

УДК: 616.28-008.14:616.89-008.1]-036.1

И.Д. Спирина, С.Ф. Леонов, С.В. Рокутов, А.Е. Николенко, Т.Й. Шустерман, Д.А. Бобовников, А.М. Дьячук

КЛИНИЧЕСКИЕ И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ

Днепропетровская медицинская академия

Ключевые слова: органические психические расстройства, нейросенсорная тугоухость, клиника, патопсихологические особенности

В Украине последние годы характеризуются значительным ростом количества лиц социально и соматически детерминированных непсихическими расстройствами, как у взрослого населения, так и у детей [1, 2, 3]. В то же время, отмечается постепенное нарастание количества лиц, страдающих хроническими заболеваниями и поражениями органа слуха, причем 65-93% из них страдают хронической нейросенсорной тугоухостью (ХНСТ), при которой терапевтические мероприятия по восстановлению и нормализации слуховой функции малоэффективны [4, 5]. Важной особенностью пациентов с ХНСТ является полиморфизм клинических проявлений, обусловленный различиями этиологии заболевания, степенью слуховой и вестибулярной дисфункции, сочетающийся с органическим поражением головного мозга, что создает предпосылки для формирования разнообразных пограничных психических расстройств [6].

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-психопатологических особенностей и патопсихологических механизмов формирования органических психических расстройств у лиц с хронической нейросенсорной тугоухостью и разработка принципов терапии и реабилитации данного континента больных.

Для реализации поставленной цели в работе использован комплекс методов, включающий клинико-психопатологический метод (клиническая беседа, сбор клинического анамнеза, клиническое наблюдение за невербальными проявлениями психической деятельности в динамике) и психодиагностические методики (стандартизированный многофакторный метод исследования личности [7], цветовой тест Люшера [8], методика оценки уровня тревожности Спилбергера Ханина [9], шкала депрессии Зунге [10], Торонтская шкала алекситимии G. J. Taylor [9],

Личностный опросник Айзенка (EPI) [9], Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) [11], Теппинг-тест [12], счет по таблицам Шульце [13], тест неоконченных предложений Сакса и Леви [14]), а также методы статистической обработки полученных данных [15].

В основу настоящего исследования положены материалы изучения психического состояния 66 больных с ХНСТ, осложненной органическими психическими расстройствами. Контрольная группа состояла из 53 больных ХНСТ без признаков психической патологии.

На момент обследования все больные имели диагноз ХНСТ, установленный врачами-оториноларингологами и подтвержденный аудиографическим обследованием.

В группе наблюдавшихся больных преобладали мужчины в соотношении 1,6 к 1 (41 мужчина и 25 женщин) в возрасте от 18 до 67 лет.

Анализ уровня образования показал, что 39 обследованных (59,1%) имели среднее образование, 15 чел. (22,7%) - средне специальное, 12 чел. (18,2%) - высшее и незаконченное высшее образование. По мнению большинства обследованных больных, причиной отсутствия у них высшего образования были трудности с усвоением материала во время учебного процесса в связи с тугоухостью.

Ранее ни один из обследуемых не обращался за помощью ни к психиатру, ни к психотерапевту. Все обследуемые лечились у оториноларингологов и принимали терапию, направленную на улучшение слухового восприятия, а также обладающую нейропротекторным действием, в частности назначался мемоплант-форте по 80 мг два раза в сутки на протяжении 6-8 недель.

У обследованных нами 66 больных ХНСТ основной группы органическое тревожное расстройство (F 06.4) отмечалось у 27 чел. (40,9%),

органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство (F06.6) у 39 чел. (59,1%).

Следует отметить, что явно выраженной связи между степенью тугоухости и наличием выраженности органических психических расстройств нами не выявлено. Так у 21,2% больных (14 чел.) с органической психической патологией, определялась I (легкая) степень тугоухости, у 25,8% больных (17 чел.) - II (умеренная) степень тугоухости, у 28,8% (19 больных) отмечалась тугоухость III степени, у 24,2% больных (16 чел.) - IV степень тугоухости. Из этого количества больных 46 чел. (69,7%) пользовались слуховыми аппаратами.

Для больных ХНСТ, осложненной органическими психическими расстройствами, были характерны следующие общие клинические особенности:

1) у всех больных было выявлено наличие органического повреждения головного мозга вследствие перенесенных детских инфекций, менингита, арахноидита, черепно-мозговой травмы, сосудистого поражения мозга и другой патологии;

2) у всех больных была отмечена связь между формированием органического поражения головного мозга и развитием психических расстройств;

3) течение органического поражения мозга оказывало непосредственное влияние на течение психической патологии. При этом ухудшение течения органического расстройства головного мозга обязательно сказывалось на усилении психических расстройств и наоборот.

Для больных с органическим тревожным расстройством (F06.4) были характерны следующие психопатологические проявления.

У 19 обследуемых (70,4%) тревожность носила генерализованный и стойкий характер. У 8 обследуемых (29,6%) органическая тревожность приняла эпизодический (панический) характер.

Генерализованная тревожность у большинства больных носила немотивированный и бессодержательный характер. "В течение дня я испытываю тревогу и не могу понять чего я боюсь" - констатировало большинство пациентов этой группы. Часто больными отмечалось ожидание что, что-то случится, произойдет какое-то несчастье.

У 22 обследуемых (81,5% выборки больных F06.4) тревожность усиливалась в ситуациях социально значимого общения, при смене стереотипного течения жизни, при появлении новых требований к ним со стороны близких или руководства. Такие больные постоянно ощуща-

ли чувство неуверенности в себе, боялись не справиться на службе с поставленными задачами, считали, что к ним относятся либо с жалостью, либо с пренебрежением. Свою тревогу больные связывали с дефектом слуха.

Важно отметить, что в отличие от расстройств адаптации, протекающих с тревожным компонентом, у таких пациентов тревога не ослабевала после удачной коммуникации или удачно выполненного задания.

У 16 больных (59,3% выборки F06.4) отмечалось избегание ситуаций общения из-за страха оказаться в нелепой ситуации "говорения невпопад" вследствие снижения разборчивости речи. Подобное поведение постепенно приводило к социальной дезадаптации, которая наряду с расстройством слуха являлась причиной снижения качества жизни больного.

В связи с доминированием чувства тревоги и страха у 19 больных (70,4% выборки F06.4) отмечались трудности в сосредоточении внимания, повышенная возбудимость, аффективная неустойчивость, расстройства сна, снижение полового влечения.

У 9 больных (33,3% выборки F06.4) отмечались ипохондрические переживания, связанные с сопутствующими вегетативными расстройствами: головокружением, тахикардией, тремором, удушьем, потливостью, тошнотой, онемением конечностей, болью или дискомфортом в груди. Ипохондрические переживания формировались только при сочетании выраженной тревоги и вегетативного приступа.

У 12 пациентов (44,4% выборки F06.4) отмечалось постоянное мышечное напряжение в форме суетливости, невозможности расслабиться. Подобный физический дискомфорт мешал больным в работе и в общении.

У 8 обследуемых (29,6% выборки F06.4) органическая тревожность носила эпизодический (панический) характер.

Первые приступы паники у этого контингента больных возникали спонтанно и, как правило, в процессе важного для больного общения. В данной ситуации больные внезапно ощущали скованность, внутреннее напряжение, которые в еще большей степени снижали у них качество слуха. Пациентам казалось, что они говорят невпопад, что к ним относятся с недоверием или снисхождением, как к инвалидам, не доверяют в решении важных профессиональных задач. Подобное состояние, по принципу замкнутого круга, приводило к еще большему психофизическому напряжению, усилению вегетативной

дисфункции и снижению порога слышимости.

Первый приступ паники возникал как в помещениях, так и на открытых пространствах. Приступ развивался в течение 10 минут, появлялся чрезвычайный страх, чувство надвигающейся катастрофы, затруднения в концентрации внимания, тахикардия, отдышка, потливость и другие вегетативные расстройства. Приступы паники у этих больных длились от 15 мин. до 30 мин. У 75% этих больных (6 чел.) отмечались явления деперсонализации и дереализации. У всех больных между приступами была озабоченность своим состоянием и ожидание следующего приступа.

После одного или двух панических приступов больной еще мало осознавал суть возникающих приступов, но после последующих приступов патологические проявления полностью поглощали пациента. Частота приступов не превышала 1-2 раз в месяц.

У 4 больных (50% выборки больных с паническим расстройством) сформировались различные ритуальные действия, направленные на снижение тревоги и предотвращение очередного панического страха. Эти ритуальные действия некоторое время помогали больным преодолеть панический страх и продолжать профессиональное общение.

У 22 больных (81,5% выборки F06.4) из-за выраженной тревоги, панических приступов, физического дискомфорта отмечались трудности в контактах, выражающиеся в нежелании заво-

дить новые знакомства, ограничения, избегания и прекращения общения со старыми знакомыми и друзьями. При этом отмечалась парадоксальная закономерность - больные вначале с трудом устанавливали новые контакты, но после установления доверительных отношений, общение становилось тесным.

У всех больных этой группы отмечалась рассеянная неврологическая микросимптоматика резидуального характера в виде недостаточности конвергенции (78,8%), частичного страбизма (62,1%), тремора век и пальцев рук (74,2%), пошатывания в позе Ромберга (83,3%), легкой сглаженности носогубной складки (50,0%), девиации кончика языка (59,1%), повышения сухожильных рефлексов (95,5%).

У большинства больных с органическими психическими расстройствами отмечены сосудисто-вегетативные нарушения в виде бледности кожных покровов (69,7%), усиления сосудистого рисунка (56,1%), ярко-красного стойкого дермографизма (78,8%), акроцианоза (60,6%), локального и общего гипергидроза (74,2%), лабильности пульса (93,9%), головокружения (77,3%), головных болей (95,5%).

Согласно результатам исследования с помощью опросника выраженности психопатологической симптоматики у обследуемых выявлены обсессивно-компульсивные расстройства, межличностная сензитивность, генерализованная и фобическая тревожность (табл. 1).

Таблица 1

Выраженность психопатологической симптоматики у больных нейросенсорной тугоухостью, осложненной органической психической патологией

Психопатологическая симптоматика	Больные с органическим тревожным расстройством F06.4 (n=27)	Больные с органическим эмоционально-лабильным расстройством F06.6 (n=39)	Достоверность
Соматизация	0,46±0,22	1,24±0,23	p<0,05
Обсессивно-компульсивные расстройства	1,34±0,4	0,31±0,12	p<0,05
Межличностная сензитивность	1,28±0,34	1,43±0,27	
Депрессия	0,6±0,32	0,33±0,2	
Тревожность	1,5±0,36	0,80±0,16	p<0,05
Враждебность	0,43±0,12	0,56±0,31	
Фобическая тревожность	1,24±0,14	0,48±0,2	p<0,05
Паранойяльные симптомы	0,36±0,24	0,23±0,13	p<0,05
Психотизм	0,28±0,2	0,35±0,18	p<0,05

При исследовании патопсихологических особенностей формирования органических психических расстройств у больных ХНСТ обнаружено следующее.

Анализ результатов СМИЛ показал высокие результаты по 7-й шкале тревожности в пределах 72 ± 7 Т-баллов; 4-й шкале импульсивности в пределах 68 ± 7 Т-баллов; по 6-й шкале ригидности в пределах 70 ± 8 Т-баллов. Усредненный профиль СМИЛ у этой группы больных свидетельствовал о выраженных эмоциональных расстройствах органического характера с преобладанием тревожных, аффективно-ригидных и импульсивных патопсихологических феноменов, сочетающихся с признаками умеренной социальной дезадаптации.

В личностных особенностях больных этой группы внутренняя дисгармония, выраженная тревожность и неуверенность в себе, высокая чувствительность к социальным влияниям сочетались с упорством, настойчивостью, непредсказуемостью, аффективной ригидностью, невыраженной вспыльчивостью и раздражительностью, враждебностью к ближайшему окружению и коллегам, порой с непредсказуемыми поступками.

Высокие показатели по 6-й шкале отражали склонность к ипохондрическим реакциям, стремление использовать все имеющиеся методы для лечения тугоухости, даже если они были противопоказаны и не рекомендованы врачами.

Показатели 4-й и 7-й шкал теста отражали наличие в поведении больных этой группы вспыльчивости, раздражительности, невыраженной агрессивности, проявляющейся в приступах гнева с последующим раскаянием.

В стрессовой ситуации обследуемые этой группы стремились уйти от контактов, в которых проявлялся дефект их слуха, избегали встреч и общений. В мотивации превалировало избегание неуспеха и потребность в понимании и любви.

При сравнении с контролем пациенты данной группы отличались достоверным преобладанием показателей по шкалам импульсивности, ригидности и тревожности.

Тест Люшера в группе больных ХНСТ с органической психической патологией выявил достоверное ($p < 0,05$) по отношению к другим группам больных преобладание коричневого и синего цветов на первой и второй позициях выбора и желтого и красного - на седьмой и восьмой позициях.

Подобный выбор цветов свидетельствует о

состоянии тревоги, беспокойства, переживании конфликта, усталости, перенапряжения. Имеющиеся проблемы переживаются как труднопреодолимые. Отмечен явный страх перед будущим. Выявлена потребность в понимании и покое и повышенная чувствительность по отношению к окружающим, особенно их мнению, что сочеталось со снижением социальной активности и фрустрированной потребностью в самореализации, а также дистрессом, высоким уровнем притязаний. Потребность в признании у этих пациентов конкурировала с противодействиями, вызывающими неуверенность в возможности успеха. Отмечено вытеснение истинных причин конфликта, стремление переложить ответственность за сложившуюся ситуацию на других.

Результаты теста отчетливо констатировали наличие у больных переутомления, чувства бессилия, развившееся в процессе противодействия неблагоприятным обстоятельствам.

Данные теста Люшера у больных контрольной группы отличались преобладанием реакций ситуативного характера и меньшей выраженностью влияний дистресса.

Анализ самооценки ситуативной и личностной тревожности показал высокий уровень личностной тревожности - 51 ± 7 баллов и средне-высокий уровень ситуативной тревожности - 42 ± 6 баллов.

Столь выраженная личностная и ситуативная тревожность свидетельствует о низких компенсаторных возможностях психики больных ХНСТ, осложненной органической психической патологией.

Данные самооценки депрессии, полученные по шкале Зунге, отражали средне-высокий уровень депрессивных расстройств у этих больных - $SDS = 0,55 \pm 0,19$, иными словами, в группе больных ХНСТ, осложненной органическими психическими расстройствами, выявлена средне-высокая выраженность депрессивной симптоматики.

Результаты, полученные по Торонтской шкале алекситимии больных этой группы свидетельствовали о выраженной алекситимии, уровень которой достигал 85 ± 15 балла (при $p < 0,05$ по отношению контрольной группы).

Эти данные позволяют сделать вывод о низких способностях больных этой группы адекватно выражать свои и идентифицировать чужие эмоции, что затрудняет их социальную адаптацию.

Использование в исследовании опросника Айзенка (EPI) позволило, с достоверностью

$p < 0,05$ по отношению к другим группам больным, определить в 57,6% случаев (38 чел.) интроевертированные личностные особенности и в 42,4% (28 чел.) случаев - экстравертированные личностные качества. При этом в 86,4% (57 чел.) случаев был выявлен средне-высокий уровень нейротизма. Среди обследованных контрольной группы преобладали пациенты с экстравертированными личностными особенностями (81,1%) и средне-низким уровнем нейротизма. Высокий уровень нейротизма, свидетельствует о низком реабилитационном потенциале этих больных, слабых саногенных возможностях их психики.

Личностный опросник Бехтеревского института, использованный у больных ХНСТ с органическими психическими расстройствами позволил выделить у них следующие типы отношений к болезни: гармоничное отношение у 8 чел. (12,1%); тревожное - у 24 чел. (36,4%); меланхолическое - у 12 чел. (18,2%); неврастеническое - у 2 чел. (3,1%); сенситивное - у 20 чел. (30,3%).

Следовательно, у больных данной группы преобладали тревожное (36,4%) и сенситивное (30,3%) отношение к болезни, а гармоничное встречалось лишь в 12,1% (у больных контрольной группы доминирующим был гармонический тип отношения к болезни - 71,1%, $p < 0,001$).

Анализ результатов теста неоконченных предложений Сакса и Леви показал, что в 83,3% случаев (55 чел.) основным личностным качеством у больных этой группы было внутреннее чувство неполноценности, связанное с дефектом слуха. При этом в 78,8% (52 чел.) случаев больные слабо контролировали свои эмоции и были чувствительны к внешним стимулам, к проявлениям внимания со стороны социально-значимого окружения и не были уверены в позитивном решении своих проблем. В 74,2% (49 чел.) случаев у больных отмечалось выраженное стремление к признанию со стороны значимого окружения, при пассивности в поведении и зависимости от окружения (59,1% случаев). Подобное сочетание мотивов на фоне органической патологии способствовало формированию эмоциональных нарушений. Зоны конфликтов чаще относились к сфере семьи и общения с противоположным полом (72,7%), а также отношений с начальством (34,8%).

Основные цели локализовались в сфере собственного здоровья - в 92,4% (61 чел.) случаев и в улучшении взаимоотношений с противоположным полом - в 68,2% (45 чел.) случаев.

Изучение временной локализации конфликта показало, что у большинства пациентов данной группы (56,1%) зоны конфликта локализовались в прошлом.

Следовательно, у больных с органическими психическими расстройствами, развившимися на фоне ХНСТ, регистрировались зоны конфликта в сфере семьи, отношений с противоположным полом и начальством. При этом конфликты у большей части больных были обращены в прошлое, а цели адресованы лишь в сферы собственного здоровья и общения с противоположным полом.

Теппинг тест показал, что в 80,3% (53 чел.) случаев динамика максимального темпа работы имела либо нисходящий, либо вогнутый тип. Эти типы работы характеризовали нервную систему средне-слабой силы. В 13,6% (9 чел.) случаев регистрировалась нервная система средней силы, в 6,1% (4 чел.) - слабая нервная система.

На поиск чисел по методике Шульте больные тугоухостью, осложненной органическими психическими расстройствами, затратили в среднем 58-64 сек., что выше нормативных данных для здоровых лиц. Подобные результаты подтверждают наличие органического расстройства центральной нервной системы в этой группе больных.

У больных ХНСТ с органическим поражением ЦНС выявлялся комплекс неполноценности, связанный с дефектом слуха, который не выступал основным фактором формирования психических расстройств. Основной причиной формирования психического расстройства являются грубые органические расстройства головного мозга больного ХНСТ. Комплекс неполноценности, специфическая психогения, связанная с дефектом слуха являются только содержательной формой, в которую проецируется органическая патология.

Таким образом, результаты проведенных исследований выявили различные клинические проявления органических психических расстройств у больных ХНСТ:

1. Для больных с органическим тревожным расстройством (F 06.4) характерно преобладание в клинической картине генерализованной (70,4%) и эпизодической (29,6%) тревоги, усиливающейся в ситуациях социально значимого общения, сопровождающейся поведением избегания (59,3%), мышечным напряжением (44,4%) и ипохондрическими переживаниями (33,3%);

2. При эмоционально лабильном расстройстве (F 06.6) ведущими клиническими проявлениями являются эмоциональная лабильность

(97,4%), быстрая утомляемость (92,3%), слабость (84,6%), непереносимость шума (74,3%), жары (64,1%) и когнитивные нарушения (76,9%) в виде рассеянности, забывчивости, трудности сосредоточения внимания и усвоения нового материала.

3. Причиной развития органических психических расстройств у больных ХНСТ являются структурно-функциональные изменения вещества головного мозга. Дефект слуха, являясь специфической психогенией, служит фактором, снижающим компенсаторные возможности при рецидивах заболевания.

4. Фактором predisпозиции формирования органических психических расстройств при

ХНСТ являются личностные особенности в виде доминирующих аффективно-ригидных, импульсивных и тревожных радикалов, которые формируют конкурирующие мотивации в виде высокого уровня притязаний, потребности в успехе, с одной стороны, и сниженной социальной активности, неуверенности в успехе – с другой. Противоборствующие мотивации создавали психологическую основу конфликта, способствующего развитию психического расстройства органического генеза.

5. Полученные результаты явились основой при разработке принципов лечебно-реабилитационных мероприятий для данной категории больных.

І.Д. Спіріна, С.Ф. Леонов, С.В. Рокутов, А.Є. Ніколенко, Т.Й. Шустерман, Д.А. Бобовников, А.М. Дячук

КЛІНІЧНІ ТА ПАТОПСИХОЛГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ ХРОНІЧНОЮ НЕЙРОСЕНСОРНОЮ ПРИГЛУХУВАТІСТЮ

Дніпропетровська медична академія

Метою даного дослідження стало вивчення клініко-психопатологічних особливостей та патопсихологічних механізмів формування органічних психічних розладів у осіб з хронічною нейросенсорною приглухуватістю, а також розробка принципів терапії та реабілітації даного контингенту хворих. У роботі використано комплекс методів, що включає клініко-психопатологічний методи і психодіагностичні методи. Встановлено домінуюче значення психопатологічних особливостей у вигляді тривоги, емоційної лабільності, когнітивних розладів, особистісних особливостей. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 3 (23). — С. 73-79).

I.D. Spirina, S.F. Leonov, S.V. Rokutov, A.E. Nicolenko, T.I. Shusterman, D.A. Bobovnikov, A.N. Dyachuk

THE RESUME: CLINIKO-PSYCHOPATHOLOGIC FEATURES ORGANIC ALIENATIONS FOR THE ILL WITH CHRONIC NERVOUS-CENSOR BY A BRADYACUASIA

Dnepropetrovsk medical akademy

By the purpose of the present research was the analysis of cliniko-psychopathologic features and pathopsychology of gears of formation of organic alienations for faces with chronic nervous-censor by a bradyacuasia and also mining of principles of therapy and aftertreatment of the given continent ill. In activity the complex of methods including cliniko-psychopathologic method and psychodiagnostic of a technique utilised. The primary value of psychopathologic features by the way alerts, emotional lability, cognitive of distresses, personal features is established. The obtained outcomes were by the basis at mining principles of treatment-and-rehabilitation measures for the given category of the ill. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 3 (23). — P. 73-79).

Литература

1. Михайлов Б.В., Сердюк А.И., Сарвир И.Н. с соавт. Соматоформные расстройства как междисциплинарная проблема современной медицины // Материалы научно-практической конференции "Актуальные проблемы сексопатологии и медицинской психологии". - Харьков, 2002. - С. 163-173.

2. Юрєва Л.Н. Динамика распространения психических и поведенческих расстройств в мире и Украине // Медицинские исследования. - 2001. - Т. 1. - В. 1. - С. 32-33.

3. Гойда Н.Г., Табачников С.І., Домбровська В.В. зі спіавт. Сучасний стан та шляхи оптимізації психіатричної та соціально-правової допомоги населенню України // Український вісник психоневрології. - 2001. - Т. 9. - В. 1 (26). - С. 8-10.

4. Кліменко Д.І., Марченко В.М., Максименко Ю.П., Фастівець В.О. Актуальні проблеми оптимізації медико-соціальної експертної допомоги інвалідам по слуху // Сучасні проблеми медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів. Матеріали наук.-практ. конф. з міжнародною участю, присвяченої 75-річчю Українського державного НДІ медико-соціальних проблем

інвалідності.- Дніпропетровськ: Пороги, 2001. – С. 157-160.

5. Надеина Н.А., Горустович Л.Н., Кухарук А.Д. и др. Методические подходы к оценке ограниченной жизнедеятельности и составлению программ медико-социальной реабилитации больных с последствиями заболеваний органа слуха / Методические рекомендации МЗ республики Беларусь. - Минск: Б.и., 2000. - 41 с.

6. Заболотний Д. І., Мітін Ю. В., Драгомирецький В. Д. Оториноларингологія / К.: Здоров'я, 1999. 368 с.

7. Собчик Л. Н. Введение в психологию индивидуальности. М.: Институт прикладной психологии, 2000. 512 с.

8. Люшер М. Сигналы личности. М., 1993. 171 с.

9. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Самара: БАХРАХ-М, 2000. 672 с.

10. Zung W., Durham N. A self-rating depression scale // Arch. Gen. Psychiat. 1965. V. 12. P. 6370.

11. Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л.:

Медицина, 1983. 312 с.

12. Ахмеджанов Э. Р. Психологические тесты. Составление, подготовка текста, библиография. М., 1997. 320 с.

13. Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М. Словарь-справочник по психодиагностике. СПб.: Питер, 1999. 528с.

14. (Saks D. M., Levi S.) Сакс Д. М., Леви С. Тест «Завершение предложений». В кн. Проективная психология. М.: Эксмо-Пресс, 2000. С. 203-237.

15. Сидоренко Е. В. Методы математической обработки в психологии. СПб.: Речь, 2001. 349 с.

Поступила в редакцию 18.11.2009