4. Consensus guidelines for the diagnosis and treatment of Growth Hormone Deficiency in childhood and adolescence: summary, 27–28 March 1998. Horm Res 1998; 50: 320–340.

© *Коллектив авторов, 2008*

В.В. Бекезин, Л.В. Козлова, О.В. Пересецкая, В.М. Олейникова

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия», г. Смоленск, РФ

В ходе исследования проведено комплексное изучение основных показателей психологического статуса 157 детей и подростков с ожирением в зависимости от уровня инсулинорезистентности. У детей с метаболическим синдромом регистрировались более высокие уровни тревоги и депрессии; нарушения в эмоционально-волевой сфере и коммуникативно-межличностных взаимодействиях; ориентация личности на внутренний субъективный мир (интраверсия), акцентуация отдельных черт характера (дистимный, неуравновешенный, тревожный и возбудимый типы).

Objective of present study was to investigate the main parameters of psychological state in 157 obese children and adolescents in dependence of insulin resistance level. Children with metabolic syndrome demonstrated more high level of anxiety and depression; disorders of volitional and emotional sphere and in interpersonal communication; personal orientation towards inward life (introversion); different types of accentuated character (dysthymic, unbalanced, anxious and excitable type of character).

Ожирение (О) у детей и подростков – актуальная проблема, обусловленная как распространенностью данной патологии, так и возможными последствиями в будущем [1–4]. В последние годы все больше работ посвящается изучению метаболического синдрома (МС) у детей и подростков. Как известно, инсулинорезистентность (ИР) при МС играет ведущую роль, одновременно являясь самостоятельным фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний [1, 3, 5].

О – хроническое заболевание, в патогенезе и клинической картине которого сочетаются и взаимодействуют соматические и психологические факторы и симптомы. В то же время немногочисленные литературные данные о психологическом состоянии больных О или МС, как взрослых, так и детей, иногда носят разноречивый характер [6–8]. В настоящее время накапливается все больше доказательств того, что тревога, депрессия и некоторые другие психопатологические нарушения являются независимыми факторами риска кардиоваскулярной патологии [6–10]. В связи с этим важным, на наш взгляд, является изучение состояния психологической адаптации у детей с О и ее роли в формировании поведенческих реакций, изменении образа жизни, соблюдении ребенком немеди-

Таблица 1

Клинико-лабораторная характеристика обследованных детей

Параметры	Группы обследованных		
	1-я (n=74)	2-я (n=83)	контрольная (n=15)
ИРИ базальный, мкЕД/мл	15,6±1,7[1]	29,5±3,1[1,2]	10,2±1,9
HOMA-R	1,7±0,09[1]	5,4±0,07[1,2]	1,2±0,08
ОХ, ммоль/л	4,83±0,08[1]	5,12±0,05[1,2]	4,09±0,09
МК, мкмоль/л	271±26,4[1]	366±21,3[1,2]	182±20,7
Артериальная гипертония: лабильная, абс. (%) стабильная I степени, абс. (%)	4 (5,4%) 4 (5,4%) 0 (0%)	22 (26,5%)[1,2] 12 (14,5%) 10 (12%)	0 (0%) 0 (0%) 0 (0%)
Миокардиодистрофия, абс. (%)	4 (5,4%)	17 (20,5%)[1]	0 (0%)
Жировой гепатоз, абс. (%)	4 (5,4%)	10 (12%)[1]	0 (0%)
Сахарный диабет 2-го типа, абс.(%)	0 (0%)	2 (2,4%)	0 (0%)
Ожирение, абс. (%): I степень II степень III степень	 44 (59,4%)[1] 22 (29,7%)[1] 8 (10,8%)	 9 (10,8%)[2] 36 (43,4%) 38 (45,8%)[1,2]	 0 (0%) 0 (0%) 0 (0%)
ИМТ, кг/м^2	27,2±1,89[1]	33,4±1,21[1,2]	21,9±1,77
ОТ/ОБ	0,84±0,02[1]	0,89±0,01[1,2]	0,76±0,03
Пол, абс. (%): мальчики девочки	 36 (48,6%) 38 (51,4%)	 39 (46,9%) 44 (53,1%)	 7 (48,6%) 8 (51,4%)
Средний возраст, годы	13,2±0,34	13,6±0,24	13,4±0,39

Здесь и в табл. 2–5: $p<0,05$: [1] при сравнении показателей с контрольной группой, [2] при сравнении показателей у детей 1-й и 2-й групп.

каментозных методов коррекции избытка массы тела. Для того чтобы проводить правильную психологическую коррекцию у детей с О, необходимо знать и учитывать индивидуальные характеристики психологического статуса ребенка.

В связи с вышеизложенным определилась и цель нашего исследования: выявить особенности психологического статуса детей и подростков с О в зависимости от уровня ИР.

Материалы и методы исследования

В исследование были включены 157 детей с О I–III степени в возрасте 11–16 лет. Все обследованные дети с О были условно разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 74 ребенка с индексом ИР HOMA-R<2, свидетельствующим о сохраненной чувствительности к инсулину. 2-ю группу составили 83 ребенка с подтвержденной тощаковой ИР (HOMA-R >4). 1-я и 2-я группы были однородными по полу и возрасту (табл. 1). Избыточный вес у детей 1-й и 2-й групп регистрировался с раннего возраста и максимально нарастал в пубертатный период. Все дети 1-й и 2-й групп получали гипокалорийное питание с учетом индивидуальных характеристик (возраста и пола) и дозированные физические нагрузки (лечебная физкультура). Учитывая, что ИР была основным критерием деления обследованных детей с О на группы, в исследование не были включены дети и подростки с пограничным уровнем ИР (2≤HOMA-R≤4).

Контрольную группу составили 15 практически здоровых детей и подростков 11–16 лет со средними по возрасту и полу антропометрическими параметрами, нормальным уровнем базальной инсулинемии и сохраненной чувствительностью к инсулину. При этом достоверных возрастно-половых различий между детьми контрольной, 1-й и 2-й групп не регистрировалось (табл. 1).

У обследованных детей определяли антропометрические (масса тела (кг), рост (см), индекс массы тела (ИМТ (кг/м^2)), окружность талии (ОТ) и бедер (ОБ) (см)), гормональные (иммунореактивный инсулин (ИРИ, мкЕд/мл)) и лабораторные (гликемия натощак (ммоль/л), общий холестерин (ОХ, ммоль/л), мочевая кислота (МК, мкмоль/л)) параметры. Для определения ИРИ применяли иммуноферментный метод с использованием наборов «DRG-Техсистемс» (США). ИР оценивали по косвенным показателям: уровню базальной инсулинемии и малой модели гомеостаза с определением параметра HOMA-R, вычисляемого по формуле: HOMA-R= УГН (уровень гликемии натощак, ммоль/л) • УИН (уровень инсулина натощак, мкЕД/мл)/22,5.

Показатели психологического статуса определяли у детей с помощью шкалы депрессии (ШД), шкалы «Т и Д», теста Спилберга–Ханина, тестов Кеттела (сокра-

Таблица 2

Состояние тревоги и депрессии у детей с ожирением (1-я и 2-я группы) и детей контрольной группы

Показатели тревоги и депрессии	Контрольная группа (n=15)	1-я группа (n=74)	2-я группа (n=83)
УД по ШД, баллы	47,3±1,46	50,6±0,57[1]	51,2±0,36[1]
Коэффициент депрессии, баллы	1,77±0,59[1]	0,24±0,19[2]	–0,21±0,11[1]
Коэффициент тревоги, баллы	1,67±0,39	1,21±0,35	–0,38±0,24[1]
Степени депрессии по ШД, абс. (%):			
отсутствует (до 49 баллов)	9 (60%)	30 (40,6%)	24 (28,9%)[1]
легкая (50–59 баллов)	6 (40%)	44 (59,4%)	40 (48,2%)
средняя (60–69 баллов)	0 (0%)	0 (0%)[2]	13 (15,7%)
выраженная (70 и более баллов)	0 (0%)	0 (0%)	6 (7,2%)
Степень тревоги по шкале «Т и Д», абс. (%):			
отсутствует	8 (53,3%)	36 (48,6%)	36 (43,4%)
неопределенная	6 (40%)	22 (29,7%)	13 (15,7%)
выраженная	1 (6,7%)	16 (21,7%)[1]	34 (40,9%)[1]
Степень депрессии по шкале «Т и Д», абс. (%):			
отсутствует	9 (60%)	24 (32,4%)	17 (20,5%)[1]
неопределенная	5 (33,3%)	30 (40,6%)	26 (31,3%)
выраженная	1 (6,7%)	20 (27%)[2]	40 (48,2%)[1]
РТ, баллы	21,6±1,64	22,4±1,26[2]	29,8±0,96[1]
ЛТ, баллы	33,6±1,86	37,5±1,21[2]	40,7±0,45[1]

щенный вариант), Айзенка и Леонгардо–Шмишека [11, 12], адаптированных к детскому возрасту.

Статистическую обработку полученных данных производили с помощью пакета программ Statgrphics Plus for Windows 98 и Excel 97 фирмы Microsoft с использованием непараметрических и параметрических критериев.

Результаты и их обсуждение

Сравнительный анализ клинико-лабораторных характеристик детей 1-й и 2-й групп выявил более высокую частоту встречаемости артериальной гипертензии, О III степени, миокардиодистрофии, сахарного диабета 2-го типа у детей с подтвержденной ИР (табл. 1). Таким образом, у обследованных детей 2-й группы наряду с подтвержденной ИР достоверно более часто регистрировались и другие клинико-лабораторные маркеры МС (табл. 1).

Изучение состояния тревоги и депрессии у детей 1-й и 2-й групп с использованием для этой цели нескольких шкал показало наличие выраженных изменений изучаемых психологических факторов (табл. 2). По ШД у детей с О (1-я и 2-я группы) регистрировались более высокие показатели уровня депрессии (УД) по сравнению с детьми контрольной группы ($p<0,05$). При этом достоверных различий по этому критерию у детей 1-й и 2-й групп не регистрировалось. Однако при индивидуальной оценке степени выраженности депрессии было выявлено, что у детей 2-й группы по сравнению с детьми 1-й группы более часто регистрировались средняя (60–69 баллов) и выраженная (70 и более баллов) степени депрессии. Аналогичные изменения УД у детей 1-й и 2-й групп наблюдались и по шкале «Т и Д» (табл. 2). При этом необходимо отметить, что коэффициент тревоги по шкале «Т и Д» у детей 2-й группы был ниже ($p<0,05$), чем у детей 1-й группы, что подтверждалось и более высокой частотой встречаемости выраженной тревоги (более –1,23 балла) у детей с МС.

По шкале Спилберга–Ханина были зарегистрированы более высокие ($p<0,05$) показатели реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревожности у детей с О (1-я и 2-я группы) по сравнению с детьми контрольной группы. При этом у детей 2-й группы по сравнению с детьми 1-й группы более часто регистрировались умеренная и выраженная РТ и выраженная ЛТ (рис. 1 и 2). Средние показатели ЛТ превышали аналогичные показатели РТ у детей 1-й и 2-й групп в 1,67 и 1,37 раза соответственно. Как известно, РТ характеризует уровень тревоги (состояние) в данный момент, в то время как ЛТ является более устойчивой психологической характеристикой ребенка. При этом очень высокая РТ вызывает нарушение внимания, характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью. Очень высокая ЛТ прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами.

Полученные данные показали, что такие психологические состояния, как депрессия и тревога, были максимально выражены по результатам проведенного тестирования у детей с МС (HOMA-R>4).

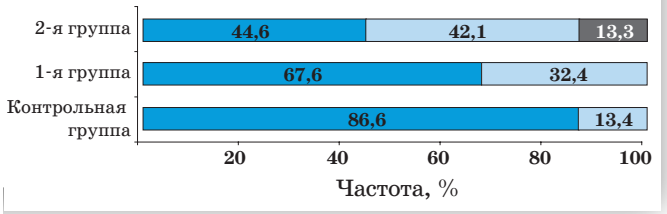

Рис. 1. Степень выраженности РТ (тест Спилберга–Ханина) у обследованных детей.
Здесь и на рис. 2: ■ – выраженная РТ, □ – умеренная РТ, ■ – отсутствие РТ.

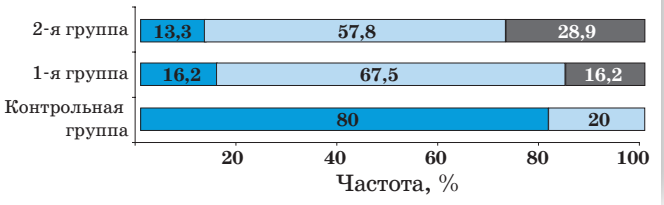

Рис. 2. Степень выраженности ЛТ (тест Спилберга–Ханина) у обследованных детей.

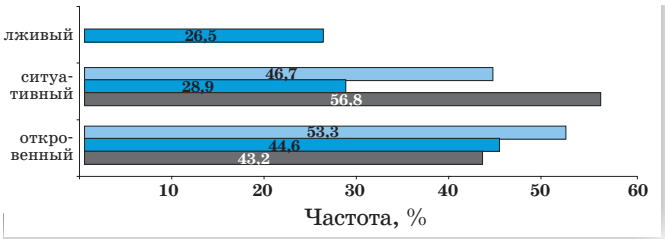

Рис. 3. Состояние искренности (шкала искренности, тест Айзенка) у детей с О в зависимости от уровня ИР.
Здесь и на рис. 4–6: □ – контрольная группа, ■ – 1-я группа, ■ – 2-я группа.

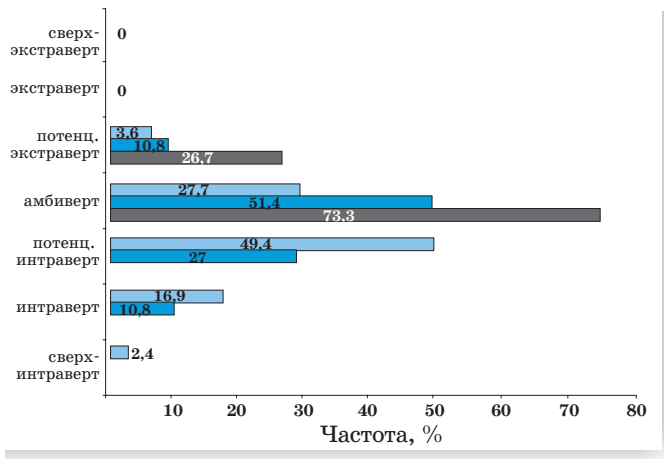

Рис. 4. Состояние экстравертированности–интравертированности (тест Айзенка) у детей с О в зависимости от ИР.

Об индивидуальности каждого ребенка судили по результатам теста Кеттела (многофакторный опросник), являющегося в настоящее время наиболее популярным средством экспресс-диагностики личности.

При обследовании детей с О и подтвержденной ИР (2-я группа) были выявлены следующие особенности черт личности (конституционные факторы) по сравнению с детьми контрольной группы и детьми 1-й группы (табл. 3):

– склонность к занижению своих возможностей и недооценка себя (низкий показатель по шкале МД);

– тенденция к необщительности, замкнутости и излишней строгости в оценке людей (низкий показатель по шкале А);

– склонность к эмоциональной неустойчивости (склонность к лабильности настроения, невротические симптомы, ипохондрия) (низкий показатель по шкале С);

– осторожность, рассудительность, молчаливость, пессимистичность (скучный и вялый) – низкий показатель по шкале F;

– беспринципность, неорганизованность, непостоянство (низкий показатель по шкале G);

– некоторая жесткость, черствость по отношению к окружающим (низкий показатель по шкале I);

– тревожность, депрессивность, ранимость, впечатлительность (высокий показатель по шкале О);

– прямолинейность, наивность, непосредственность поведения (низкий показатель по шкале N);

– независимость, предпочтение собственных решений (высокий показатель по шкале Q_2);

– расслабленность, вялость, спокойствие, низкая мотивация, леность (низкий показатель по шкале Q_4).

Таким образом, у детей с О и подтвержденной ИР (2-я группа) были выявлены особенности в эмоционально-волевой сфере (факторы C, G, I, O, Q_4) и коммуникативных и межличностных взаимодействиях (факторы A, F, N, Q_2) по сравнению с детьми 1-й группы.

Отдельно следует отметить, что достоверных различий по шкалам (факторам) B, M и Q_1, характеризующим интеллектуальные особенности личности, между детьми контрольной группы и детьми с О (1-я и 2-я группы) получено не было (табл. 3).

Таблица 3

Состояние конституционных факторов (тест Кеттела) у обследованных детей

Факторы теста Кеттела	Контрольная группа (n=15)	1-я группа (n=74)	2-я группа (n=83)
МД, баллы	6,8±0,53[1]	5,6±0,34[2]	4,5±0,21[1]
A, баллы	8,5±0,37	8,1±0,51[2]	6,1±0,34[1]
C, баллы	8,1±0,54	7,8±0,41[2]	6,2±0,33[1]
F, баллы	6,0±0,47	5,5±0,57[2]	3,4±0,38[1]
G, баллы	8,8±0,53	8,0±0,55[2]	6,4±0,23[1]
I, баллы	6,4±0,63	6,3±0,41[2]	5,1±0,24[1]
O, баллы	5,4±0,73	5,8±0,24[2]	7,8±0,29[1]
N, баллы	6,4±0,68	6,5±0,37[2]	4,5±0,27[1]
Q_2, баллы	4,9±0,45	5,3±0,26[2]	6,5±0,32[1]
Q_4, баллы	5,3±0,81	5,1±0,47[2]	3,5±0,16[1]

Таблица 4

Показатели теста Айзенка у детей контрольной группы и детей с О и МС

Показатели теста Айзенка по шкалам	Контрольная группа (n=15)	1-я группа (n=74)	2-я группа (n=83)
Искренность, баллы	3,3±0,71	3,5±0,24	4,6±0,16[1,2]
Экстравертированность, баллы	13,4±0,71	10,1±0,88[1]	7,3±0,25[1,2]
Невротизм, баллы	11,1±0,82	13,2±0,57[1]	15,1±0,35[1,2]

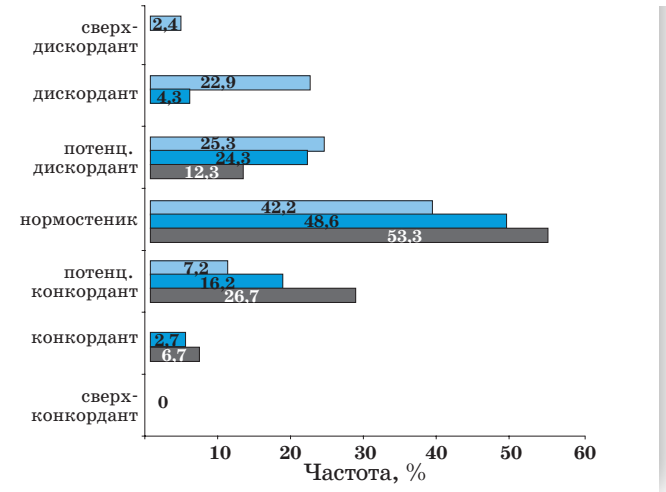

Рис. 5. Состояние невротизма (тест Айзенка) у детей с О в зависимости от ИР.

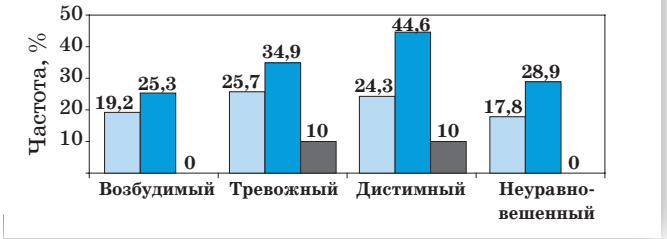

Рис. 6. Состояние акцентуации некоторых черт характера (тест Леонгардо–Шмишека) у детей с О в зависимости от ИР.

Для изучения состояния темперамента и характера у детей с О использовали тест Айзенка (табл. 4, рис. 3, 4, 5). При этом у детей с выраженной ИР (2-я группа) по данным теста Айзенка более часто ($p<0,05$) регистрировался среди вариантов искренности лживый вариант (26,5%); среди вариантов экстравертированности – потенциальный интраверт, интраверт и сверхинтраверт (68,7%); среди вариантов невротизма – потенциальный дискордант, дискордант и сверхдискордант (50,6%).

У детей с МС при анализе характерологического опросника (опросник Леонгардо–Шмишека) выявлены более высокие средние баллы по дистимному (Г4), неуравновешенному (Г8), тревожному (Г5) и возбудимому (Г2) видам акцентуации (табл. 5). При этом анализ частоты встречаемости различных акцентуированных черт характера у обследованных детей показал, что наиболее часто у пациентов с МС по сравнению с детьми контрольной и 1-й групп также встречались дистимный, неуравновешенный, тревожный и возбудимый типы (рис. 6).

Необходимо отметить, что каждая акцентуация характера имеет как свои положительные, так и отрицательные черты. Так, дистимный (депрессивный) тип характеризовался у обследованных детей преимущественно пониженным настроением, отрицательными переживаниями событий

Таблица 5

Показатели теста Леонгардо–Шмишека у детей контрольной группы и детей с О и МС

Показатели теста	Контрольная группа (n=10)	1-я группа (n=74)	2-я группа (n=83)
Гипертимный, баллы	7,6±0,97	7,1±0,41	8,9±0,46
Возбудимый, баллы	6,8±0,69	8,1±0,41[1]	12,7±0,33[1,2]
Эмотивный, баллы	8,0±0,83	8,8±0,57	10,4±0,43
Педантичный, баллы	7,7±0,71	8,3±0,44	9,6±0,27
Тревожный, баллы	7,2±0,89	10,1±0,32[1]	14,3±0,24[1,2]
Циклотивный, баллы	9,4±0,89	10,1±0,41	10,6±0,29
Демонстративный, баллы	9,7±0,91	7,4±0,72	8,8±0,36
Неуравновешенный, баллы	7,6±0,85	9,8±0,28[1]	12,3±0,31[1,2]
Дистимный, баллы	8,9±0,90	10,8±0,53[1]	15,7±0,34[1,2]
Экзальтированный, баллы	11,2±0,76	10,1±0,46	11,3±0,27

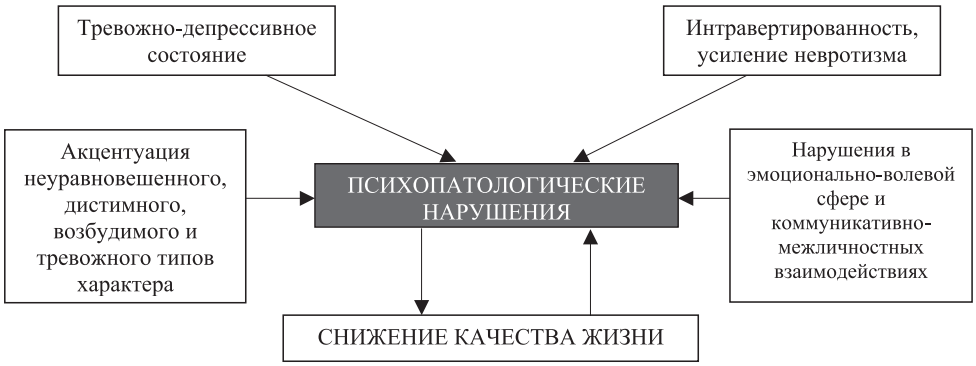

Рис. 7. Структура психопатологических нарушений у детей и подростков с О и МС.

и апатичным к ним отношением. При этом «конфликтные» (отрицательные) черты у детей проявлялись замедленностью, пассивностью, пессимизмом, отшельничеством, неумением радоваться вместе с окружающими. В то же время необходимость быстро реагировать на изменения обстановки, быстро принимать решения, сходиться и знакомиться с новыми людьми вызывали у детей с дистимной акцентуацией большие затруднения.

Тревожно-боязливый (невротический) тип проявлялся у детей с О и МС повышенной склонностью к страхам. Даже незначительные события, нарушающие сложившийся порядок отношений, вызывали у таких детей фобические переживания. Самооценка у детей была понижена, а оценка других детей и взрослых завышена. Постоянное стремление к спокойной обстановке оборачивалось «высасыванием из пальца» поводов для беспокойства. При этом отрицательные черты проявлялись у детей с тревожным типом акцентуации характера неумением дать отпор, растерянностью перед новым, безынициативностью, несамостоятельностью, молчаливым согласием на несправедливое. Конфликтогенные ситуации у таких детей возникали в связи с несправедливыми обвинениями со стороны других, насмешками; необходимостью определиться в отношениях, особенно с новыми людьми.

Возбудимый тип (проективная акцентуация) характеризовался у обследованных детей непредсказуемостью поведения (совершение поступков, которые вызывали затем сожаление), ослабленностью контроля за своим поведением вследствие увлеченности какой-либо мыслью, идеями. Отрицательными чертами данной акцентуации характера являлись раздражительность, склонность к гневу, нетерпимость к противоречию и самостоятельности других, способность «поднять руку», безудержность в увлечениях.

Застревающий, неуравновешенный, неустойчивый тип (паранойяльная акцентуация) у детей с О и МС состоял в стойкости аффектов, и в то же самое время в их спонтанности, что и приводило к неустойчивому поведению, определяемому то одним, то другим «застреванием». «Конфликтные» черты характеризовались спонтанностью привязанностей и обид, подозрительностью, мстительностью, самонадеянностью и непомерным требованием к окружающим. Конфликтогенные ситуации у таких детей возникали в связи с сомнением в ценности идей и привязанностей, уличением в несправедливом отношении к миру.

Таким образом, у 68,7% детей с О и подтвержденной ИР (2-я группа) индивидуально-психологическая характеристика соответствовала ориентации личности на внутренний субъективный мир, проявляясь необщительностью, замкнутостью, социальной пассивностью (при достаточно большой настойчивости), склонностью к самоанализу и затруднению в социальной адаптации. Известно, что интраверты более легко впадают в депрессию, вызванную нервным истощением и запредельным торможением. Это подтверждают и результаты психологических тестов, характеризующих депрессию и тревогу (шкала депрессии, шкала «Т и Д», тест Спилберга–Ханина). Так, ЛТ и РТ у детей с выраженной ИР, а также уровень их депрессии и тревоги превышали аналогичные параметры у детей контрольной группы и детей с О с сохраненной чувствительностью к инсулину (табл. 2). О сниженной эмоциональной устойчивости и адаптированности свидетельствовал и тот факт, что по результатам теста Айзенка потенциальные дискорданты, дискорданты и сверхдискорданты определялись более часто (50,6%) в группе детей с МС ($p<0,05$).

Проведенные исследования позволили представить все выявленные нарушения психологического статуса детей с О и МС в виде единой обобщенной структуры психопатологических нарушений (рис. 7). В свою очередь более высокая частота регистрации тревожно-депрессивных состояний, интравертированности и невротизма, нарушений в эмоционально-волевой сфере и коммуникативно-межличностных взаимодействиях, акцентуации отдельных черт характера сопровождались снижением качества жизни детей и подростков с О и МС.

Заключение

Таким образом, проведенная комплексная оценка психологического статуса детей с О выявила его зависимость от уровня ИР. Наличие психологической дизадаптации у обследуемых подростков, максимально выраженная у пациентов с МС, определяет, с одной стороны, целесообразность включения в комплексное лечение МС психотерапевтических методик как обязательного компонента немедикаментозной терапии, а с другой – определяет особенности такого психотерапевтического подхода. Динамическое наблюдение за состоянием психологического статуса у подростков с МС позволит определить эффективность проводимой комплексной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Гинзбург М.М., Крюков Н.Н.* Ожирение. Влияние на развитие метаболического синдрома. Профилактика и лечение. М.: Медпрактика. 2002.

2. *Самошкина Е.С., Мухина Л.Ю., Биушкина О.А., Масягина Е.Н.* Некоторые клинико-эпидемиологические характеристики ожирения у детей города Саранска. «Актуальные проблемы регионального здравоохранения». Материалы Всероссийской научно-практической конференции. Саранск: Изд. Мордовского ун-та, 2004: 114–115.

3. *Строев Ю.И., Чурилов Л.П., Чернова Л.А., Бельгов А.Ю.* Ожирение у подростков. С-Пб: ЭЛБИ-С-Пб., 2003.

4. *Guillaume M, Lapidus L, Beckers F, et al.* Familial trends of obesity through three generations: the Belgian-Luxembourg child study. Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord. 1995; 19(3): 5–9.

5. *Дроздецкий С.И.* Классификация, принципы лечения и профилактики артериальной гипертонии. Н. Новгород: Изд. НГМА, 2002.

6. *Меньшикова Л.И., Колесникова И.А., Сурова О.В. и др.* Психологические особенности личности у подростков с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Вест. аритмологии. 2000; 18: 109.

7. *Погосова Г.В.* Депрессия – новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти. Кардиология. 2002; 4: 86–89.

8. *Смулевич А.Б.* Антидепресанты в общемедицинской практике. Consilium medicum. 2002; 2: 3–6.

9. *Аведисова А.С.* Депрессия и тревога (диагностика и лечение). М.: Изд. ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, 2003.

10. *Курпатов А.В.* Депрессия: от реакции до болезни (пособие для врачей общей практики). СПб., ИД «Нева», 2006.

11. Психологические тесты. Под ред. А.А. Карелина: В 2 т. М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001; 1: 312.

12. Психологические тесты. Под ред. А.А. Карелина: В 2 т. М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001; 2: 248.

© Капустина Т.Ю., Капранов Н.И., 2008

Т.Ю. Капустина[1,2], Н.И. Капранов[2]