

УДК 616-05:616.7:616.8
DOI: 10.17223/17267080/60/9

А.А. Кукшина, А.В. Котельникова, А.С. Тихонова, А.С. Гозулов

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы» (Москва, Россия)

Половозрастные особенности и психоэмоциональное состояние больных с нарушением двигательных функций

Заболевания, приводящие к поражению органов движения, полиморфны и характеризуются высокой социально-экономической значимостью и сопровождаются развитием психоэмоциональных расстройств, нуждающихся в дифференцированном коррекционном подходе. С целью изучения особенностей психоэмоционального состояния больных с учетом их половозрастных характеристик были исследованы особенности психоэмоционального состояния 336 больных с нарушением двигательных функций различной этиологии (возраст: $med = 57,0$, $range = 66,0$; среди них 41,0% мужчин, 59,0% женщин). Использовался опросник оценки выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R. Показано, что вне зависимости от нозологии текущее психоэмоциональное состояние соотносится с полом и возрастом больных и в целом характеризуется повышенными значениями по шкалам «соматизация» и «обсессивность-компульсивность», а также снижением показателей по шкалам «межличностной сензитивности», «враждебности», «паранойальности» и «психотизма».

Ключевые слова: психоэмоциональное состояние; нарушения двигательных функций; соматизация; тревожность; депрессивность; обсессивность-компульсивность; дистресс.

Полиморфность патогенеза заболеваний, приводящих к поражению органов движения, распространяющаяся от сосудистой патологии постинсультных состояний до дегенеративно-дистрофических заболеваний опорно-двигательного аппарата, нарастающая частота встречаемости, высокая инвалидизация, огромные затраты на лечение и реабилитацию пациентов с нарушением двигательных функций свидетельствуют о социальной значимости заявленной проблемы [1].

Страдание больных в данном случае обусловлено невозможностью полноценно реализовать одну из основных потребностей живого организма – потребность в движении, а следовательно, невозможностью осознавать себя полноценным и благополучным членом социума. Болезнь нарушает трудоспособность, значительно снижает общий уровень функционирования, лишает индивида возможности справляться с привычными повседневными задачами, сопровождается чувствами бессилия и беспомощности [2]. К психологическим последствиям нарушения двигательных функ-

ций исследователи относят также потерю ощущения собственной независимости и неуязвимости, утрату человеческого достоинства, контроля над ситуацией, эмоционального равновесия, высокий риск развития депрессии и суицида, связанный с отчаянием, чувствами стыда, вины и безнадёжности [3].

В рамках психосоматического подхода к взаимодействию личности и болезни в настоящий момент накоплены многочисленные данные междисциплинарных исследований, свидетельствующие о существенной роли психоэмоционального состояния, прежде всего расстройств тревожно-депрессивного спектра, в развитии и течении соматических заболеваний [4, 5]. Результаты отечественных и зарубежных скринингов фиксируют высокую – от 5,1 до 48,3% – распространённость депрессий у пациентов соматических клиник [4, 6, 7]. Эмпирически доказано, что повышение качества антидепрессивной терапии при лечении коморбидной депрессии позволяет ослабить болевой синдром, а также улучшить прогноз и эффективность терапии соматического заболевания [2]. Однако релевантность назначений осложняется необходимостью дифференциальной диагностики тревожно-депрессивных расстройств, имеющих под собой органический субстрат в виде дисбаланса в дофаминовых и серотонинергических структурах [6], нуждающегося в психофармакотерапии, от соответствующего симптомокомплекса, психогенного по происхождению, поддающегося немедикаментозной психотерапевтической коррекции. Существенное значение имеет также более подробное изучение текущего психоэмоционального состояния больных с целью выявления иных триггерных механизмов психологического дискомфорта. Проблема заключается в том, что жалобы больных с нарушением двигательных функций касаются в первую очередь телесного недуга, зачастую соматовегетативной симптоматикой маскирующего страдания душевные.

Практика инструментальной диагностики тревоги и депрессии в клинике сводится, как правило, к использованию разнообразных шкал однополярной направленности: «Опросник депрессивности Бека» – «Beck Depression Inventory» [8], «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» – «The Hospital Anxiety and Depression scale» (HADS) [6], «Шкала Цунга для самооценки тревоги» – «Self-Rating Anxiety scale» [9], «Шкала Цунга для самооценки депрессии» – «Self-Rating Depression scale» [9], «Шкала тревоги Гамильтона» – «Hamilton Anxiety Rating Scale» [9], «Шкала реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера» [10] и т.п. Перечисленные шкалы представляют собой достаточно валидные и надёжные инструменты первичной диагностики, однако не дают возможности оценить выраженность сопряжённых психопатологических признаков, скрывающих тревожно-депрессивную симптоматику.

Гипотезой настоящего исследования послужило предположение о существовании более широкого спектра факторов, определяющих текущее психоэмоциональное состояние больных с нарушением двигательных функций.

Целью стало изучение особенностей психоэмоционального состояния больных с учетом их половозрастных характеристик.

Таким образом, объектом настоящего исследования являются больные с нарушением двигательных функций, предметом – их текущее психоэмоциональное состояние.

Основным инструментом реализации поставленной цели явился опросник оценки выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List – SCL-90-R), адаптация и валидизация которого произведена в лаборатории психологии и психотерапии посттравматического стресса Института психологии РАН [8]. Выбор SCL-90-R в качестве диагностического инструмента обусловлен тем, что в отличие от упомянутых выше однополярных шкал указанный опросник предоставляет возможность полифакторной диагностики текущего психоэмоционального состояния.

Для реализации заявленной цели были сформулированы следующие эмпирические задачи:

1. Оценить роль нозологических различий в текущем психоэмоциональном состоянии больных с нарушением двигательных функций.

2. Проанализировать особенности текущего психоэмоционального состояния обследованных больных по сравнению с нормативными данными.

3. Исследовать структуру текущего психоэмоционального состояния больных с учетом их пола и возраста.

Материалы и методики исследования

В исследование было включено 336 пациентов, находившихся на лечении в Клинике восстановительного лечения (филиал № 3 ГАУЗ МНПЦ МРВиСМ ДЗ г. Москвы):

- 178 больных с двигательными нарушениями в результате острого нарушения мозгового кровообращения (возраст: med = 58,0, range = 65,0), среди них 102 (57,3%) женщины, 76 (42,7%) мужчин;

- 105 больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями опорно-двигательного аппарата (возраст: med = 56,0, range = 60,0), среди них 59 (56,1%) женщин, 46 (43,9%) мужчин;

- 53 больных с ревматоидными поражениями суставов (возраст: med = 58,0, range = 48,0), среди них 38 (71,7%) женщин, 15 (28,3%) мужчин.

Использованием статистических критериев равнозначности была достигнута сопоставимость групп с точки зрения возрастного ($H(2, N = 336) = 2,93$; $p = 0,23$) и гендерного состава ($p = 0,08$ – по двустороннему критерию Фишера).

Процедура и методика исследования. Текущее психоэмоциональное состояние больных с нарушением двигательных функций диагностировалось в срок до трех дней с момента поступления в стационар с помощью опросника SCL-90-R. Перед началом обследования с каждым больным проводилась индивидуальная беседа, в ходе которой разъяснялись цели и задачи предстоящей процедуры, получалось добровольное информирован-

ное согласие. Принявшим участие в исследовании больным предлагалось оценить степень своего дискомфорта или встревоженности в связи с той или иной проблемой в течение последней недели в рамках 5-балльной шкалы Лайкерта от «совсем не беспокоит» до «очень сильно беспокоит». Оценка и интерпретация результатов производились по 9 основным субшкалам, которые объединяют следующие группы симптомов:

- соматизация (somatization) – дистресс, возникающий из ощущения телесной дисфункции; сюда относятся жалобы, фиксированные на кардиоваскулярной, гастроинтестинальной, респираторной и других системах; компонентами расстройства являются также головные боли, другие боли и дискомфорт общей мускулатуры и в дополнение – соматические эквиваленты тревожности;

- обсессивность–компульсивность (obsessive–compulsive) – в субшкалу включены вопросы, касающиеся мыслей, импульсов и действий, которые переживаются индивидом как непрерывные, непреодолимые и чуждые;

- межличностная сензитивность (interpersonal sensitivity) – самоосуждение, чувство беспокойства и заметный дискомфорт в процессе межличностного взаимодействия, а также негативные ожидания относительно любых коммуникаций с другими людьми;

- депрессивность (depression) – совокупность таких проявлений депрессии, как отсутствие интереса к жизни, недостаток мотивации, потеря жизненной энергии, чувство безнадежности, мысли о суициде и т.д.;

- тревожность (anxiety) – высокий уровень манифестируемой тревожности, соотносящийся с проявлениями нервозности, напряжения, дрожи, приступами паники, ощущения насилия, чувством опасности, опасения и страха;

- враждебность (hostility) – мысли, чувства или действия, являющиеся проявлениями негативного аффективного состояния злости (агрессия, раздражительность, гнев и негодование);

- фобическая тревожность (phobic anxiety) – стойкая реакция страха на определенных людей, места, объекты или ситуации, которая характеризуется как иррациональная и неадекватная по отношению к стимулу и ведет к избегающему поведению;

- паранойальность (paranoid ideation) – подозрительность, страх потери независимости, напыщенность, враждебность;

- психотизм (psychoticism) – избегающий, изолированный, шизоидный стиль жизни.

В качестве интегрального показателя рассматривался общий индекс тяжести текущего дистресса.

Математико-статистическая обработка данных производилась в программном пакете «Statistica 10.0» и включала проверку соответствия распределения полученных данных нормальному, анализ значимости различий в уровне выраженности исследуемого признака для несвязанных выборок по критериям Манна–Уитни и Крускала–Уоллиса, корреляционный

анализ по Спирмену. Обнаруженные связи и различия считались достоверными при достижении $p \leq 0,05$.

Результаты и их обсуждение

На *первом этапе* работы был проведен сравнительный анализ текущего психоэмоционального состояния обследованных больных в контексте различных нозологических групп. Использовался критерий Крускала–Уоллиса. Результаты представлены в табл. 1.

Таблица 1

Сравнительный анализ текущего психоэмоционального состояния по данным опросника SCL–90–R у больных с нарушением двигательных функций в сопоставлении с нозологией

Симптомы	Среднее значение $\pm$ стандартное отклонение			Н (2, N = 336)	p*
	Последствия ОНМК (n = 178)	Дегенеративно- дистрофические заболевания ОДА (n = 105)	Ревматоидные поражения суставов (n = 53)		
Соматизация	1,09 $\pm$ 0,77	1,17 $\pm$ 0,62	1,20 $\pm$ 0,84	2,86	0,24
Обсессивность– компульсивность	0,91 $\pm$ 0,70	0,79 $\pm$ 0,58	0,80 $\pm$ 0,59	1,29	0,52
Межличностная сензитивность	0,61 $\pm$ 0,61	0,67 $\pm$ 0,56	0,62 $\pm$ 0,57	1,51	0,47
Депрессивность	0,75 $\pm$ 0,64	0,63 $\pm$ 0,58	0,67 $\pm$ 0,51	3,23	0,20
Тревожность	0,57 $\pm$ 0,62	0,52 $\pm$ 0,56	0,57 $\pm$ 0,55	0,48	0,78
Враждебность	0,44 $\pm$ 0,49	0,43 $\pm$ 0,44	0,45 $\pm$ 0,50	0,04	0,98
Фобическая тревожность	0,47 $\pm$ 0,63	0,28 $\pm$ 0,38	0,26 $\pm$ 0,38	4,21	0,12
Паранойальность	0,46 $\pm$ 0,58	0,54 $\pm$ 0,48	0,53 $\pm$ 0,59	5,08	0,08
Психотизм	0,33 $\pm$ 0,42	0,34 $\pm$ 0,40	0,34 $\pm$ 0,40	0,49	0,78
Общий индекс тяжести текущего дистресса	0,67 $\pm$ 0,52	0,65 $\pm$ 0,45	0,65 $\pm$ 0,47	0,07	0,96

Примечание. p* – уровень статистической достоверности критерия Крускала–Уоллиса.

Таким образом, как следует из представленных в табл. 1 данных, критерий Крускала–Уоллиса статистически достоверных различий в текущем психоэмоциональном состоянии больных с двигательными нарушениями различной нозологии не зафиксировал. При этом сопоставление средних значений степени выраженности отдельных психопатологических симптомов (субшкал опросника SCL–90–R) с условно-нормативными данными [8] позволяет заключить, что текущее психоэмоциональное состояние больных с нарушением двигательных функций при поступлении в стационар восстановительного лечения характеризуется рядом особенностей. Результаты представлены в табл. 2.

Таблица 2

Особенности текущего психоэмоционального состояния больных с нарушением двигательных функций по сравнению с нормативными данными

Симптомы	Больные с нарушением двигательных функций (n = 336)	Норма (n = 1466)*	p**
Соматизация	1,14±0,74	0,69±0,65	0,000
Обсессивность–компульсивность	0,86±0,65	0,76±0,60	0,01
Межличностная сензитивность	0,64±0,59	0,83±0,63	0,000
Депрессивность	0,70±0,61	0,68±0,59	0,29
Тревожность	0,56±0,59	0,62±0,62	0,10
Враждебность	0,44±0,48	0,71±0,65	0,000
Фобическая тревожность	0,38±0,54	0,35±0,49	0,32
Паранойяльность	0,50±0,56	0,67±0,58	0,000
Психотизм	0,34±0,41	0,42±0,48	0,004
Общий индекс тяжести текущего дистресса	0,66±0,49	0,64±0,50	0,51

* Условно-нормативные данные, полученные в результате валидизации опросника SCL-90-R [8].

** Тонем выделены данные, статистически достоверно отличающиеся от условно-нормативных.

Как видно из табл. 2, текущее психоэмоциональное состояние больных с нарушением функции движения отличается от нормы превышением показателей по субшкалам «соматизация» и «обсессивность–компульсивность» опросника SCL-90-R, что позволяет рассуждать о специфическом влиянии болезни на психоэмоциональное состояние. Ограничения одной из основных жизненных функций, двигательной, вне зависимости от нозологии сопровождается дистрессом, вытекающим, прежде всего, из ощущения телесной дисфункции, потери контроля, ощущения беспомощности и бессилия.

Достоверное снижение показателей субшкал «межличностная сензитивность», «враждебность», «паранойяльность» и «психотизм» опросника SCL-90-R обследованной выборки по сравнению с нормой может быть истолковано как положительный эмоциональный настрой больных на лечение, стремление сотрудничать и доверять профессионализму врачей. Графическая иллюстрация описанного результата представлена на рис. 1.

Задачей *второго этапа* работы стало более детальное изучение структуры текущего психоэмоционального состояния обследованных больных с учетом их пола и возраста.

Анализ значимости различий в уровне выраженности психопатологических симптомов, по данным опросника SCL-90-R, у мужчин и женщин обследованной выборки производился с использованием критерия Манна–Уитни. Результаты представлены в табл. 3.

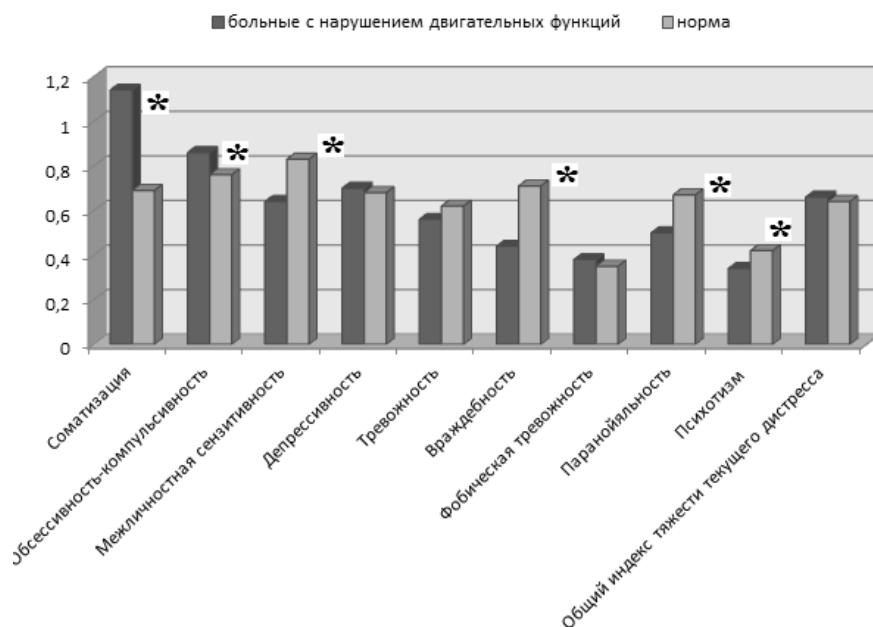


Рис. 1. Особенности текущего психоэмоционального состояния больных с нарушением двигательных функций по сравнению с нормативными данными

Таблица 3
Анализ значимости различий в текущем психоэмоциональном состоянии мужчин и женщин с нарушением двигательных функций

Субшкалы	Мужчины (n = 137)	Женщины (n = 199)	U	p*
Соматизация	0,92±0,64	1,29±0,76	9662,00	0,000
Обсессивность– компульсивность	0,79±0,57	0,91±0,68	12433,50	0,17
Межличностная сензитивность	0,59±0,52	0,67±0,66	13106,50	0,55
Депрессивность	0,60±0,55	0,77±0,64	11469,00	0,01
Тревожность	0,45±0,52	0,64±0,63	10750,00	0,000
Враждебность	0,45±0,47	0,43±0,48	12984,50	0,46
Фобическая тревожность	0,28±0,43	0,44±0,59	11862,00	0,04
Паранойяльность	0,52±0,56	0,48±0,56	13052,50	0,50
Психотизм	0,31±0,37	0,35±0,44	13552,00	0,93
Общий индекс тяжести текущего дистресса	0,57±0,45	0,72±0,51	11229,00	0,01

Примечание. p* – уровень статистической достоверности критерия Манна–Уитни, тоном выделены данные, статистически достоверно различающие группы.

Как видно из табл. 3, текущее психоэмоциональное состояние мужчин и женщин с нарушением двигательных функций при поступлении в стационар восстановительного лечения отличается по ряду субшкал

опросника SCL-90-R: общий уровень текущего дистресса у женщин выше, наблюдается также достоверное повышение показателей шкал тревожного регистра («депрессивность», «тревожность», «фобическая тревожность») и шкалы «соматизация». При этом при сопоставлении полученных у женщин данных с общепопуляционными нормами обращает на себя внимание выраженность истинно депрессивных расстройств, что проявляется достоверно высокими показателями по шкале «депрессивность» ($p < 0,05$).

При исследовании роли переменной «возраст» в текущем психоэмоциональном состоянии обследованных больных использовался корреляционный анализ по Спирмену (R). Была выявлена статистически достоверная положительная связь возраста и уровня выраженности соматизации ($R = 0,13$; $p = 0,02$). То есть психоэмоциональное состояние пожилых больных с нарушением двигательных функций характеризуется высоким уровнем дистресса, соотносящегося с ощущением телесной дисфункции, соматическими эквивалентами тревожности.

Выводы

1. В процессе исследования текущего психоэмоционального состояния больных с нарушением двигательных функций нозологических различий выявлено не было.

2. Психоэмоциональное состояние обследованных больных характеризуется повышенными значениями по шкалам «соматизация» и «обсессивность-компульсивность», снижением показателей по шкалам «межличностной сензитивности», «враждебности», «паранойальности» и «психотизма» опросника SCL-90-R.

3. Психоэмоциональное состояние больных с нарушением двигательных функций соотносится с их полом и возрастом, а именно: выраженность показателей по шкалам «депрессивность», «тревожность», «фобическая тревожность», «соматизация» выше у женщин в целом, причем женщины пожилого возраста демонстрируют достоверно более высокие показатели по шкале «депрессивность».

Литература

1. Реабилитация больных с травматической болезнью спинного мозга / под общ. ред. Г.Е. Ивановой, В.В. Крылова, М.Б. Цыкунова, Б.А. Поляева. М. : Московские учебники и картолитграфия, 2010. 640 с.
2. Образовательная программа по депрессивным расстройствам (редакция 2008 г.). Т. 2: Депрессия и соматические заболевания / перевод на русский язык выполнен в Московском НИИ психиатрии ; под ред. В.Н. Краснова. М., 2010. 171 с.
3. Булюбаш И.Д., Морозов И.Н., Приходько М.С. Психологическая реабилитация пациентов с последствиями спинальной травмы. Самара : Бахрах-М, 2011. 272 с.
4. Пакриев С.Г., Ковалев Ю.В. Экспресс-диагностика депрессий // Медицинская психология в России. 2011. № 3. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 03.02.2015).
5. Соколов В.А., Чернобавская М.Н. Психосоматический компонент в патогенезе первичной открытоугольной глаукомы // Глаукома. Журнал НИИ глазных болезней РАМН. 2013. № 3, ч. 2. С. 132–139.

6. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: руководство для врачей. М., 2001. 256 с.
7. Jiang W., Alexander J., Christopher E. et al. Relationship of depression to increased risk of mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure // Arch Intern Med. 2001. Vol. 161, № 15. P. 1849–1856.
8. Тарабрина Н.В., Агарков В.А., Быховец Ю.В. и др. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1: Теория и методы. М. : Когито-Центр, 2007. 208 с.
9. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Ранняя диагностика тревожно-фобических расстройств у подростков в общемедицинской практике: методические рекомендации. СПб., 2012. 23 с.
10. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера. Л. : ЛНИИТЕК, 1976. 18 с.

Поступила в редакцию 04.02.2016 г.; повторно 07.04.2016 г.; принята 26.04.2016 г.

Сведения об авторах:

КУКУШИНА Анастасия Алексеевна, кандидат медицинских наук, руководитель лаборатории медицинской психологии и психотерапии ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы» (ГАУЗ МНПЦ МРВиСМ ДЗ г. Москвы) (Москва, Россия).
E-mail: kukshina@list.ru

КОТЕЛЬНИКОВА Анастасия Владимировна, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник лаборатории медицинской психологии и психотерапии ГАУЗ МНПЦ МРВиСМ ДЗ г. Москвы (Москва, Россия).
E-mail: pav-kotelnikov@ya.ru

ТИХОНОВА Анастасия Сергеевна, медицинский психолог филиала № 3 ГАУЗ МНПЦ МРВиСМ ДЗ г. Москвы (Москва, Россия).
E-mail: seyli1992@list.ru

ГОЗУЛОВ Александр Сергеевич, кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник лаборатории клинической фармакологии и антидопингового контроля ГАУЗ МНПЦ МРВиСМ ДЗ г. Москвы (Москва, Россия).
E-mail: sig29151@umail.ru

AGE AND GENDER CHARACTERISTICS AND PSYCHO-EMOTIONAL STATE OF PATIENTS WITH MOTOR FUNCTION DISORDERS

Siberian journal of psychology, 2016, 60, 120–129. DOI: 10.17223/17267080/60/9

Kukshina Anastasia A., Kotel'nikova Anastasia V., Tikhonova Anastasia S., Gozulov Alexandr S., Moscow Research Center of Medical Rehabilitation and Sports Medicine (Moscow, Russian Federation).

E-mail: kukshina@list.ru; pav-kotelnikov@ya.ru; seyli1992@list.ru; sig29151@umail.ru

Keywords: psycho-emotional state; motor function disorders; somatization; anxiety.

Conditions affecting locomotory organs take various forms, they are characterized by high socioeconomic significance, and are accompanied by psycho-emotional disorders requiring differential correctional approach. In order to study various aspects of psycho-emotional state of patients taking into account their sex (41,0% males and 59,0% females) and age (med = 57,0 and range = 66,0) characteristics, 336 rehabilitation in-patients with various movement disorders were surveyed. The survey covered patients with motor function disorders resulting from acute cerebrovascular disorder (102 (57,3%) females, 76 (42,7%) males), degenerative-dystrophic conditions of the locomotor system (59 (56,1%) females, 46 (43,9%) males), and rheumatic join diseases (38 (71,7%) females, 15 (28,3%) males). The groups were homoge-

nous by their age ($H(2, N = 336) = 2,93; p = 0,23$) and gender ($p = 0,08$ based on Fisher's exact test) composition. The intensity of psychopathological symptoms was diagnosed within three days from the admission to the in-patient clinic using the SCL-90-R questionnaire.

A comparative analysis of the current psycho-emotional state of the patients showed no statistically significant difference between nosological groups. Higher than control scores for "somatisation" and "obsessive-compulsiveness" subscales indicated that, regardless of nosology, limiting one of the fundamental life functions, the locomotor function, was accompanied by distress caused by the physical dysfunction, loss of control, and the sense of helplessness and weakness. At the same time, lower than control scores for "inter-personal sensitivity", "hostility", "paranoid trends", and "psychoticism" subscales could be explained by the positive emotional disposition of the patients towards treatment, and their willingness to collaborate and trust the professionalism of the medical staff. The significance of differences analysis of the level of severity of psychopathological symptoms in males and females showed that their current psycho-emotional state differs according to a number of subscales of the SCL-90-R questionnaire. Thus, females had higher levels of on-going distress, as well as "depressiveness", "anxiety", "phobic anxiety", and "somatisation" scale scores. Statistically significant positive relationship was also revealed between the age and the level of intensity of somatisation ($R = 0,13, p = 0,02$).

References

1. Ivanova, G.E., Krylov, V.V., Tsykunov, M.B. & Polyayev, B.A. (2010) (eds) *Reabilitatsiya bol'nykh s travmaticheskoy boleznyu spinnogo mozga* [Rehabilitation of patients with traumatic spinal cord diseases]. Moscow: Moskovskie uchebniki i kartolitografiya.
2. Krasnov, V.N. (ed.) (2010) *Obrazovatel'naya programma po depressivnym rasstroystvam* [The educational program for depressive disorders]. Vol. 2. Moscow: Moscow Research Institute for Psychiatry.
3. Bulyubash, I.D., Morozov, I.N. & Prikhodko, M.S. (2011) *Psikhologicheskaya reabilitatsiya patsientov s posledstviyami spinal'noy travmy* [Psychological rehabilitation of patients with the consequences of spinal cord injury]. Samara: Bakhrahk-M.
4. Pakriev, S.G. & Kovalev, Yu.V. (2011) *Ekspress-diyagnostika depressii* [The express diagnosis of depression]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii*. 3. [Online] Available from: <http://medpsy.ru>. (Accessed: 3rd February 2015).
5. Sokolov, V.A. & Chernobavskaya, M.N. (2013) Psychosomatic component in primary open-angle glaucoma pathogenesis. *Glaukoma – Glaukoma*. 3(2). pp. 132-139. (In Russian).
6. Smulevich, A.B. (2001) *Depressii v obshchey meditsine: rukovodstvo dlya vrachey* [Depression in General Medicine: A Guide for Physicians]. Moscow: MIA.
7. Jiang, W., Alexander, J., Christopher, E. et al. (2001) Relationship of depression to increased risk of mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure. *Arch Intern Med*. 161(15). pp. 1849-1856.
8. Tarabrina, N.V., Agarkov, V.A., Bykhovets, Yu.V. et al. (2007) *Prakticheskoe rukovodstvo po psikhologii posttravmaticheskogo stressa* [A Practical Guide to Psychology of Post-Traumatic Stress]. Moscow: Kogito-Tsentr.
9. Popov, Yu.V. & Pichikov, A.A. (2012) *Rannaya diagnostika trevozhno-fobicheskikh rasstroystv u podrostkov v obshchemeditsinskoj praktike* [Early diagnosis of anxiety and phobic disorders in adolescents in general practice]. St. Petersburg: [s.n.].
10. Khanin, Yu.L. (1976) *Kratkoe rukovodstvo k primeneniyu shkaly reaktivnoy i lichnostnoy trevozhnosti Ch.D. Spilbergera* [A Brief Guide to the Use of Reactive and Personal Anxiety by Ch.D. Spilberger's scale]. Leninrad: LNIITEK.

Received 04.02.2016;

Revised 07.04.2016;

Accepted 26.04.2016