствующей о напряженности механизмов адаптации. Качественное своеобразие психического статуса больных проявлялось в преобладании у пациентов с ЛАГ явлений астении, обуславливающей легкое возникновение относительно «сглаженных» эмоциональных реакций, а у пациентов с ФП – отчетливой аффективной напряженности, которая могла принимать формы нервозности, взволнованности, раздражительности и пр.

Результат сравнения характеристик отношения к болезни при ЛАГ и ФП оказался несколько неожиданным. Было установлено, что пациенты с ФП испытывают большие трудности в психологической адаптации к болезни, чем пациенты с ЛАГ, что проявляется в более выраженной склонности к ипохондрическим фиксациям, переживанию «усталости» от болезни, эмоциональной несдержанности, дисфоричности. Больные с ЛАГ, напротив, несмотря на существенные физические ограничения, демонстрировали активную позицию в преодолении болезни, были менее склонны к отреагированию негативных переживаний в межличностном взаимодействии.

Выявленные различия в особенностях психологической адаптации к ситуации болезни у пациентов с ЛАГ и ФП могут объясняться как особенностями течения основного заболевания, так и его последствиями. Несмотря на тяжесть, ЛАГ является относительно медленно, постепенно прогрессирующим заболеванием, делающим возможным для пациента столь же постепенное изменение образа жизни и перестройку системы отношений. ФП же в большинстве случаев проявляется внезапно, протекает приступообразно (в обследованной выборке преобладали больные именно с пароксизмальной формой), плохо поддается контролю и таким образом создает условия нестабильности, что существенно затрудняет адаптацию и формирует фон тревожного ожидания. Потеря трудоспособности при ЛАГ и сужение круга социальной активности, несмотря на фрустрирующий характер, видимо, оказываются в том числе и протективными факторами, избавляющими больных от чрезмерных нагрузок в социальных отношениях. Для пациентов же с ФП принципиальная обратимость заболевания может формировать потребность в сохранении прежнего уровня социальной и физической активности. Фрустрация этой потребности, возможно, лежит в основе эмоциональной напряженности и хронической неудовлетворенности больных.

Таким образом, в настоящем исследовании были выявлены особенности адаптации пациентов с тяжелой сердечно-сосудистой патологией к условиям болезни. Полученные результаты служат дополнительным свидетельством необходимости учитывать субъективный план переживания пациентом ситуации болезни в контексте его усилий по изменению образа жизни и перестройки системы отношений.

Представляется значимым дальнейшее изучение относительного вклада клинических и личностных характеристик в формирование стиля адаптации к условиям болезни и риска ее нарушения.

### Выводы

■ Качество жизни пациентов с легочной артериальной гипертензией и фибрилляцией предсердий существенно снижено в физическом аспекте, причем в наибольшей мере – при легочной артериальной гипертензии.

■ Нарушения психической адаптации при легочной артериальной гипертензии проявляются преимущественно повышенной истощаемостью, а при фибрилляции предсердий – эмоциональной возбудимостью, склонностью к немотивированным опасениям и переживанию личной несостоятельности.

■ При легочной артериальной гипертензии медленное прогрессирование заболевания с постепенным сужением круга физической и социальной активности в отсутствие резких обострений позволяет пациентам за счет перестройки системы отношений и стереотипов поведения более эффективно (чем при фибрилляции предсердий) адаптироваться к ситуации болезни.

■ При фибрилляции предсердий интенсивная внезапно возникающая и трудно контролируемая специфическая симптоматика на фоне попыток пациента сохранить прежний уровень физической и социальной активности формирует более высокий риск нарушений психической адаптации с преобладанием явлений эмоциональной несдержанности и ипохондрических фиксаций.

### Литература

1. Бизюк, А.П. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ). Методические рекомендации / А.П. Бизюк, Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев. – СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2003. – 23 с.

2. Клинические факторы формирования отношения к болезни у пациентов с фибрилляцией предсердий / А.Н. Алехин, И.О. Чума-

кова, Е.А. Трифонова и др. // Психологические исследования: электрон. науч. журн. – 2011. – № 5(19). – <http://psystudy.ru> (дата обращения: 01.02.2012).

3. Кушаковский, М.С. Аритмии сердца. Нарушение сердечного ритма и проводимости / М.С. Кушаковский. – М.: Фолиант, 2007. – 672 с.

4. Легочная гипертензия и правожелудочковая недостаточность. Ч. VII. Эпидемиология, факторы риска и патогенез первичной (идиопатической) легочной артериальной гипертензии / Т.А. Батыралиев, С.А. Махмутходжаев, Э. Эсинси и др. // Кардиология. – 2007. – Т. 47. – № 2. – С. 44–56.

5. Новик, А.А. Исследование качества жизни в медицине: учебное пособие / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 304 с.

6. Обзорная сводка о состоянии здоровья в Российской Федерации 2005 // Всемирная организация здравоохранения, 2006. – [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/103594/E88405R.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/103594/E88405R.pdf)

7. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс. – СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. – 32 с.

8. Смуглевич, А.Б. Психокardiология / А.Б. Смуглевич, А.Л. Сыркин. – М.: МИА, 2005. – 784 с.

9. Сравнительная характеристика качества жизни и физического статуса больных ишемической болезнью сердца и аортальными пороками / Е.Н. Левичева, И.Ю. Логинова, Г.Н. Окунева и др. // Кардиология. – 2009. – Т. 49. – № 4. – С. 4–8.

10. Структура и динамика нозогенных психических реакций у больных с различными формами фибрилляции предсердий / Т.В. Яковенко, Ю.В. Шубик, Г.П. Костюк, Т.В. Крятова // Вестник аритмологии. – 2006. – № 44. – С. 26–29.

11. Штрахова, А.В. Личностный смысл болезни – суммарный вектор психического отражения болезни болеющим субъектом / А.В. Штрахова // Вестник Южно-Уральского государственного университета. – 2008. – № 33. – С. 78–82.

12. Эмоциональный статус и качество жизни пациентов с легочной артериальной гипертензией / Е.В. Андреева, Н.С. Гончарова, Е.А. Трифонова, О.М. Моисеева // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике, Санкт-Петербург, ноябрь 2010 г. /

под общ. ред. В.И. Мазурова. – СПб.: Изд-во СПб МАПО, 2010. – Вып. X. – С. 4–8.

13. Albus, C. *Psychological and social factors in coronary heart disease* / C. Albus // *Ann Med.* – 2010. – Vol. 42(7). – P. 487–494.

14. *Anxiety and depression in patients with pulmonary hypertension* / B. Löwe, K. Gräfe, C. Ufer et al. // *Psychom Med.* – 2004. – Vol. 66. – P. 831–836.

15. Chen, H. *Health-related quality of life and patient-reported outcomes in pulmonary arterial hypertension* / H. Chen, D.B. Taichman, R.L. Doyle // *Proc Am Thorac Soc.* – 2008. – Vol. 5(5). – P. 623–630.

16. *Depression, anxiety, and quality of life in patients with atrial fibrillation* / G. Thrall, G.Y. Lip, D. Carroll, D. Lane // *Chest.* – 2007. – Vol. 132(4). – P. 1259–1264.

17. Freedland, K.E. *Effect of depression on prognosis in heart failure* / K.E. Freedland, R.M. Carney, M.W. Rich // *Heart Fail Clin.* – 2011. – Vol. 7(1). – P. 11–21.

18. *Psychosocial Aspects of Pulmonary Hypertension: A Review* / J.M. Wryobeck,

G. Lippo, V. McLaughlin et al. // *Psychosomatics.* – 2007. – Vol. 48. – № 6. – P. 467–475.

19. *Quality of life in patients with atrial fibrillation: a systematic review* / G. Thrall, D. Lane, D. Carroll, G.Y. Lip // *Am. J. Med.* – 2006. – Vol. 119(5). – P. 448.e1–448.e19. doi:10.1016/j.amjmed.2005.10.057

20. *SF-36 health survey: Manual & interpretation guide* / J.E. Ware, K.K. Snow, M. Kosinski, B. Gandek. – Boston: Nimrod Press, 1993.

21. *The impairment of health-related quality of life in patients with intermittent atrial fibrillation: implications for the assessment of investigational therapy* / P. Dorian, W. Jung, D. Newman et al. // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 2000. – Vol. 36. – P. 1303–1309.

22. *Understanding atrial symptom reports: objective versus subjective predictors* / S.F. Sears, E.R. Serber, L.G. Alvarez et al. // *Pacing Clin. Electrophysiol.* – 2005. – Vol. 28(8). – P. 801–807.

23. Zung, W. *A self-rating depression scale* / W. Zung // *Arch Gen Psychiatry.* – 1965. – V. 12. – P. 63–70.

*Поступила в редакцию 20.12.2011 г.*

**Алёхин Анатолий Николаевич.** Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой клинической психологии, Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена. E-mail: termez59@mail.ru

**Anatoly N. Alehin.** Doctor of medical sciences, professor, head of the department of clinical psychology, Russian State Pedagogical University named after A.I. Herzen. E-mail: termez59@mail.ru

**Чумакова Ирина Олеговна.** Аспирант кафедры клинической психологии, Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена. E-mail: iretta88@gmail.com

**Irina O. Chumakova.** Graduate student of clinical psychology, Russian State Pedagogical University named after A.I. Herzen. E-mail: iretta88@gmail.com

**Андреева Евгения Вячеславовна.** Аспирант кафедры клинической психологии, Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена. E-mail: genya.andra@gmail.com.

**Eugenia V. Andreeva.** Graduate student of clinical psychology, Russian State Pedagogical University named after A.I. Herzen. E-mail: genya.andra@gmail.com.

**Трифонова Елена Александровна.** Доцент кафедры клинической психологии, Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, научный сотрудник Лаборатории клинической психологии и психодиагностики, Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, кандидат психологических наук. E-mail: trifonovahelen@yandex.ru

**Elena A. Trifonova.** Candidate of psychological sciences, associate professor of clinical psychology, Russian State Pedagogical University named after AI Herzen, Researcher, laboratory of clinical psychology and psychodiagnostic of the St. Petersburg Research psychoneurological Institute of the V.M. Bekhterev. E-mail: trifonova-helen@yandex.ru