

УДК 616.895.8:616.89-008.444.9

*О.Н. Голоденко***КАЧЕСТВЕННАЯ И КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЯВЛЕНИЯ АГРЕССИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: социальная опасность, агрессивность, враждебность, шизофрения

В настоящее время прогноз социальной опасности душевнобольных остается актуальным в перечне приоритетных проблем общественной жизни, а также клинической практики. Мнение о социальной опасности душевнобольных укоренилось в сознании большинства людей.

До сих пор не достаточно изучено, что же является причиной возникновения побуждения к совершению общественно опасных деяний или опасных действий направленных на самого себя. Существует мнение, что больные с основными психическими заболеваниями, такими как шизофрения, мания или депрессия, если они не зависимы от наркотиков или алкоголя, и если они находятся на психиатрическом лечении (амбулаторном или стационарном), не являются более серьезным источником насилия, чем здоровые лица, т.к. искаженное мышление не обязательно указывает на склонность к общественно опасным действиям или/и аутоагрессии [1].

Под угрозой совершения общественно опасных действий принято понимать непосредственную опасность агрессией [2]. Некоторые исследователи агрессивность рассматривают как черту личности, проявляющуюся в более или менее постоянном враждебном отношении человека к человеку, животным и предметам природы и материальной культуры, склонность к их разрушению и агрессивным неспровоцированным действиям [3].

Ряд исследователей оценивают агрессию как реакцию враждебности на созданную фрустрацию, независимо от того, насколько эта фрустрация имеет враждебные намерения [4, 5]. Возможны случаи, где агрессия не является реакцией на фрустрацию, а возникает из каких-либо внутренних побуждений, спонтанно [6]. Э. Фромм (1994) выделяет спонтанную агрессию. Причиной порождения которой являются экстремальные условия, а также – субъективные причины [7].

А.Басс разделил понятия агрессии и враждеб-

ности и определил последнюю как «реакцию, развивающую негативные чувства и негативные оценки людей и событий» [8]. Чувство враждебности проявляется в «агрессивном настроении», «агрессивном состоянии», т. е. в эмоциях злости (гнева), отвращения и презрения с присущими им переживаниями и экспрессией, которые могут приводить к агрессивному поведению [9, 10, 11].

Агрессию нельзя назвать исключительно отрицательным явлением. Во-первых, агрессия является неотъемлемой динамической характеристикой активности и адаптивности человека. Во-вторых, в социальном плане личность должна неизбежно обладать определенной степенью агрессивности. В норме она может, оказывается качеством социально приемлемым и даже необходимым. В противном случае, это приводит к податливости, ведомости, пассивности поведения [12].

В клинической практике оценка риска опасности или проявлений агрессии со стороны индивида обычно основывается только на результатах исключительно клинического обследования. Использование метода неструктурированного клинического обследования для оценки риска проявления агрессии критикуют по ряду причин, включая низкую надежность оценок различных экспертов, низкую валидность и невозможность точно определить процесс принятия решения [13, 14], а также низкую прогностическую валидность, по сравнению со статистическими прогнозами [15, 16, 17].

Поэтому оценка вероятности совершения общественно опасных действий должна опираться на доказательства, вытекать из них, а не быть просто догадками. Лишь при этом условии может быть обеспечено законное и обоснованное применение недобровольных психиатрических мер и защита граждан от незаконного ограничения их прав этими действиями [18, 19].

Целью нашего исследования является коли-

качественный и качественный анализ выраженности агрессивности, как компонента личностной

характеристики и поведенческого акта, больных шизофренией и здоровых граждан.

Материал и методы исследования

Обследование 80 больных проводилось на этапе развернутых проявлений параноидной шизофренией с эпизодически ремиттирующим типом течения, находящихся в стационаре закрытого типа (сроком менее 7 дней). Возраст обследованных (в основном мужчины) был от 23-33 лет. Пациенты были разделены на две группы: 1 группа (40 человек) – пациенты с длительностью заболевания до 3 лет; 2 группа (40 человек) – пациенты с длительностью заболевания от 5 до 8 лет. Контрольную группу составили здоровые граждане никогда не наблюдавшиеся у психиатра, того же возраста (40 человек).

В качестве инструментов исследования были применены: Методика «Агрессивность» [20], Опросник «Басса – Дарки», Методика «Несуществующее животное» [21].

Методика «Агрессивность» - тест предназначен для оценки степени развитости у человека черты личности «агрессивность», понимаемой как не вызванная объективными обстоятельствами и необходимостью тенденция враждебно реагировать на большинство высказываний, действий и поступков окружающих людей.

В данном тесте, основой которого явился известный тест Розенцвейга, испытуемые получают 24 разных рисунка. На этих рисунках представлены люди в различных эмоциогенных, близких к стрессовым и вызывающих фрустрацию ситуациях. Общим для всех рисунков, используемых в тесте, является то, что один человек в них проявляет в отношении другого такие действия, которые этим, вторым человеком могут быть поняты по-разному: как агрессивные, преднамеренно вызывающие или оскорбительные, или случайные, совершенные неумышленно, по незнанию, без сознательного желания навредить или унижить другого человека. К категории «Агрессивные реакции» относятся испытуемые набравшие 14 и более агрессивных реакций и 10 и менее – неагрессивных, к категории «Неагрессивные реакции» - 14 и более неагрессивных реакций и 10 и менее - агрессивных.

Опросник «Басса – Дарки». Авторы данного теста считают, что агрессивность имеет количественную и качественную характеристику. Как всякое свойство, она имеет различную степень выраженности: от почти полного отсутствия до ее предельного значения. Чрезмерное развитие

агрессивности определяет весь облик личности, которая может стать конфликтной, неспособной на сознательную кооперацию и т.д.. Исходя из этого, агрессивные проявления делятся на два типа: мотивационная агрессия, как самооценочность и инструментальная – как средство. Определив уровень таких деструктивных тенденций, можно с большей вероятностью прогнозировать возможность проявления агрессивности. Опросник, дифференцирующий проявление агрессии и враждебности, состоит из 75 вопросов и дает возможность определить уровень враждебности и итоговой агрессивности и оценить уровень агрессивности в различных ее проявлениях. Сама агрессивность не дает возможности выявить причины и характер поведения субъекта в конкретной ситуации. Оцениваются показатели 8 шкал агрессивности: физическая агрессия, косвенная агрессия, раздражение, негативизм, обида, подозрительность, вербальная агрессия, чувство вины. Индекс враждебности (ИВ) включает в себя 5 и 6 шкалу (Обида + Подозрительность), а индекс агрессивности (ИА) (как прямой, так и мотивационной) включает в себя шкалы 1, 3, 7 (Физическая агрессия + Раздражение + Вербальная агрессия). Нормой агрессивности является величина ее индекса, равная 21 ± 4 баллов (50%-73%), а враждебности – $6,5-7 \pm 3$ баллов (19%-54%). Показатель выше нормативного (высокий) говорит о выраженности проявления, а показатель ниже нормативного (низкий) – об отсутствии тенденций.

Пользуясь данной методикой, необходимо помнить, что агрессивность, как свойство личности, и агрессия, как акт поведения, могут быть поняты в контексте психологического анализа мотивационно-потребностной сферы личности. Поэтому опросником Басса-Дарки следует пользоваться в совокупности с другими личностными тестами и проективными методиками.

Методика «Несуществующее животное». Используется интерпретационная версия М.З. Дукаревич и П.В. Яньшина (2004). Процедура теста довольно проста: надо придумать и нарисовать несуществующее животное и дать ему несуществующее имя. Отдельные показатели рисунка (формальные и содержательные) объединяются в следующие симптомокомплексы: агрессивность, демонстративность, тревожность, общительность, самоконтроль, депрес-

сивность, инфантильность, самооценка. Субъективизм трактовок рисунков преодолевается параллельным использованием другого диагностического инструментария.

При интерпретации рисунка в качестве показателей, свидетельствующих о наличии агрессии у испытуемых, были выделены следующие:

- рот с зубами (вербальная агрессия, в большинстве случаев - защитная);
- присутствие на голове дополнительных деталей: рога, иглы (может быть как защита, так и агрессия, необходимо учитывать в сочетании с

какими признаками их изобразили);

- когти, щетина, клювы (спонтанная или ответная агрессия, необходимо учитывать остальные признаки);
- контур фигуры выполнен в острых углах (физическая агрессия, является личностным компонентом).

Предметом анализа стала совокупность полученных результатов по всем трем шкалам. При этом между группами рассчитывались различия, достоверность которых оценивалась по t-критерию Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате проведенного исследования по методике «Агрессивности» достоверных различий в выраженности агрессивности, как черты личности, во всех трех группах выявлено не было ($p > 0,05$). В 1 группе: 18 человек (45%) по методике «Агрессивности» были отнесены к категории «Агрессивные реакции», так как они имели выраженную личностную черту агрессивности; 22 человека (55%) – к категории «Неаг-

рессивные реакции», т.к. личностная черта агрессивности выражена слабо.

Во 2 группе: 14 человек (35%) – к категории «Агрессивные реакции», 26 человек (65%) – к категории «Неагрессивные реакции».

В контрольной группе: 16 человек (40%) - к категории «Агрессивные реакции», 24 человека (60%) – к категории «Неагрессивные реакции». Полученные данные представлены на диаграмме 1.

Диаграмма 1

Выраженность агрессивности, как черты личности, у больных шизофренией с длительностью заболевания до 3 лет (1 группа), от 5 до 8 лет (2 группа) и здоровых лиц контрольной группы



Пациенты с выраженным мотивом агрессивности действия другого человека рассматривали как преднамеренно враждебные и сама ответная реакция на них являлась враждебной (агрессивной), причем даже тогда, когда действие другого человека не было вызвано стремлением

причинить ему неприятности. Ответы пациентов выражали осуждение, оскорбление или угрозу в адрес другого лица.

Пациенты, у которых личностная черта агрессивности выражена слабо, на подобные ситуации реагировали по-другому: дружелюбно, ста-

раясь разрядить, смягчить возникшую напряженность, успокоить, взять вину на себя, не придавать значения случившемуся или просто объективно без эмоций разобраться в сложившейся ситуации и принять спокойное взвешенное решение. Никакой неприязни или враждебности в данном случае в ответах пациентов не было.

По методу Басса-Дарки способ выражения агрессии и враждебности у всех пациентов 1 группы превышал нормативные значения. Особенно был выражен индекс враждебности (ИВ) $\Sigma 18 \pm 2$ баллов, 100% от максимального показателя), по относящимся к нему шкалам почти все пациенты набирали максимальное количество баллов. Индекс агрессивности (ИА) был выражен менее (агрессия - $\Sigma 28 \pm 2$ баллов, 82%). Средние значения по шкале «обида» равнялись $\Sigma 8 \pm 1$ баллов, что соответствовало 100% от максимального показателя, по шкале «подозрительность» - $\Sigma 10 \pm 1$ баллов, 100%, аналогично. Эти шкалы заняли первое место по выраженности среди остальных. Второе место «вербальная агрессия» ($\Sigma 12 \pm 2$ баллов, 92%) и «раздражение» ($\Sigma 9 \pm 3$ баллов, 82%). Менее всего была выражена «физическая агрессия» ($\Sigma 7 \pm 1$ баллов, 70%).

Средние значения ИА и ИВ во 2 группе пациентов не превышали нормативные значения (агрессия - $\Sigma 19 \pm 3$ баллов, 56%; враждебность - $\Sigma 7 \pm 4$ баллов, 39%). Только у 6 больных (15%) эти показатели были выше нормы (агрессия - $\Sigma 27 \pm 2$ баллов, 79%; враждебность - $\Sigma 17 \pm 2$ баллов, 94%). Причем, особенно выделялся ИВ. На первом месте стояла шкала «подозрительность» ($\Sigma 10 \pm 1$ баллов, 100%), второе место делили «раздражение» ($\Sigma 10 \pm 1$ баллов, 91%), «обида» ($\Sigma 7 \pm 1$

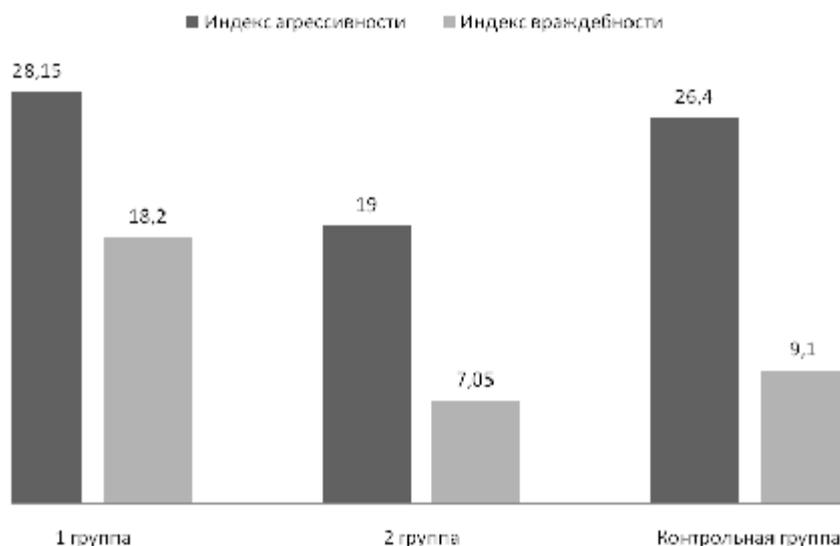
баллов, 87%) и «вербальная агрессия» ($\Sigma 11 \pm 1$ баллов, 85%), последнее место по выраженности занимала шкала «физическая агрессия» ($\Sigma 6 \pm 1$ баллов, 60%). В клинической картине этих больных на момент тестирования наблюдалась выраженная галлюцинаторно-бредовая симптоматика, с ведущим синдромом психического автоматизма. У остальных пациентов 2 группы (34 человека, 85%) эти показатели не превышали нормативных (агрессия - $\Sigma 17,5 \pm 3$, 50%; враждебность - $\Sigma 5 \pm 3$, 28%), причем у 10 (25%) из них они были низкими, что говорит об отсутствии тенденции к агрессии и враждебности (агрессия - $\Sigma 13 \pm 3$, 38%; враждебность - $\Sigma 3 \pm 2$, 17%).

В контрольной группе среднее значение ИА было несколько выше нормативного показателя ($\Sigma 26,5 \pm 4$ баллов, 78%), а значение ИВ не превышал нормы ($\Sigma 9 \pm 3$ баллов, 50%). У 18 (45%) испытуемых уровень выраженности и агрессивности соответствовал нормативным значениям (агрессия - $\Sigma 23 \pm 2$ баллов, 68%; враждебность - $\Sigma 5 \pm 2$ баллов, 28%), у остальных 22 (55%) испытуемых эти показатели были высокими, особенно был выражен ИА (агрессия - $\Sigma 29 \pm 3$ баллов, 85%; враждебность - $\Sigma 12 \pm 2$ баллов, 67%). Первое место по интенсивности среди шкал занимали «раздражение» ($\Sigma 10 \pm 3$ баллов, 91%) и «физическая агрессия» ($\Sigma 9 \pm 2$ баллов, 90%), второе место разделили «вербальная агрессия» ($\Sigma 10 \pm 2$ баллов, 77%) и «обида» ($\Sigma 6 \pm 2$ баллов, 75%), шкала «подозрительность» находилась на третьем месте ($\Sigma 6 \pm 1$ баллов, 60%).

На диаграмме 2 представлены средние значения индекса агрессивности и враждебности по исследуемым группам.

Диаграмма 2

Выраженность индекса агрессивности и враждебности у пациентов страдающих шизофренией с длительностью заболевания до 3 лет (1 группа) и от 5 до 8 лет (2 группа) и здоровых граждан соответствующего возраста



Таким образом, ИА и ИВ были выражены в 1 группе пациентов с длительностью заболевания до 3 лет (82% и 100%, соответственно), также, высокий ИА наблюдался в контрольной группе (76%). Во 2 группе ИА и ИВ (56% и 39%, соответственно) и в контрольной группе ИВ (47%) не превышали нормативных значений.

ИА на самом высоком уровне выявлен у 55% испытуемых контрольной группы, этот показатель был повышен за счет входящих в него шкал «раздражение» и «физическая агрессия». Также высокий ИА наблюдался в 1 группе, у всех пациентов уровень агрессивности был повышен за счет шкал «раздражение» и «вербальная агрессия». Зато ИВ в этой группе был выражен интенсивнее чем во всех других группах, по обеим шкалам «обида» и «подозрительность» все пациенты набрали максимальное количество баллов. Также, индекс враждебности был высо-

ким у нескольких (15%) пациентов с длительностью заболевания от 5 до 8 лет на фоне выраженной клинической картины «психического автоматизма». Самый низкий показатель ИА наблюдался у большинства больных (85%) с длительностью заболевания от 5 до 8 лет, и у половины испытуемых (45%) контрольной группы.

Достоверные различия в выраженности ИА были выявлены между 1 и 2 группами и, 2 и контрольной группами ($p < 0,05$); различия между 1 и контрольной группами были недостоверными ($p > 0,05$). Достоверные различия в выраженности ИВ были выявлены между 1 и 2 группами и 1 и контрольной группами ($p < 0,05$); различий между 2 и контрольной группами выявлено не было ($p > 0,05$).

Результаты полученные после проведения и анализа методики «Несуществующее животное» представлены в таблице 1.

Таблица 1

Количество и процент использованных показателей агрессивности пациентами 1 и 2 групп и испытуемыми контрольной группы

Показатели агрессивности	Пациенты исследуемых групп		
	1 группа	2 группа	Контрольная группа
Рот с зубами	21 (52,5%)	18 (45%)	23 (57,5%)
Присутствие на голове дополнительных деталей (рога, иглы)	28 (70%)*,**	10 (25%)	13 (32,5%)
Когти, щетина, клювы	13 (32,5%)	16 (40%)	25 (62,5%)***,***
Контур фигуры выполнен в острых углах	17 (42,5%)	16 (40%)	27 (67,5%)***,***
Общее количество показателей агрессивности	79*	60	88***

Примечание: * - достоверность различий между 1 и 2 группами; ** - достоверность различий между 1 и контрольной группами; *** - достоверность различий между 2 и контрольной группами.

Больше всего агрессивных деталей в своих рисунках использовали пациенты 1 группы и испытуемые контрольной группы. Большая часть рисунков была расположена ближе к верхнему краю листа, что трактуется как высокая самооценка, как недовольство своим положением в социуме, недостаточностью признания со стороны окружающих, как претензия на продвижение и признание, тенденция к самоутверждению. Для пациентов 1 группы более характерной была защитная агрессия (рога или иглы), для испытуемых контрольной группы - спонтанная (когти, щетина, клювы) и физическая агрессия (контур фигуры выполнен в острых углах). Различия в

выраженности агрессии были достоверными ($p \leq 0,05$). Для пациентов 2 группы использование агрессивных атрибутов было достоверно ниже предыдущих групп. Практически одинаковое количество «рот с зубами» изобразили испытуемые всех групп, однако необходимо учитывать, что «рот с зубами» в комбинации с защитными деталями рисунка оценивается, как ответная (защитная) агрессия.

Для дополнительного анализа были выделены защитные атрибуты с боязливостью и тревожностью (панцирь, щит; зачерченный рот округлой формы; контурные линии рисунка затемнены, «запачканы») (Таблица 2).

Количество и процент использованных показателей защиты пациентами 1 и 2 групп и испытуемыми контрольной группы

Показатели защиты	Пациенты исследуемых групп		
	1 группа	2 группа	Контрольная группа
Зачерченный рот округлой формы	11 (27,5%)	15 (37,5%)*	7 (17,5%)
Панцирь, щит	14 (35%)	20 (50%)*	13 (32,5%)
Контурные линии рисунка затемнены, «запачканы»	19 (47,5%)*	22 (55%)*	10 (25%)
Общее количество показателей защиты	44	57*	30

После проведенного дополнительного анализа были выявлены достоверные различия в выраженности защиты между 2 группой и контрольной ($p < 0,05$). Пациенты 2 группы чаще изображали в своих рисунках защитные показатели, однако с 1 группой достоверных различий выявлено не было ($p > 0,05$).

Таким образом, после проведенного исследования по методике «Несуществующее животное» во всех трех исследуемых группах были выявлены достоверные различия ($p \leq 0,05$): 1 группа отличалась выраженностью защитной агрессии, 2 группа – защитных проявлений, контрольная группа – спонтанной и физической агрессии.

Выводы: после проведенного количественного и качественного исследования больных шизофренией и здоровых лиц, на предмет оценки выраженности агрессии, как фактора социаль-

ной опасности, результаты указывают на то, что у всех испытуемых, агрессивность, как личностная черта выражена одинаково. В то же время агрессивность, как поведенческий акт, в сравниваемых группах существенно отличается. Для недавно заболевших шизофренией пациентов ситуация госпитализации, вероятно, является стрессовой, это проявляется выраженной вербальной и ответной агрессией, на фоне повышенной раздражительности, и враждебности, за счет обиды и подозрительности. Длительно болеющие пациенты ситуацию госпитализации воспринимают более привычно. Они характеризовались низкой выраженностью проявления поведенческой агрессии, с сильно выраженными защитными реакциями. Здоровые лица отличались склонностью к проявлению физической агрессии за счет повышенной раздражительности и склонностью к спонтанным поступкам.

О.М. Голоденко

ЯКІСНА ТА КІЛЬКІСНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЯВУ АГРЕСІЇ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

У публікації висвітлюються підсумки проведеного авторами дослідження, метою якого було оцінювання кількісного та якісного виявлення агресивності, як компонента особистісної характеристики та поведінкового акту хворих на шизофренію та здорових осіб. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 2 (29). — С. 69-75).

O.N. Golodenko

THE QUALITATIVE AND QUANTITATIVE CHARACTERISTIC OF AGGRESSION MANIFESTATION AT SCHIZOPHRENICS

‘M. Gorky’ Donetsk national medical university

Results of the research executed by authors with purpose of estimation of quantitative and qualitative aggression manifestation, as a component of the personal characteristic and the behaviour at schizophrenics and healthy persons, are stated in the publication. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 2 (29). — P. 69-75).

Литература

1. Вандыш В.В., Андреева Е.С. Некоторые клинические и организационные аспекты применения нормы «ограниченной вменяемости» в отношении лиц с органическим психическим расстройством / Российский психиатрический журнал. - №2, 1999. - С.4-7.
2. Козырев Г.И. Проблема насилия в теории, в массовом сознании и реальной жизни - [Электронный ресурс] / - Режим доступа: http://www.ekstremizm.ru/index.php?option=com_k2&view=item&id=201
3. Майерс Д. Социальная психология//Учебник/ Глава 10. - [Электронный ресурс] / - Режим доступа: http://www.gumer.info/bibliotek_Buks/Psihol/mayers/10.php
4. Бэрн Р., Ричардсон Д. - Агрессия [Электронный ресурс] / - Режим доступа: <http://psychologiya.com.ua/konfliktologiya-agressiya/608-beron-r-richardson-d-agressiya.html>
5. Дж. Элок Гипотеза «фрустрация—агрессия» (frustration—aggression hypothesis). - [Электронный ресурс] / - Режим доступа: http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_psychology/166
6. Пережогин Л. О. Социальный облик лиц, совершивших сексуальные правонарушения. Профилактика сексуальных правонарушений. (Москва) [Электронный ресурс] / - Режим доступа: <http://www.rusmedserv.com/psychsex/socobl.htm>
7. Фромм Э. Агрессия адаптивная и неадаптивная (1994) [Электронный ресурс] / - Режим доступа: <http://tid.com.ua/tid1/addonres.php?id=816>
8. Диагностика состояния агрессии. - [Электронный ресурс] / - Режим доступа: <http://www.hrliga.com/index.php?module=profession&op=view&id=762>
9. Завражец С.А. Агрессивные фантазии в детском и подростковом возрасте // Вопросы психологии. - 2006. - №5, С. 8 – 16.
10. Нравственность. Агрессия. Справедливость // Под ред. А.М. Матюшкова. - М., 2006. - 94 с.
11. Кузнецова, Л.В. Основы специальной психологии. Учебное пособие / Л.В.Кузнецова, Л.И.Перешеин, Л.И.Солнцева. – М.: Издательский центр «Академия». 2006. - 480 с.
12. Козырев Г.И.. Вестник Московского университета. Серия 7. Философия. №6. 2000 С. 85-100.
13. Monahan, J. & Steadman, H.J. (eds) (1994) Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment. Chicago, IL: University of Chicago Press. 141, 10-15.
14. Webster, C.D., Harris, G.T., Rice, M.E., et al (1994) The Violence Prediction Scheme: Assessing Dangerousness in High Risk Men. Toronto: University of Toronto, Centre of Criminology. 55, 393-401.
15. Meehl, P.E. (1954) Clinical versus Statistical Prediction. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press. 3, 3-22.
16. Lidz, C.W., Mulvey, E.P. & Gardner, W. (1993) The accuracy of predictions of violence to others. Journal of the American Medical Association, 269, 1007-1111.
17. Mossman, D. (1994) Assessing predictions of violence: Being accurate about accuracy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62, 783-792.
18. Лапшин О.В. Недобровольная госпитализация психически больных в законодательстве России и Соединенных Штатов. Независимый психиатрический журнал. 2003. IV. – С. 53-60.
19. Тиганов А.С. Особенности судебно-психиатрической оценки лиц с различными психическими расстройствами / Общая психиатрия. – [Электронный ресурс] / - Режим доступа: http://www.psychiatry.ru/book_show.php?booknumber=28&article_id=116
20. Методика «Агрессивность» [Электронный ресурс] / - Режим доступа: <http://azps.ru/tests/rozenagr.html>
21. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2001. – С.174-180, С. 110-117.

Поступила в редакцию 16.05.2012