

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/337875123>

## Опросник структуры характера и темперамента Р. Клонинджера: апробация и эмпирическая валидизация сокращенной версии

Article in *Vestnik - Moskvoskogo Universiteta* · December 2019

CITATIONS

0

READS

2

2 authors, including:



**Nickolay Almayev**

Institute of Psychology RAN

27 PUBLICATIONS 7 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Psychology and psychophysiology of acoustic stimuli estimation [View project](#)



Adapatation and application of Cloninger's TCI [View project](#)

## МЕТОДИКА, АППАРАТУРА

Л. Д. Островская, Н. А. Алмаев

### **“ОПРОСНИК СТРУКТУРЫ ХАРАКТЕРА И ТЕМПЕРАМЕНТА” Р. КЛОНИНЖЕРА: АПРОБАЦИЯ И ЭМПИРИЧЕСКАЯ ВАЛИДИЗАЦИЯ СОКРАЩЕННОЙ ВЕРСИИ (ТСІ-140)**

В настоящее время практически ни одно комплексное психологическое исследование не обходится без личностных опросников. Однако некоторые традиционно применяемые тесты (СМИЛ, тест Леонгарда и др.) нельзя считать собственно психологическими, так как в них используется сугубо психиатрическая терминология, и они, по сути, являются завуалированным способом проведения клинического интервью, нацеленного на выявление определенной симптоматики и оценку степени ее выраженности. Необходим опросник, который не оперировал бы клиническими терминами, но давал при этом результаты, хорошо соотносимые с существующей классификацией психических расстройств.

Один из вариантов решения этой проблемы предложен Р. Клонинджером и его коллегами. В разработанном ими “Опроснике структуры характера и темперамента” (ТСІ — Cloninger et al., 1994) три базовых, генетически детерминированных измерения (оси), задающих структуру личности, соотносятся с тремя шкалами темперамента — *Поиск нового* (ПН), *Избегание опасности* (ИО) и *Зависимость от подкрепления* (ЗП). Сочетание показателей по этим шкалам образует относительно устойчивую структуру, определяющую общую стратегию поведения и реагирования индивида. Каждой из указанных шкал соответствует ряд признаков, предельная выраженность которых сопряжена с патохарактерологическими девиациями. В свою очередь, ожидается, что у хорошо адаптированной личности эти признаки будут выражены умеренно. Сочетание выраженных пиков и провалов по трем измерениям темперамента образует 8 личностных кластеров (таблица), соответствующих традиционно выделяемым в DSM-IV типам личностных расстройств. Так, повышение показателей по шкале ПН ассоциируется с принадлежностью к типу В (“драматический”), высокие показатели по ИО отражают наличие черт типа С (“тревожный”), а провал по ЗП связывается с типом А (“шизо-типный”) (Cloninger et al., 1994; Svrakic et al., 1993). В одной из

**Соотношение высоких (В) и низких (Н) показателей  
по шкалам темперамента с традиционно выделяемыми личностными кластерами  
(по: Cloninger et al., 1994, p. 32)**

Личностный кластер	Показатели по шкалам		
	Поиск нового (ПН)	Избегание опасности (ИО)	Зависимость от подкрепления (ЗП)
Антисоциальный	В	Н	Н
Гистрионный	В	Н	В
Пассивно-агрессивный	В	В	В
Эксплозивный	В	В	Н
Обсессивный	Н	В	Н
Шизоидный	Н	Н	Н
Циклотимический	Н	Н	В
Пассивно-зависимый	Н	В	В

работ (Bejrot, 1998) были выявлены корреляции оценок по шкалам ТСИ и верифицированных симптомов личностных расстройств типов А, В и С (соответственно 0.68, 0.76 и 0.80); при этом данные по субшкалам ТСИ объясняли до 64% дисперсии в кластерах.

Помимо шкал темперамента, опросник Клонингера включает также три шкалы характера, соответствующие, по идее авторов, трем аспектам Я-концепции субъекта: “Самостоятельность” (оценивает “Я” как автономного субъекта), “Кооперация” (оценивает “Я” как часть социума), “Самотрансцендентность” (оценивает “Я” как часть мироздания). Каждый из приведенных аспектов личности, взаимодействуя с другими, определяет индивидуальную стратегию адаптации субъекта и соответственно предрасположенность к определенным психическим отклонениям. Показатели шкал характера позволяют судить о таких особенностях, как личностная зрелость, эмоциональная зависимость, способность к сотрудничеству, отчужденность и т.п. (Cloninger et al., 1993).

Клинические исследования показали, что, опираясь на результаты ТСИ, можно проводить диагностику психических отклонений (Cloninger et al., 1993, 1994; Svrakic et al., 1993), а также прогнозировать эффективность применения определенных групп фармакологических препаратов (Cowley et al., 1993; Joyce, Mulder, Cloninger, 1994) и перспективы социальной реабилитации психически больных после выписки (Strakovski et al., 1993).

На предварительном этапе исследования мы апробировали полную переводную версию опросника<sup>1</sup> (240 пунктов) на русско-

<sup>1</sup> Эта полная версия была адаптирована в 1996 г. И.А. Бевз.

язычной выборке. Из тех шкал и субшкал, которые показали удовлетворительную внутреннюю согласованность ( $\alpha$  Кронбаха  $\geq 0.5$ ), была составлена сокращенная версия, содержащая 140 пунктов (ТСІ-140).

Целью данного исследования стала апробация и эмпирическая валидизация ТСІ-140. *Задачи:* 1) вычисление по всем шкалам среднего балла и величины стандартного отклонения для генеральной популяции, что дало бы возможность построения нормированных профилей; 2) сравнительный анализ профилей пациентов психиатрических и соматических стационаров и краткий анализ основных закономерностей, отражаемых структурой профиля, а также оценка экологической валидности сокращенной версии опросника.

Исследование проводилось на выборках испытуемых, не принимавших участия в предварительном исследовании.

#### *I. Выборки нормы:*

А) студенты и аспиранты гуманитарных специализаций (N=248, средний возраст  $24 \pm 6.2$  года); Б) расширенная выборка испытуемых, составленная из лиц, принадлежащих к различным слоям общества: родственников и знакомых участников исследования, работников коммунальных служб, военнослужащих, членов спортивных секций, учеников профтехучилищ и др. (N = 286; средний возраст  $35 \pm 15.2$  года);

#### *II. Клинические выборки:*

А) Пациенты психиатрических стационаров (N=128) с диагнозами: а) генерализованное тревожное расстройство (ГТР) (N=12; ср. возр.  $32 \pm 13.4$  года); б) тревожная и соматизированная депрессия (N=16; ср. возр.  $34 \pm 11.8$ ); в) обсессивное расстройство с комплексом “помешательства сомнений” (N=72; ср. возр.  $35.6 \pm 13.2$ ); г) шизофреническая реакция, протекающая по типу “реакции отказа” (N=28; ср. возр.  $27 \pm 11.2$  года);

Б) Пациенты соматических стационаров (N=160) с диагнозами: а) сахарный диабет (N=140; ср. возр.  $55 \pm 18.3$  года); б) ишемическая болезнь сердца (тестирование проводилось за 2—3 дня до операции аорто-коронарного шунтирования) (N=20; ср. возр.  $52 \pm 7.5$  года).

Опишем 6 основных шкал (по три для темперамента и характера) и 18 субшкал, вошедших в версию ТСІ-140.

#### **ПОИСК НОВОГО (ПН):**

ПН1 — *Любознательность/Ригидность*. Лица с высокими показателями склонны к исследовательской активности, постоянно нуждаются в новых впечатлениях, пресыщаемы, не переносят монотонии.

ПН2 — *Импulsивность/Рефлексия*. Высокие показатели характерны для людей восторженных, экспрессивных, не способных контролировать свои побуждения.

ПНЗ — *Расточительность/Умеренность*. Высокие показатели отражают склонность к неэкономному расходованию своих финансов и сил.

Высокие показатели по шкале ПН свидетельствуют о возбудимости, любознательности, психической подвижности, импульсивности и пресыщаемости индивида; ассоциируются со вспыльчивостью, гневливостью, эмоциональной лабильностью. Низкие показатели отражают медлительность, индифферентность, бережливость, сдержанность, толерантность к монотонной работе.

#### **ИЗБЕГАНИЕ ОПАСНОСТИ (ИО):**

ИО1 — *Предвосхищающая тревога/Оптимизм*. Высокие показатели характерны для людей тревожных, с обостренной реакцией на социальное неодобрение и высмеивание, пессимистов, преувеличивающих ожидаемую опасность;

ИО2 — *Страх неопределенности/Уверенность*. Высокие показатели отражают непереносимость ситуаций неопределенности, воспринимаемых как потенциально опасные; такие люди с трудом приспосабливаются к изменениям в привычном распорядке, предпочитают не выделяться и не проявлять инициативы;

ИО3 — *Застенчивость/Общительность*. Лица с высокими показателями застенчивы, недоверчивы, могут вступить в отношения с незнакомыми людьми только при наличии надежных гарантий принятия;

ИО4 — *Астения/Энергичность*. Высокие показатели отражают субъективное восприятие себя как утомляемого, слабого, хрупкого и уязвимого для негативного влияния среды.

Высокие показатели по шкале ИО свидетельствуют о невротизации и выраженной тревожности как черте личности. Люди с пиком по этой шкале осторожны и предусмотрительны, тревожно-заботливы, неуверенны в себе, боязливы, полны сомнений и предчувствий, нервны, легко падают духом, пессимистичны. Они утомляемы и ранимы, вследствие чего сильно нуждаются в одобрении и поддержке, излишне чувствительны к неодобрению и критике. Низкие показатели по шкале ассоциируются с низким уровнем тревожности, беззаботностью, смелостью, оптимизмом и уверенностью в себе.

#### **ЗАВИСИМОСТЬ ОТ ПОДКРЕПЛЕНИЯ (ЗП):**

ЗП1 — *Сентиментальность/Бесчувственность*. Лица с высокими показателями сентиментальны, чутки, жалостливы, не стесняются проявлять свои эмоции на людях; легко заражаются чужими эмоциями;

ЗП2 — *Привязчивость/Отстраненность*. Высокие показатели свойственны людям ранимым, зависимым от одобрения со стороны окружающих, остро нуждающимся в прочных эмоциональных контактах.

Лица с высокими показателями по шкале ЗП общительны, мягки и нежны. Пик по шкале свидетельствует о привязчивости (вплоть до потери объективности суждений), нежности, чувствительности к окружающим, душевной теплоте. Такие люди отзывчивы, активно ищут общения и открыты ему; легко поддаются чужому влиянию, зависимы от мнения и оценок близких. Провал по шкале говорит о практичности и твердости, дистанцированности, эмоциональной холодности, безразличию к похвале или порицанию.

#### **КООПЕРАТИВНОСТЬ (К):**

К1 — *Социальное принятие/Социальная нетерпимость*. Лица с высокими показателями конформны, дружелюбны, терпимы к чужим слабостям и недостаткам;

К4 — *Сострадание/Мстительность*. Лица с высокими показателями склонны к сопереживанию и милосердию, незлобивы, способны прощать, активно стремятся преодолевать негативные эмоции с целью построения конструктивных взаимоотношений с окружающими.

Шкала К выявляет индивидуальные различия в способности к принятию других людей и идентификации с ними. Лица с высокими показателями по шкале эмпатичны, терпимы, сострадательны, стремятся к сотрудничеству и кооперации. Противоположный полюс шкалы отражает тенденцию к оппортунизму, соперничеству, мстительности; неспособность сопереживать и принимать в расчет интересы других людей, что часто провоцирует социальную дезадаптацию.

#### **САМОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ (С):**

С1 — *Ответственность/Обвинение других*. Лицам с высокими показателями присущи внутренний локус контроля (считают себя ответственными за собственные установки и поведение), личностная зрелость;

С2 — *Целенаправленность/Отсутствие цели*. Лица с высокими показателями ориентированы на достижения; у них развита способность к отсрочиванию вознаграждения/удовлетворения, т.е. их деятельность определяется стратегическими, отдаленными во времени целями, задачами и ценностями;

С4 — *Самопринятие/Инфантильные фантазии*. Лица с высокими показателями уверены в себе, хорошо осознают собственные возможности и существующие ограничения, вполне удовлетворены своим ментальным и физическим статусом; не склонны мечтать о безграничной власти, о неземной красоте и т.д.;

С5 — *Конгруэнтная “вторая натура”/Вредные привычки*. Лицам с высокими показателями свойственны организованность и самодисциплина; полезные привычки и навыки, достигающие уровня автоматизма, становятся их “второй натурой”.

Высокие показатели по шкале С связываются с личностной зрелостью, сформированностью процессов саморегуляции, ответственностью, самодостаточностью, конструктивностью, собранностью, уверенностью в себе и высокой степенью внутренней интеграции Я. Противоположный полюс шкалы соответствует личностной незрелости, слабости и хрупкости Я. Следствие этого — неспособность к построению иерархии мотивационно-потребностной сферы, ощущение внутренней пустоты, хаотичности и бесцельности существования, невозможности влиять на свою судьбу, отсутствие чувства ответственности за собственные поступки. Выраженный провал по этой шкале ассоциируется с наличием патологии личности.

#### **САМОТРАНСЦЕНДЕНТНОСТЬ (СТ):**

СТ1 — *Самозабвение/Фиксированные границы “Я”*. Лица с высокими показателями тяготеют к трансцендированию (расширению) границ своего “Я” в ситуации тесных эмоциональных отношений или поглощающей их деятельности; нередко обладают оригинальным творческим мышлением, хотя внешне производят впечатление рассеянных, чудаков, “не от мира сего”;

СТ2 — *Трансперсонализм/Индивидуализм*. Высокие показатели отражают чувство единства с Вселенной и всем, что ее составляет (природой, людьми); такие лица ощущают себя сопричастными и ответственными за все происходящее в мире;

СТ3 — *Спиритуализм/Материализм*. Лица с высокими показателями часто очень суеверны или религиозны, верят в чудеса, мистику, склонны к “магическому мышлению”.

Люди с высокими показателями по шкале СТ непритязательны, смиренны, скромны и несколько наивны; могут получать удовольствие от самого процесса деятельности, даже не имея полного представления о ее конечном результате, и не испытывают потребности в контроле над ситуацией. Выраженная *самотрансцендентность* помогает человеку пережить страдание и смириться с мыслью о неизбежности смерти, особенно в пожилом возрасте. Провал по шкале ассоциируется с недостатком воображения, неспособностью переносить ситуации амбивалентности, прагматичным рационализмом.

**Шкалы валидности:** *шкала лжи, шкала соглашения/негативизма, шкала одинаковых/обратных пунктов.*

Все ответы испытуемых кодировались как 1 (“верно”) и 0 (“не верно”).

### Результаты и обсуждение

Массивы данных, полученные на здоровых добровольцах, позволили вычислить средние шкальные и субшкальные оценки, величину стандартного отклонения и перевести “сырые” баллы в стандартные, а также оценить возрастную динамику параметров опросника. Так, было установлено, что показатели по шкале ПН с возрастом закономерно понижаются, а показатели по шкалам С и К (в меньшей степени), напротив, имеют тенденцию к повышению. Эти данные хорошо соотносятся с результатами, полученными при авторской апробации полной версии опросника (Cloninger et al., 1994).

В качестве иллюстрации диагностических возможностей TCI-140 приведем групповые профили, полученные на выборках пациентов соматических и психиатрических стационаров, а также дадим их краткую интерпретацию.

Групповой профиль больных *сахарным диабетом* (рис. 1) свидетельствует о преобладании в данной выборке лиц с высокой тревожностью, что подтверждается значимым возрастанием в сравнении с нормой показателей по ИО в сочетании со снижением оценок по ПН. Высокие оценки по шкале К отражают общительность этих больных, способность сочувствовать другим людям, склонность делиться своими переживаниями и искать помощи у других. В то же время низкие баллы по С и прежде всего по субшкале С1 (Ответственность) позволяют предположить, что больные склонны занимать пассивно-зависимую позицию и перекладывать ответственность за свое здоровье на медицинский персонал либо на близких. Провал по СТ свидетельствует об их прагматическом настроении, озабоченности насущными жизненными проблемами. Различия с нормой по всем упомянутым параметрам статистически достоверны при  $p < 0.001$  (критерий Манна-Уитни).

На профиле больных *ишемической болезнью сердца*, ожидающих кардиологической операции (см. рис. 1), показатели по ИО

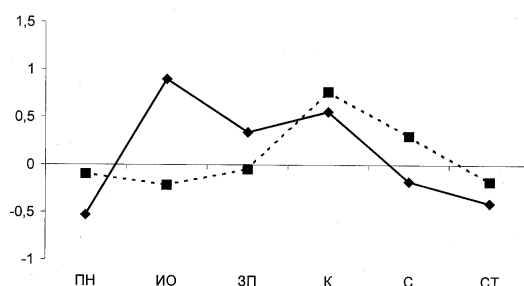


Рис. 1. Групповые нормированные профили пациентов с сахарным диабетом (сплошная) и с ишемической болезнью сердца (штриховая)

чуть ниже средне-нормальных. Значимое повышение оценок отмечено только по субшкале ИО1 (Предвосхищающая тревога). Очевидно, что ситуация, в которой находились испытуемые на момент тестирования (тяжелая болезнь, госпитализация, ожидание результатов обследования и опасной для жизни операции) провоцирует сильный стресс и тревогу. Таким образом, низкие значения по “тревожным” субшкалам у пациентов, ожидающих операции, можно интерпретировать как искажение результатов тестирования за счет действия мощных механизмов психологической защиты. Тенденция к отрицанию чрезмерной тревоги сочетается с повышением показателей по С и прежде всего по субшкале С2 (Целенаправленность), что свидетельствует о стремлении к активному совладанию с ситуацией болезни. Единственный отчетливый пик профиля по К, образованный практически исключительно за счет субшкалы К4 (Сострадание), отражает высокую способность испытуемых к сопереживанию и сочувствию, терпимость к слабостям других людей, готовность помочь, высокую коммуникабельность. Различия с нормой по шкале К и субшкалам ИО1, К4 достоверны при  $p < 0.001$ , прочие упомянутые различия достоверны при  $p < 0.05$  (критерий Манна—Уитни).

Переходя к рассмотрению профилей пациентов психиатрического стационара, необходимо подчеркнуть, что в данном тестировании участвовали только больные с пограничными психическими расстройствами.

Исследования Клонингера с коллегами подтвердили, что пациентам с различными формами тревожных расстройств присущи устойчиво высокие показатели по ИО и несколько сниженные по ПН. При этом наличие пика по ИО повышает вероятность возникновения предрасположенности не только к тревожным, но и к депрессивным расстройствам. При этом высокий показатель по ИО является у тревожных больных устойчивой конституциональной характеристикой, а у больных с депрессией в большей мере ситуативно обусловлен (Cloninger et al., 1994; Svrakic et al., 1993).



Показатели по шкалам К и С, по мысли Клонинжера, позволяют оценивать степень личностной зрелости индивида. Связь между снижением оценок по данным шкалам и выраженной незрелостью личностных структур, т.е. высокой вероятностью патологии личности, подтверждается клиническими данными (там же). Результаты, полученные нами в ходе тестирования испытуемых с *генерализованным тревожным расстройством* (ГТР) и с *депрессией*, хорошо соотносятся с приведенными выше данными Клонинжера.

Как видно на рис. 2, наиболее отчетливый пик профиля у больных ГТР образован оценкой по ИО, значительно превышающей нормативную. Принимая во внимание также достоверное снижение показателей по ПН, подобная конфигурация профиля свидетельствует о высокой конституциональной тревожности, обостренной чувствительности больных к любым факторам вредности, а также о выраженной утомляемости и снижении энергетического потенциала. Ведущей поведенческой стратегией больных с ГТР является пассивное избегание. Наличие в профиле провала по шкале С указывает на недостаточную личностную зрелость пациентов, проявляющуюся в виде ощущения собственной беспомощности, внутренней пустоты, бесцельности существования. Все указанные различия с нормой достоверны при  $p < 0.001$  (критерий Манна—Уитни).

В профиле больных с *соматизированной и тревожной депрессией* (см. рис. 2) описанные тенденции проявляются более отчетливо. Сочетание провала по С со снижением по К позволяет сделать вывод о выраженной социальной дезадаптации и об отсутствии навыков зрелых социальных коммуникаций. Значимо более низкие, чем в норме, оценки по субшкалам С1 (Ответственность) и С4 (Самопринятие) свидетельствуют об инфантильности больных, пассивной, “жертвенной” позиции и отсутствии чувства ответственности за собственную судьбу. Для депрессивных больных характерны даже более высокие оценки по ИО, чем для больных ГТР, что свидетельствует об аффективной охваченности тревожными предчувствиями, ощущении собственной беспомощности и уязвимости, пессимистическом настрое. Как говорилось

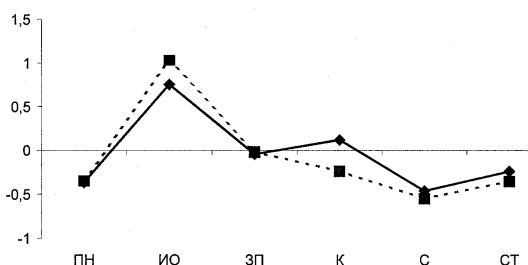


Рис. 2. Групповые нормированные профили пациентов с генерализованным тревожным расстройством (сплошная) и с соматизированной и тревожной депрессией (штриховая)

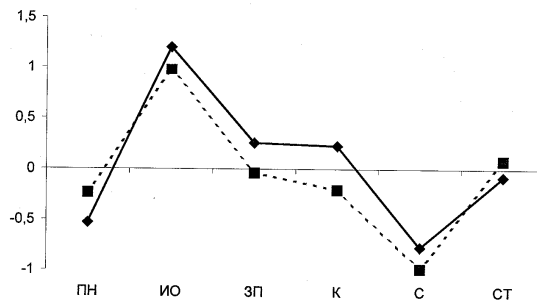


Рис. 2. Групповые нормированные профили пациентов с генерализованным тревожным расстройством (сплошная) и с соматизированной и тревожной депрессией (штриховая)

выше, у больных, находящихся в остром депрессивном состоянии, как правило, отмечается временный подъем показателей по ИО. Следовательно, по мере частичной ремиссии состояния можно ожидать снижения оценок по этой шкале. Все указанные различия с нормой достоверны при  $p < 0.001$  (критерий Манна—Уитни).

На профиле больных с “помешательством сомнений” (рис. 3) ярко выраженный пик по ИО сочетается с провалом по ПН, что свидетельствует в пользу наличия у них конституциональной тревожности и высокой степени невротизации. Принимая во внимание особо высокие показатели по субшкале ИО4 (Астения), снижение оценок по ПН может быть истолковано как признак общей астенизации этих больных. Выраженный провал по С отражает, прежде всего, присущее им чувство беспомощности и растерянности. Характерные для данного синдрома нерешительность и навязчивые сомнения выливаются в стремление занять пассивно-зависимую позицию. Ощущение собственной несостоятельности в ситуациях, требующих принятия даже элементарных решений, отражается в потребности избегать малейшей ответственности, о чем свидетельствует провал по субшкале С1 (Ответственность). В то же время достаточно высокие оценки по шкалам ЗП и К позволяют предположить, что у большинства в данной выборке нет выраженной социальной дезадаптации: люди контактны, ищут у окружающих помощи и опеки. Различия с нормой по ИО, С и С1 достоверны при  $p < 0.00001$ , по ПН — при  $p < 0.01$  (критерий Манна—Уитни).

На профиле больных с “реакцией отказа” (см. рис. 3) отчетливо виден резкий провал по С, а также снижение оценок по К. Подобная конфигурация отражает грубую личностную незрелость и дезинтегрированность “Я”, следствием чего являются выраженная социальная дезадаптация, нарушения в эмоционально-волевой сфере, отсутствие навыков построения зрелых социальных коммуникаций и самоконтроля. Значимое возрастание оценок по

ИО отражает высокую тревожность, невротизацию и тенденцию к избеганию негативных переживаний. При возникновении стрессогенной ситуации для подобных больных типично реагирование по типу избегания на фоне возникающего острого тревожно-депрессивного аффекта (запираются в квартире, отключают телефон, боясь звонка с работы, при этом не предпринимают ни малейших попыток хоть как-то разрешить создавшуюся проблему). Принимая во внимание провал по шкале С, профиль может быть истолкован в пользу наличия патологии личности тревожного круга. Расхождения с нормой по ИО и С значимы при  $p < 0.00001$  (критерий Манна—Уитни).

**Заключение.** Анализ основных тенденций, отраженных в профилях больных различных нозологий, показал, что простая и удобная в применении краткая версия “Опросника структуры характера и темперамента” (ТСИ-140) достаточно информативна. Ее можно использовать при индивидуальном или групповом обследовании как нормы, так и патологии. Диагностические категории ТСИ-140 позволяют оценить не только соотношение ведущих тенденций реагирования индивида, но и такие аспекты, как степень личностной зрелости, социализированность, особенности межличностного контакта и др.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Bejrot S.* Personality disorders and relationship to personality dimensions measured by the Temperament and Character Inventory in patients with obsessive-compulsive disorder // *Acta Psychiatr. Scand.* 1998. Vol. 98, N 3.
- Cloninger C.R., Svrakic D.M., Przybeck T.R.* A Psychobiological Model of Temperament and Character // *Arch. Gen. Psychiatr.* 1993. Vol. 50.
- Cloninger C.R., Przybeck T.R., Svrakic D.M., Wetzel R.D.* The Temperament and Character Inventory (TCI): a guide to its development and use. Sent-Luis, Miss., 1994.
- Cowley D.S., Roy-Byrne P.P., Greenblatt D.J., Hommer D.W.* Personality and benzodiazepine sensitivity in anxious patients and control subjects // *Psychiatry Research.* 1993. Vol. 47, N 2.
- Joyce P.R., Mulder R.T., Cloninger C.R.* Temperament predicts clomipramine and desipramine response in major depression // *J. Affective Disorders.* 1994. Vol. 30.
- Strakovski S.M., Stoll A.L., Tohen M., Faedda G.L., Goodwin D.C.* The Tridimensional Personality Questionnaire a Predictor of Six-month Outcome in First Mania // *Psychiatry Research.* 1993. Vol. 48.
- Svrakic D.M., Whitehead C., Przybeck T.R., Cloninger C.R.* Differential Diagnosis of personality Disorders by Seven Factor Model of Temperament and Character // *Arch. Gen. Psychiatr.* 1993. Vol. 50.

Поступила в редакцию  
10.02.04