

УДК 617.254:617.84-036

*С.В. Корж***ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНОГО ДЕФІЦИТУ СУДИННОЇ ДЕМЕНЦІЇ У ХВОРИХ З КОМОРБІДНИМИ СОМАТИЧНИМИ ХВОРОБАМИ: МОЖЛИВІ СПРЯМУВАННЯ ПСИХОТЕРАПІЇ**

Хмельницька обласна психіатрична лікарня №1

Ключові слова: судинна деменція, когнітивний дефіцит, соматична хвороба, психотерапія

Актуальність досліджень різноманітних аспектів судинної деменції як одного з основних видів психічної патології похилого віку обумовлена низкою медичних та соціальних причин. Перш за все – певні демографічні зсуви в суспільстві: збільшення середньої тривалості життя, зміна вікової структури населення. Одним із основних факторів, що привертає увагу до проблеми судинної деменції, є тенденція до неспинного зростання частки осіб похилого віку в населенні економічно розвинених та більшості країн, що розвиваються [1;2]. За даними Lechner та співавт. [3], частка осіб віком від 60р. та старше в розвинених країнах досягає 13%. А. Манн зазначає, що в світі 6% населення старше 65р., при чому в Європі ця цифра сягає 14%, в США – 13%, а в країнах Африки та Азії – відповідно 3% та 5% [4]. Крім суто економічних проблем, неспинне зростання питомої ваги та абсолютної чисельності осіб похилого віку створює для держави значні медичні проблеми в зв'язку з зростанням тієї категорії населення, що має найбільш високий ризик розвитку тих видів психічної патології, які характерні для похилого віку, зокрема судинної деменції [5]. До того ж, крім дії таких транскультуральних факторів, як неблагоприємні і часто незворотні зміни мікросоціального середовища (вихід на пенсію, окреме проживання дітей, смерть близьких, самотність), населення бувшого СРСР знаходиться під впливом наслідків реформування соціально-політичної системи, які найбільш деструктивно торкнулись найвразливішого в психологічному та економічному відношенні прошарку населення – похилих, негативно впливаючи перш за все на стан їхнього психічного здоров'я.

За поширеністю в західних країнах та США судинна деменція займає друге місце після хвороби Альцгеймера, тоді як в країнах бувшого СРСР, Фінляндії та азійських країнах, включаючи Японію та Китай, частіше всього зустрічається

саме судинна деменція [6;7;8], хоча деякі дослідники на друге місце після хвороби Альцгеймера виносять деменцію з тільцями Леві [9]. На думку Шахматова Н.Ф. (1996), судинна деменція превалює у віковій групі до 75 р., поступаючись хворобі Альцгеймера у осіб старше 75 р.

Hebert та Brayne (1995) вважають, що судинна деменція пояснює 24-48% всіх випадків деменцій у похилих з захворюваністю 6-10 випадків на рік на 10 тис. осіб віком старше 70 р. Середня тривалість захворювання складає 5 р., виживання менше, ніж при хворобі Альцгеймера [10]. Англійські дослідники (Р. McNamee та ін., 2001) виявили, що середня тривалість життя для індивідів з деменцією, які прожили більше 65 р., коливається від 0,7-0,9 років для чоловіків до 1,3-1,8 років для жінок [11]. На більшу захворюваність чоловіків на судинну деменцію вказує Шахматов Н.Ф. (1996).

За даними Skoog та співавт. (1993), летальність серед хворих на судинну деменцію в старечому віці на протязі 3 років склала 66,7%, тоді як при хворобі Альцгеймера – 42,2%, а серед недементних пробандів – 23,1% [8]. Показник розповсюдженості коливається від 1,2 до 2,4% серед осіб віком 65р. і старше, зростаючи з віком [10]. За даними різних дослідників, судинна деменція серед усіх видів деменцій пізнього віку складає від 10-20% [12;13;14;15;16;17] до 36-39% [3;18]. Натомість на думку японських вчених, на судинну деменцію приходиться більше 50% клінічно діагностованих (Yamaguchi T. et al., 1992) та від 54 до 65% обгрунтованих за допомогою аутопсії (Suzuki K. et al., 1991) випадків недоумства. Folstein M. та співавт. (1991) вказують, що серед осіб віком 65 р. і старше частота судинної деменції складає 4,5% [8]. Вітчизняні дослідники приводять дещо інші цифри. Так, за даними С.І. Гаврилової та співавт. (1994), частота судинної деменції серед осіб старше 60 р. складає 5,4% [19]. Калин Я.Б. (2000) виявив,

що поширеність судинної деменції серед обстежуваного контингенту (особи віком 60 р. і старше) становить 3,4% [2].

Не дивлячись на те, що в сучасній медичній літературі багато публікацій присвячено насамперед морфологічним, терапевтичним, параклінічним аспектам судинної деменції, дуже мало уваги приділяється проблемі поєднаності судинної деменції з іншими, перш за все соматичними, хворобами. Сама по собі судинна деменція є соматично обтяженою патологією, так як у переважаючій більшості випадків розвивається на тлі патогенетичного захворювання (гіпертонічна хвороба, церебральний атеросклероз, цукровий діабет), про що свідчать численні публікації [1;20;21;22;23;24;25]. З іншого боку, судинна деменція є захворюванням майже виключно похилого віку, для якого внаслідок природної інволюції адаптативно-захисних механізмів характерним є підвищена захворюваність різноманітними соматичними хворобами, в тому числі – дихальної системи. І дійсно, практичні лікарі-психіатри, що працюють в геронтологічних відділеннях, лікують своїх пацієнтів, як правило, разом з терапевтами. Зважаючи на велику частоту поєднаності судинної деменції з соматичними, зокрема респіраторними захворюваннями, постає питання: як впливають останні на ступінь інтелектуально-мнестичних розладів, когнітивного дефіциту при судинній деменції?

Відповідь на це питання - крім теоретичного аспекту - має безсумнівне практичне значення. Як відомо, невід'ємною частиною лікування пацієнтів з деменцією, крім фармакологічних чинників, є психотерапевтичні методики, спрямовані в першу чергу на оптимізацію когнітивного функціонування. Зокрема, описані такі методики, як, наприклад, орієнтація в реальності, ремінесцентна терапія, валідаційна терапія і ін. [26]. Якщо виявляться певні особливості структури когнітивного дефіциту судинної деменції у пацієнтів з окремими соматичними хворобами, то включення в їх лікування психотерапевтичних методик, спрямованих на оптимізацію певних більш уражених когнітивних функцій, поза сумнівами поліпшить якість життя таких пацієнтів.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей структури когнітивного дефіциту судинної деменції в разі приєднання соматичних захворювань та визначення напрямків психотерапевтичного впливу.

Об'єкт обстеження становили 137 хворих на судинну деменцію, що знаходились на стаціо-

нарному лікуванні в соматогеронтологічному відділенні Хмельницької обласної психіатричної лікарні №1. Діагноз судинної деменції згідно критеріїв МКХ-10 виставлявся на основі клініко-психопатологічного обстеження пацієнтів, огляду невролога та у більшості випадків комп'ютерно-томографічного дослідження головного мозку [27]. В обстеження входили тільки пацієнти з судинною деменцією помірного ступеню згідно шкали клінічної оцінки деменції (Clinical Dementia Rating – CDR, для помірної деменції – CDR-2) [28;29].

У відповідності до критеріїв CDR-2 стадія помірної деменції діагностується за наявності наступних ознак: важкого порушення пам'яті з можливістю відтворення тільки упрощених минулих знань та досвіду; повного дезорієнтування в часі, часткового – в оточуючому; важких порушень власне інтелекту (виражене зниження рівня міркувань, значні труднощі в аналітико-синтетичній діяльності); повної нездатності виконувати будь-які суспільні обов'язки; виражені проблеми в виконанні хатньої роботи (хворим доступна тільки проста, рутинна робота в домашніх умовах); значної обмеженості інтересів; необхідності постійної підтримки та допомоги, навіть в таких видах самообслуговування, як одягання, особиста гігієна і ін.

Стадія важкої деменції (CDR-3) кваліфікується у випадку наявності наступного симптомокомплексу: вкрай важкого розпаду пам'яті (зберігаються тільки окремі її фрагменти); обмеження можливостей орієнтування тільки фрагментарними уявленнями про власну особу; відсутності осмислених суджень та будь-яких розумових операцій; необхідності постійної допомоги при елементарному самообслуговуванні.

Для ідентифікації стадії м'якої деменції (CDR-1) необхідні такі ознаки: стійке помірне зниження пам'яті, більш виражене на події недалекого минулого; часткове дезорієнтування в часі при можливості орієнтуватись в оточуючому; порушення абстрактного мислення (судження, узагальнення, порівняння), що помітні при рішенні повсякденних завдань; неможливість самостійного соціального функціонування на попередньому (до хвороби) рівні при збереженні зовнішніх форм поведінки; легкі, але достатньо виражені затруднення в виконанні більш складних видів домашньої роботи; необхідність загального нагляду за хворим.

Всі пацієнти були поділені на 2 групи: в основну групу входило 78 пацієнтів з судинною деменцією та поєднаними соматичними хворо-

бами, групу порівняння складала 59 пацієнтів без супутніх захворювань. По нозологічних форм

мах обстежувані розподілялись таким чином (див. табл. 1):

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів по нозологічних формах

№	Нозологічні форми (за МКХ-10)	Основна група (n=78)		Група порівняння (n=59)	
		абс.	%	абс.	%
1	Змішана корково-підкоркова судинна деменція (F01.3)	59	75,64	56	94,92
2	Судинна деменція з гострим початком (F01.0)	7	8,97	1	1,69
3	Субкортикальна судинна деменція (F01.2)	8	10,26	1	1,69
4	Мультиінфарктна деменція (F01.1)	4	5,13	1	1,69

По нозологіям пацієнти основної групи розподілялись на 2 підгрупи. В 1 підгрупу входили пацієнти з серцево-судинними захворюваннями (ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба), кількість пацієнтів цієї підгрупи – 39, що становить 50%. 39 пацієнтів (50%) сформували 2 підгрупу осіб з хворобами дихальної системи (бронхіт, пневмонія і ін.). У пацієнтів групи порівняння були виявлені лише загальний (церебральний) атеросклероз, контрольована артеріальна гіпертензія, компенсований цукровий діабет, субклінічні форми ішемічної хвороби серця (атеросклеротичний кардіосклероз, блокади ніжок пучка Гіса тощо), які до уваги не брались, т. я. є патогенетичними для судинної деменції захворюваннями. Діагноз супутнього соматичного захворювання в кожному випадку виставлявся після консультативного заключення інтерніста (терапевта, пульмонолога, кардіолога) та підтвердження параклінічними обстеженнями (Р-графія ОГК, ЕКГ, лабораторні аналізи крові, сечі тощо).

Власне оцінка психічної сфери пацієнтів обох груп включала загальноприйнятій клініко-пси-

хопатологічний метод дослідження психічного стану (суб'єктивний та об'єктивний анамнез захворювання, психопатологічні симптоми, синдроми, їх динаміка) та експериментально-психологічне обстеження, під час якого перевірялись загальний рівень когнітивного функціонування методикою MMSE (Міні-схема дослідження психічного стану), динаміка сенсомоторних реакцій за допомогою таблиць Шульте, мнестичні функції методикою запам'ятовування 10 слів, рівень процесів узагальнення та абстрагування за допомогою методики виключення понять [30;31;32]. Пацієнти основної групи обстежувались в період розпалу соматичної хвороби. Статистична обробка отриманих результатів проводилась параметричними (з використанням критерію Ст'юдента) і непараметричними (з використанням коефіцієнта Колмогорова-Смірнова) методами [33].

Розглянемо результати експериментально-психологічного обстеження пацієнтів з соматичними захворюваннями та порівняємо їх з результатами дослідження групи порівняння пацієнтів (див. табл. 2).

Таблиця 2

Результати патопсихологічного обстеження пацієнтів обстежуваних груп (p<0,01)

	MMSE (бали)	Таблиці Шульте (сек)	Запам'ятовування 10 слів (к-ть слів)		Виключення понять (к-ть прав. рішень)
			безпосер.	через 10 хв	
Основна група (n=78)	12,4±1,08	150,7±16,95	2,6±1,05	1,1±0,99	3,1±1,43
1. Пацієнти з серцево-суд. захв. (n=39)	12,3±0,76	151,0±11,83	2,6±1,03	0,9±0,93	3,3±1,49
1. Пацієнти з дих. захв. (n=39)	12,0±0,91	154,2±14,39	2,5±1,06	1,2±1,04	3,2±1,49
Група порівняння (n=59)	16,1±0,89	103,2±11,61	3,0±0,84	1,97±0,76	4,75±0,84

При обстеженні за методикою MMSE пацієнти з соматичними хворобами продемонстрували гірший рівень когнітивного функціонування в порівнянні з групою порівняння, набравши в середньому 12,4 балів проти 16,1 балів у пацієнтів основної групи ($p < 0,01$).

Для виконання завдань за допомогою таблиць Шульте пацієнти з соматичними захворюваннями витрачали в середньому 150,7 сек, а пацієнти групи порівняння – 103,2 сек ($p < 0,01$).

Отже, здатність до концентрування уваги гірша, а швидкість сенсомоторних реакцій нижча у пацієнтів з соматичними захворюваннями відносно групи порівняння.

При дослідженні за допомогою методики запам'ятовування 10 слів пацієнти з соматичними захворюваннями безпосередньо відтворювали 2,6 слова, пацієнти групи порівняння – 3 слова; через 10 хв пацієнти з соматичними хворобами відтворювали також меншу кількість слів, ніж пацієнти групи порівняння – відповідно 1,1 слів проти 1,97 слів ($p < 0,01$), що свідчить про більш значне порушення мнестичних функцій у пацієнтів з соматичними хворобами.

При виконанні методики виключення понять пацієнти з соматичними захворюваннями продемонстрували гірші результати порівняно з пацієнтами групи порівняння: вони в середньому приймали 3,1 правильних рішень, а останні – 4,75 правильних рішень ($p < 0,01$), що свідчить про більш виражене порушення здатності до узагальнення та абстрагування у пацієнтів з соматозами.

При порівняльному аналізі результатів обстеження пацієнтів кожної з підгруп основної групи, можна відмітити певну вибірковість ураження когнітивної сфери. Якщо у пацієнтів з коморбідними хворобами дихальної системи порівняно з пацієнтами з серцево-судинними захворюваннями виявлялось більш значне погіршення загального рівня когнітивного функціонування (12,0 балів при дослідженні за допомогою MMSE проти 12,3 балів), уваги та темпу сенсо-

моторних реакцій (154,2 сек при виконанні завдань за допомогою таблиць Шульте проти 151,0 сек), рівня процесів узагальнення та абстрагування (3,2 прав. рішень при виконанні методики виключення понять проти 3,3 прав. рішень), то у пацієнтів з коморбідними захворюваннями серцево-судинної системи в порівнянні з пацієнтами з хворобами дихальної системи спостерігалось більш глибоке ураження мнестичних функцій, зокрема відстроченого відтворення (відповідно 0,9 слова проти 1,2 слова при виконанні методики запам'ятовування 10 слів) ($p < 0,01$).

Отже, оцінюючи результати нашого дослідження, можна зробити висновок: соматична хвороба, що приєднується до судинної деменції, впливає на вираженість інтелектуально-мнестичних розладів, збільшуючи когнітивний дефіцит. Якщо у пацієнтів з судинною деменцією та коморбідними серцево-судинними хворобами спостерігається деяка вибірковість в ураженні в першу чергу саме мнестичних функцій, то у пацієнтів з супутніми захворюваннями дихальної системи виявляється більш значне порушення загального рівня когнітивного функціонування, уваги та темпу сенсомоторних реакцій, рівня процесів узагальнення та абстрагування. Таким чином, це дозволяє визначити напрямки психотерапевтичного впливу: у пацієнтів з судинною деменцією та серцево-судинними захворюваннями в лікуванні необхідно в першу чергу застосовувати методики для поліпшення мнестичних функцій; у пацієнтів з судинною деменцією та хворобами дихальної системи доцільно застосовувати методики, спрямовані на оптимізацію уваги, процесів узагальнення та абстрагування тощо. Можна вважати, що це призведе до зменшення когнітивного дефіциту у хворих на судинну деменцію, що покращить якість їхнього соціального функціонування.

Звичайно, проблема коморбідності судинної деменції з соматичними хворобами потребує подальшого більш докладного дослідження.

ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНЫМИ СОМАТИЧЕСКИМИ БОЛЕЗНЯМИ: ВОЗМОЖНЫЕ ЦЕЛИ ПСИХОТЕРАПИИ

Хмельницкая областная психиатрическая больница №1

В стационарных условиях было проведено обследование 78 пациентов с умеренной сосудистой деменцией в сочетании с клинически выраженными соматическими болезнями: 39 – с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, 39 – с заболеваниями дыхательной системы. С помощью клинико-психопатологического и экспериментально-психологического методов оценивались память, внимание, динамика сенсомоторных реакций, операционная сторона мышления. Результаты сравнивались с группой из 59 пациентов с умеренной сосудистой деменцией без коморбидной соматической патологии. Показано, что присоединившееся соматическое заболевание увеличивает когнитивный дефицит у пациентов с сосудистой деменцией. Выявлено, что у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями наиболее нарушенными были мнестические функции; у пациентов с болезнями дыхательной системы больше поражались внимание, темп сенсомоторных реакций, уровень процессов обобщения и абстрагирования. Это позволяет определить направления психотерапевтического воздействия: у пациентов с сосудистой деменцией и сердечно-сосудистыми заболеваниями целесообразно применять методики для улучшения мнестических функций; у пациентов с сосудистой деменцией и болезнями дыхательной системы применять методики для оптимизации внимания, процессов обобщения и абстрагирования. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2009. — № 1 (21). — С. 44-49).

S.V. Korzh

PECULIARITIES OF A VASCULAR DEMENTIA COGNITIVE DEFICIENCY IN PATIENTS WITH COMORBID SOMATIC DISEASES: THE POSSIBLE PURPOSES OF PSYCHOTHERAPY

Khmelnytsky Regional mental Hospital №1

In stationary conditions there was organized examination 78 patients with moderate vascular dementia in combination with different clinical denominated somatic diseases: 39 – with cardiovascular diseases, 39 – with respiratory diseases. By means of psychopathological and experimental-psychological methods they were valued memory, attention, track record of sensomotor reactions, operating side of thinking. Results were compared with checking group from 59 patients with moderate vascular dementia without comorbid somatic diseases. It is shown that somatic disease enlarges cognitive deficiency beside patients with vascular dementia. It is revealed, that at patients with cardiovascular diseases by the most broken were memory functions; at patients with illnesses of respiratory system the attention, track record of sensomotor reactions, level of processes of generalisation and abstraction were more amazed. It allows to define directions of psychotherapeutic influence: at patients with vascular dementia and cardiovascular diseases it is expedient to apply techniques to improvement memory functions; at patients with vascular dementia and illnesses of respiratory system to apply techniques to optimisation of attention, generalisation and abstraction processes. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 1 (21). — P. 44-49).

Література

1. C.D. McCullagh, D. Craig, S.P.McIlroy, P. Passmore. Факторы риска развития деменции // Обзор современной психиатрии. – 2001. - № 4 (12). – С. 71-73.
2. Калын Я.Б. Психическое здоровье населения пожилого и старческого возраста: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук. – М., 2000. – 35 с.
3. Lechner H., Ladurner G., Bertha G. Wien. klin. Wschr.- 1982 – Bd.137. Suppl.- S. 8-11.
4. Психиатрия позднего возраста: В 2 т. / Под ред. Р. Джекоби, К. Оппенгаймер: Пер. с англ. - Киев: Сфера, 2001. – Т.1. – 416 с.
5. Шахматов Н.Ф. Психическое старение. – М., 1996. – 303 с.
6. Jorm A.F., Korten A.E., Henderson A.S. The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 1987. - №76, P. 465-479.
7. Дамулин И.В. Терапевтические возможности при болезни Альцгеймера и сосудистой деменции // РМЖ. – 2001. – Т. 9, № 7-8. – С. 34-38.
8. Руководство по психиатрии: В 2 т. / Под ред. Тиганова А.С. – Питер, 1999. – Т. 2. - С.134-136.
9. R. Perry, I. McKeith, E. Perry. Dementia with Lewy bodies: Clinical, pathological and treatment issues.- Cambridge University Press, 1996 // цит. В.В. Захаров, А.Б. Локшина. Обзор иностранной литературы // Неврологический журнал. – 1998. - №5. – С.35.
10. Hebert R., Brayne C. Epidemiology of vascular dementia // Neuroepidemiology. – 1995. - №14. – P. 240-257.
11. P. McNamee, J. Bond, D. Buck. Costs of dementia in England and Wales in the 21 century // British Journal of Psychiatry.-2001. - №179. – P. 261-266.
12. Ширина М.Г., Молчанова Е.К., Гаврилова С.И., Рохлина М.Л. // Журнал невропатол. и психиатр.- 1975.- №11.- С. 1695-1704.
13. Corona R., Squitieri G. // Riv. Neurol.- 1982.- Vol. 52, № 5.- P. 311-329.
14. Danielczyk W. // Wien. med. Wschr.- 1983.- Bd. 133, № 13-14.- S. 333-337.
15. Deley J., Brion S. Les Demences tardives.- Paris, 1962. – 205 p.
16. Huber G. Klinik und Psychopathologie der organischen psychosen // Psychiatrie der Gegenwart -Berlin, 1972.- Bd. 11/2.- S. 88-95; 124-127.
17. Louter H. // Nervenarzt.- 1974.- Bd. 45.- S. 277-288.
18. Sulcava R., Wikstrom J., Aroma A. // Neurology.- 1986.- Vol. 35.- P. 1026-1029.
19. Гаврилова С.И. Выявляемость психических расстройств в пожилом и старческом возрасте // Журнал неврологии и психиатрии. – 1994. - Т. 84, № 6. - С.911-918.
20. Маньковский Б.Н. Сосудистые церебральные нарушения у больных сахарным диабетом // Журнал неврологии и психиатрии. – 1990. - № 7. - С. 123-127.
21. Маньковский Б.Н. Терапия хронической цереброваскулярной недостаточности у больных сахарным диабетом препаратом сермион // Нейропсихиатрические эффекты сермиона. – К.: МОРИОН, 2001. – С. 137-141.
22. Desmond D.W., Tatemichi T.K., Paik M. et al. Risk factors for cerebrovascular disease as correlates of cognitive function in a stroke free cohort // Archives of Neurology. – 1993. - № 50. – P. 162-166.
23. Forette F., Seux M.L., Staessen J.A. et al. Prevention of dementia in randomised double-blind placebo-controlled Systolic Hypertension in Europe trial // Lancet. – 1998. - № 352. – P. 1347-1351.
24. Lindsey J., Hebert R., Rockwood K. The Canadian Study of Health and Aging – Risk Factors for Vascular Dementia // Stroke. – 1997. - № 28. – P. 526-530.
25. Moroney J.T., Tang M.X., Bergkind L. et al. Low density lipoprotein cholesterol and the risk of dementia with stroke // Journal of the American Medical Association. – 1999. - № 282. – P. 254-260.
26. Психиатрия позднего возраста: В 2 т. / Под ред. Р. Джекоби, К. Оппенгаймер: Пер. с англ. - Киев: Сфера, 2003. – Т.2. – 507 с.
27. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств / Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. – К.: «Факт», 1999. – 270 с.
28. Жариков Г.А. Синдром мягкой деменции в пожилом и старческом возрасте // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1998, № 1. – С. 24.

29. Morris J. C. The clinical dementia rating (CDR): current and scoring rules // *Neurology*. – 1993. - № 43. - P. 2412-2413.

30. Folstein M.F., Folstein S., McHugh P.R. Mini-mental state: A practical method of grading cognitive state of patients for the clinician // *J. Psychiatr. Res.* – 1975. – Vol. 12. – P. 189-198. Copyright 1975, Pergamon Press.

31. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология:

Практическое руководство. – М.: МЕДпресс, 1999. – 588 с.

32. Крылов А.А., Маничев С.А. Практикум по общей экспериментальной и прикладной психологии. - Санкт-Петербург: «Питер», 2000. - 320 с.

33. Вороненко Ю.В., Москаленко В.Ф. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. – Тернопіль: «Укрмедкнига», 2000. – 315 с.

Поступила в редакцию 11.02.2009