



Критическое отношение больных к своему состоянию при невротических расстройствах и его прогностическое значение

А.А. Марченко, А.В. Лобачев, П.А. Мананцев

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Минобороны России, г. Санкт-Петербург

Цель исследования: разработка подходов к оценке критического отношения к тяжести состояния у больных с невротическими расстройствами на основе применения психометрических шкал.

Дизайн: открытое сравнительное невыборочное исследование.

Материалы и методы. В исследование вошли больные с расстройствами невротического спектра, обследованные при поступлении по шкалам Clinical Global Impression ($n = 310$). Из них 302 человека были также протестированы с помощью Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D), 287 пациентов — с использованием Hamilton Anxiety Scale (HAMA). Результаты экспертной диагностики тяжести состояния дополнялись данными субъективной его оценки по Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS), по ней обследовали 103 больных, ранее оцененных по обоим экспертным шкалам. Длительность катамнестического наблюдения составила $2,29 \pm 0,64$ года.

Все полученные данные анализировались с прогностических позиций, исследовали их взаимосвязи с динамикой и исходами заболевания. Для оценки исходов служили показатели повторности (за 0 принималось отсутствие повторных госпитализаций и за 1 — их наличие) и интегрального исхода лечения.

Результаты. Изолированная объективная или субъективная оценка тяжести состояния не позволяла прогнозировать динамику невротических расстройств, поэтому больные распределялись по группам тяжести состояния на основании следующих порогов: для HAM-D менее 17 баллов — легкая степень нарушений, 17–22 балла — умеренная, 26 баллов и выше — тяжелая; для HAMA < 16 , 16–22, > 22 ; для подшкалы тревоги HADS < 6 , 6–16, > 16 ; для подшкалы депрессии HADS < 5 , 5–11 и > 11 соответственно. При совпадении обоих диапазонов тяжести критическое отношение к состоянию считали адекватным. Если диапазон, в который попадал показатель субъективной оценки, был выше, чем таковой у объективной, отношение к своему состоянию больного считали переоценкой, а обратное соотношение — недооценкой. Были выявлены значимые связи между наличием повторных госпитализаций в катамнезе и недооценкой депрессивной симптоматики (коэффициент корреляции (КК) = 0,41), а также переоценкой выраженности тревоги (КК = 0,39). Показатели исхода обнаруживали значимые прямые связи с недооценкой депрессии (КК = 0,32) и переоценкой тревоги (КК = 0,37) и обратные — с адекватной оценкой состояния (КК = -0,37).

Заключение. Изучение инсайта с позиций уровневых подходов представляется перспективным при проведении прогностической диагностики у пациентов с невротическими расстройствами, при этом к числу уровневых предикторов неблагоприятного течения невротических расстройств можно отнести высокие показатели по фактору тревоги HAMA, тенденцию к переоценке тяжести тревожных или недооценке депрессивных симптомов.

Ключевые слова: невротические расстройства, оценка критического отношения к тяжести состояния, прогностическое значение, уровневые шкалы.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Марченко А.А., Лобачев А.В., Мананцев П.А. Критическое отношение больных к своему состоянию при невротических расстройствах и его прогностическое значение // Доктор.Ру. 2019. № 1 (156). С. 36–40. DOI: 10.31550/1727-2378-2019-156-1-36-40



Patients' Critical Attitude to Their Condition in Neurotic Disorders and Its Prognostic Significance

A.A. Marchenko, A.V. Lobachev, P.A. Manantsev

S.M. Kirov Military Medical Academy of the Ministry of Defence of the Russian Federation; 3 Bekhterev Str., St. Petersburg, 192019, Russian Federation

Study Objective: Development of approaches to assessment of the critical attitude to the severity of neurotic disorders using psychometric scales.

Study Design: Open comparative randomised study.

Materials and Methods: The study enrolled patients with neurotic disorders who were examined upon admission using the Clinical Global Impression scale ($n = 310$). 302 patients were also examined using the Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D), 287 patients — using the Hamilton Anxiety Scale (HAMA). The experimental diagnostic results for the condition severity were supplemented with subjective evaluation using the Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS) for examination of 103 patients who were previously examined using both expert scales. The follow-up lasted for 2.29 ± 0.64 years.

Лобачев Александр Васильевич — к. м. н., старший преподаватель кафедры организации и тактики медицинской службы ФГБВОУ ВО «ВМА им. С.М. Кирова» Минобороны России. 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6. eLIBRARY.RU SPIN: 4915-8662. E-mail: lobachev_alexand@mail.ru

Мананцев Петр Алексеевич — аспирант кафедры психиатрии ФГБВОУ ВО «ВМА им. С.М. Кирова» Минобороны России. 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6. E-mail: manantsev@mail.ru

Марченко Андрей Александрович — профессор кафедры психиатрии ФГБВОУ ВО «ВМА им. С.М. Кирова» Минобороны России; д. м. н., профессор. 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6. eLIBRARY.RU SPIN: 1693-5580. E-mail: andrew.marchenko1995@yandex.ru

All data obtained were analysed in the prognostic point of view; their correlation with disease dynamics and outcome were assessed. Outcomes were evaluated using the rate of recurrence (where 0 was no repeated hospitalisation and 1 was repeated hospitalisations) and integral therapy outcome.

Study Results: Isolated objective and subjective assessment of the condition severity did not allow forecasting the neurotic disorder dynamics, therefore patients were divided into severity groups on the basis of the following threshold values: for HAMD less than 17 points — mild disorder, 17–22 points — moderate disorder, 26+ points — severe disorder; for HAMA < 16, 16–22, > 22; for HADS anxiety subscale < 6, 6–16, > 16; for HADS depression subscale < 5, 5–11, and > 11, respectively. When both severity ranges coincided, the critical attitude to the condition was seen as adequate. If the range with the subjective assessment was higher than that with the objective evaluation, patient's attitude to his/her condition was seen as overevaluated, otherwise it was underevaluated. Significant correlations between repeated hospitalisations during follow-up and underestimated depressive symptoms (correlation factor (CF) = 0.41) and overevaluated anxiety (CF = 0.39) were identified. Outcomes demonstrated significant direct relationships with depression underestimation (CF = 0.32) and anxiety overestimation (CF = 0.37), and inverse relationships with the adequate condition evaluation (CF = –0.37).

Conclusion: Insight observation using a levelled approach seems to be a perspective for prognostic diagnostics of patients with neurotic disorders; and the level predictors of poor neurotic disorder outcome may include high rates of HAMA anxiety factor, a trend to overestimate the anxiety severity and underestimate symptoms of depression.

Keywords: neurotic disorders, assessment of the critical attitude to condition severity, prognostic significance, levelled scales.

The authors declare that they do not have any conflict of interests.

For reference: Marchenko A.A., Lobachev A.V., Manantsev P.A. Patients' Critical Attitude to Their Condition in Neurotic Disorders and Its Prognostic Significance. Doctor.Ru. 2019; 1(156): 36–40. DOI: 10.31550/1727-2378-2019-156-1-36–40

Впервые термин «инсайт» был введен одним из основоположников гештальтпсихологии В. Келером еще в 1917 г., но, несмотря на столетнюю историю научных дискуссий по поводу наполнения содержанием этого термина, все они вращаются вокруг четырех ключевых вопросов, отражающих осознание больным того, что: а) он страдает психическим расстройством; б) он нуждается в лечении; в) его симптомы — признаки патологии; г) причины симптомов — в его заболевании [1]. Хотя инсайт рассматривается как один из значимых факторов, предопределяющих эффективность терапии больных с психическими расстройствами, данные дискуссии обычно не выходят за рамки обсуждения полноты и точности определения инсайта, вклада тех или иных составляющих в его структуру, а также его связи с комплаенсом и копингами [2, 3]. При этом основные усилия исследователей фокусируются на изучении больных с психозами, а нарушения пограничного уровня, если и анализируются, то, как правило, психологами и психотерапевтами-психоаналитиками [4]. И хотя зачастую критическое отношение к своему состоянию у таких больных квалифицируется как «формальное», «поверхностное» или «недостаточное», внятные критерии для подобных заключений в литературе не приводятся.

Еще больше противоречий наблюдается в подходах к квантификации инсайта. При этом все существующие инструменты его оценки (например, The Scale to Assess the Unawareness of Mental Disorder, The Insight and Treatment Attitudes Questionnaire, The Schedule for the Assessment of Insight Expanded [4], шкала когнитивного инсайта А. Бека [5]) ориентированы исключительно на оценку осознания факта болезни, но не позволяют определить правильность осознания его тяжести.

В качестве возможного решения проблемы некоторые авторы предлагали использовать анализ взаимоотношений объективных и субъективных оценок психического состояния [6, 7]. Однако конкретные алгоритмы такого анализа не представлены. При этом следует учитывать, что в научной литературе ранее неоднократно описывались различные нормативные параметры для основных клинометрических шкал. Так, считается, что для здоровых субъектов они составляют по шкале Hamilton Rating Scale for Depression 17 (HAMD-17) 3 балла, а по Montgomery — Åsberg Depression Rating Scale — 4 балла, для выборки пациентов с пограничными нарушениями в состоянии ремиссии эти показате-

ли — соответственно 10 и 7 баллов и т. п. Однако использование в экспертных целях указанных диагностических коридоров все еще требует их валидации на референтной выборке.

Поэтому **целью данного исследования** стала разработка подходов к оценке критического отношения к тяжести состояния у больных с расстройствами невротического спектра на основе применения психометрических шкал.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе клиники психиатрии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова с 2006 по 2012 г. Проанализированы результаты обследования 310 пациентов, проходивших стационарное лечение. В исследование включались больные, у которых по результатам обследования при первом обращении устанавливался окончательный диагноз невротического расстройства по классификации МКБ-10 или невротического состояния, невроза по МКБ-9. Распределение обследованных по диагностическим рубрикам (по данным историй болезни) было следующим: депрессивный невроз — 66 (21,3%) случаев, тревожно-фобические расстройства — 44 (14,2%), паническое расстройство — 29 (9,4%), генерализованное тревожное расстройство и смешанное тревожное и депрессивное расстройство — 22 (7,1%), расстройства адаптации — 87 (28,1%), посттравматическое стрессовое расстройство — 27 (8,7%), конверсионные и соматоформные расстройства (для укрупнения выборки объединены в одну группу) — 20 (6,4%), невращения — 15 (4,8%).

Возраст обследованных варьировал от 22 до 53 лет (в среднем $35,3 \pm 7,2$ года), средняя длительность заболевания — $31,7 \pm 39,8$ месяца. За всеми больными осуществляли катамнестическое наблюдение, средний срок которого составил $2,29 \pm 0,64$ года, при этом у 229 (73,9%) человек оно сопровождалось контрольным осмотром.

Для идентификации нормативных параметров объективной тяжести симптоматики определялись квартильные значения по уровневым шкалам в сопоставлении с результатами обследования по шкале общего клинического впечатления (Clinical Global Impression — CGI), на основании которой предварительно распределяли пациентов при их поступлении на лечение по группам тяжести. При этом оценки по CGI были сгруппированы следующим образом: 0–1 балл — наличие патологии сомнительно, 2–3 балла — легкая степень

нарушений, 4–5 баллов — нарушения умеренной степени, 6–7 баллов — тяжелая степень нарушений.

Оценка тяжести депрессивных нарушений проводилась у 302 из 310 больных по шкале депрессии Гамильтона (HAMD). Использовалась 17-пунктная версия шкалы, при этом дополнительно рассчитывался ряд клиниметрических индексов: фактор тревоги (пункты 10–13, 15 и 17), ядерный фактор депрессии (пункты 1, 2, 3, 7 и 8), фактор Майера (подшкала ключевых симптомов депрессии — пункты 1, 2, 7–9 и 10), а также факторы заторможенности (пункты 1, 7, 8 и 14), нарушений сна (пункты 4–6) и фактор меланхолии Бека (пункты 1, 2, 7, 8, 10, 13) [8].

Выраженность тревожной симптоматики по шкале тревоги Гамильтона (Hamilton Anxiety Scale — HAMA) изучали у 287 человек.

Результаты экспертной диагностики тяжести состояния дополнялись данными субъективной его оценки по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (Hospital Anxiety And Depression Scale — HADS), по ней обследовали 103 больных, ранее оцененных по обоим экспертным шкалам (HAMD и HAMA) [8].

Все полученные данные анализировались с прогностических позиций, исследовали их взаимосвязи с динамикой и исходами заболевания. Для оценки исходов служили показатели повторности (за 0 принималось отсутствие повторных госпитализаций и за 1 — их наличие) и интегрального исхода лечения. Для характеристики последнего за основу были взяты клинические критерии, предложенные В.Я. Семке [9]: 1 — выздоровление (полная редукция симптоматики и восстановление социального и трудового статусов), 2 — неполное выздоровление (наличие отдельных симптомов при достаточном уровне реституции социального и трудового статусов), 3 — отсутствие выздоровления (отсутствие заметной динамики невротической симптоматики при прежнем уровне нарушений социальной адаптации).

Статистическая обработка результатов клинических исследований выполнена с использованием пакета прикладных программ Statistica 7.0 for Windows. При этом вычислялись среднegrupповые и квартильные значения аргументов, дисперсия, кривизна и эксцесс. Распределение считали нормальным при величине последних двух параметров < 2. Достоверность различий между показателями различных групп оценивалась для параметрических данных на основании t-критерия Стьюдента, для непараметрических — по t-критерию Вилкоксона при зависимых выборках и по U-критерию Манна — Уитни при независимых. В релевантных случаях рассчитывался критерий χ^2 Фишера с поправкой Йетса при $N < 10$. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$ (использовались модули Basic Statistics and Nonparametric Statistics программы Statistica 7.0 for Windows). Корреляционный анализ проводили по методу Пирсона для параметрических данных и Спирмена для непараметрических с применением соответствующих модулей программы Statistica 7.0 for Windows.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В результате оценки степени тяжести депрессивных проявлений по шкале CGI из 302 больных, оцененных по шкале HAMD, в первую группу отнесены 25 (8,3%), во вторую — 41 (13,6%), в третью — 149 (49,3%) и в четвертую — 87 (28,8%) человек. При определении среднegrupповых суммарных показателей по шкале HAMD установлено, что значения 14–17 баллов соответствовали легкой

степени нарушений, 17–22 балла — умеренной, 26 баллов и выше — тяжелой (табл. 1). Так как диапазоны квартильных коридоров для средней и тяжелой степени расстройств не пересекались, представлялось допустимым принять среднее значение 24 балла для разграничения этих уровней. Таким образом, суммарный показатель меньше 17 соответствовал легкой, а больше 24 баллов — тяжелой степени выраженности нарушений.

287 участников, обследованных с помощью НАМА, распределены на группы по выраженности тревожных проявлений по шкале CGI следующим образом: первая группа включала в себя 13 (4,5%) больных, вторая — 63 (22,0%), третья — 158 (55,0%), четвертая — 53 (18,5%). Пороговые коридоры для шкалы тревоги Гамильтона (НАМА) составили 10–16 баллов для легких расстройств, 14–20 — для умеренных и более 23 баллов — для тяжелых. При использовании того же метода выбора среднего для пересекающихся и непересекающихся квартильных значений были получены следующие пороговые значения: менее 16 баллов — легкая степень расстройств, 16–22 балла — умеренная и выше 22 баллов — тяжелая.

Вместе с тем прогностическая значимость уровневой оценки при поступлении в стационар по шкалам HAMD и НАМА была невысокой. Из представленных в таблице 2 данных видно, что из всех проанализированных параметров лишь по фактору соматической тревоги шкалы НАМА наблюдалось статистически значимое различие между больными с наличием и отсутствием повторных госпитализаций.

Аналогичным образом и субъективная оценка тяжести нарушений сама по себе не позволяла определять прогноз динамики заболевания: значимых различий между больными с наличием и отсутствием повторных госпитализаций в катанезе не было (табл. 3).

Не обнаружены значимые связи объективных и субъективных показателей тяжести и с интегральной характеристикой исхода по критериям В.Я. Семке (1 — выздоровление, 2 — неполное выздоровление, 3 — отсутствие улучшения): для первых коэффициенты корреляции Спирмена составили по шкале HAMD 0,09, по шкале НАМА — -0,03,

Таблица 1

Диапазоны тяжести невротических расстройств по клиническим шкалам у больных при поступлении в стационар, баллы

Степени тяжести нарушений	M ± SD	Нижний квартиль	Верхний квартиль
<i>HAMD</i>			
Отсутствие нарушений	7,4 ± 3,6	5,0	10,0
Легкая степень	15,7 ± 1,8	14,0	17,0
Умеренная степень	19,4 ± 3,7	17,0	22,0
Тяжелая степень	28,1 ± 4,8	26,0	31,0
<i>НАМА</i>			
Отсутствие нарушений	4,5 ± 2,6	3,0	7,0
Легкая степень	12,8 ± 4,0	10,0	16,0
Умеренная степень	17,4 ± 4,6	14,0	20,0
Тяжелая степень	25,2 ± 4,4	23,0	28,0

Примечание. Здесь и в таблицах 2, 5: HAMD — Hamilton Rating Scale for Depression, HAMA — Hamilton Anxiety Scale.

Таблица 2

Показатели выраженности симптоматики по шкалам оценки тревоги и депрессии Гамильтона при поступлении в стационар у больных с последующими повторными госпитализациями и без них, баллы (M ± SD)

Показатели	Больные с повторными госпитализациями в катамнезе	Больные без повторных госпитализаций в катамнезе
<i>HAMD</i>		
Фактор тревоги	8,1 ± 2,8	8,6 ± 2,8
Ядерный фактор депрессии	6,2 ± 3,0	6,0 ± 3,2
Фактор Майера	8,4 ± 3,0	8,4 ± 3,2
Фактор меланхолии Бека	9,0 ± 3,0	8,9 ± 3,2
Фактор заторможенности	5,9 ± 2,3	6,0 ± 2,4
Фактор нарушений сна	3,5 ± 1,6	3,5 ± 1,7
Суммарный показатель по шкале HAMD	20,5 ± 6,8	21,0 ± 7,2
Суммарный показатель по Montgomery — Åsberg Depression Rating Scale	27,6 ± 8,2	27,9 ± 8,6
<i>HAMA</i>		
Фактор психической тревоги	11,5 ± 2,5	11,7 ± 2,4
Фактор соматической тревоги	6,4 ± 1,2	5,2 ± 1,1*
Суммарный показатель по шкале HAMA	18,0 ± 4,3	16,9 ± 4,4

* Отличие от больных с повторными госпитализациями статистически значимо (p < 0,05) (по критерию Стьюдента).

для вторых — 0,17 и 0,29 соответственно (все коэффициенты недостоверны).

Далее больные были распределены по группам в зависимости от субъективной тяжести симптоматики на основании пороговых значений верхнего и нижнего квартиля по субшкалам тревоги и депрессии HADS (табл. 4). Они составили: для подшкалы тревоги менее 6 баллов — легкая степень нарушений, 6–16 баллов — средняя степень, более 16 баллов — тяжелая; для подшкалы депрессии — менее 5 баллов, 5–11 баллов и более 11 баллов соответственно.

Таблица 3

Показатели субъективной тяжести симптоматики по субшкалам Госпитальной шкалы тревоги и депрессии при поступлении в стационар у больных с последующими повторными госпитализациями и без них, баллы (M ± SD)

Подшкалы	Больные с повторными госпитализациями в катамнезе	Больные без повторных госпитализаций в катамнезе
Подшкала тревоги	10,2 ± 6,4	11,8 ± 5,1
Подшкала депрессии	7,8 ± 3,6	8,8 ± 3,9

Таблица 4

Показатели средней тяжести симптоматики согласно субъективной оценке по субшкалам Госпитальной шкалы тревоги и депрессии при поступлении в стационар и их квартильные значения, баллы

Подшкалы	M ± SD	Нижний квартиль	Верхний квартиль
Подшкала тревоги	11,04 ± 5,60	6,0	16,0
Подшкала депрессии	8,24 ± 3,94	5,0	11,0

Установленные степени субъективной тяжести состояния были сопоставлены с аналогичными объективными индексами, полученными по шкалам HAMA и HAMD. При совпадении обоих диапазонов тяжести (например, легкая степень по субъективной шкале и легкая степень по объективной) критическое отношение к состоянию считали адекватным. Если диапазон, в который попадал показатель субъективной оценки, был выше, чем таковой у объективной, отношение к своему состоянию больного считали переоценкой, а обратное соотношение — недооценкой.

При этом выявлено, что благоприятная динамика невротических расстройств сопровождалась более адекватным восприятием болезни, при неблагоприятной же отмечалась тенденция к переоценке тяжести тревожных либо недооценке депрессивных симптомов (табл. 5).

Таблица 5

Распределение больных с повторными госпитализациями и без них по характеру соответствия субъективной и объективной оценок состояния, n (%)

Оценка тяжести состояния	При сопоставлении субшкалы депрессии Hospital Anxiety And Depression Scale со шкалой HAMD		При сопоставлении субшкалы тревоги Hospital Anxiety And Depression Scale со шкалой HAMA	
	без повторных госпитализаций (n = 73)	с повторными госпитализациями (n = 30)	без повторных госпитализаций (n = 65)	с повторными госпитализациями (n = 38)
Адекватная	44 (60,3)	12 (40,0)	46 (70,8)	19 (50,0)
Недооценка	15 (20,5)	10 (33,3)	10 (15,4)	7 (18,4)
Переоценка	14 (19,2)	8 (26,7)	9 (13,8)	12 (31,6)

Эти выводы были подтверждены с помощью корреляционного анализа, в ходе которого найдены значимые связи между показателем повторности госпитализации и недооценкой депрессивной симптоматики (коэффициент корреляции (КК) = 0,41), а также переоценкой выраженности тревоги (КК = 0,39). Показатели исхода также обнаруживали значимые прямые связи с недооценкой депрессии (КК = 0,32) и переоценкой тревоги (КК = 0,37) и обратные — с адекватной оценкой состояния (КК = -0,37) (для всех коэффициентов $p < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучение инсайта с позиций уровневого подхода представляется перспективным при проведении прогностической диагностики у пациентов с невротическими расстройствами, при этом, к числу уровневых предикторов неблагоприятного течения невротических расстройств можно отнести высокие показатели по фактору тревоги Hamilton Anxiety Scale и тенденцию к переоценке тяжести тревожных или недооценке депрессивных симптомов.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Ибрагимов Д.Ф. Понятие инсайта и критики в психиатрии (обзор данных литературы). Психиатрия и психофармакотерапия. Журн. им. П.Б. Ганнушкина. 2007; 2: 17–21. [Ibragimov D.F. Popyatiye insayta i kritiki v psixiatrii (obzor dannykh literatury). Psixhiatriya i psikhofarmakoterapiya. Zhurn. im. P.B. Gannushkina. 2007; 2: 17–21. (in Russian)]
2. Лутова Н.Б., Петровская И.Н., Вид В.Д. Сознание болезни и комплаенс больных психозами. Обзор. психиатр. и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. 2014; 1: 10–15. [Lutova N.B., Petrovskaya I.N., Vid V.D. Soznaniye bolezni i komplayyens bol'nykh psikhozami. Obozr. psixhiatr. i med. psikhologii im. V.M. Bekhtereva. 2014; 1: 10–15. (in Russian)]
3. Рассказова Е.И. Отношение к психопатологическому опыту и совладание при психических заболеваниях: проблема когнитивного инсайта. В кн.: Психология стресса и совладающего поведения: ресурсы, здоровье, развитие: материалы IV Междунар. науч. конф. Кострома, 22–24 сент. 2016 г. Кострома; 2016: 151–4. [Rasskazova Ye.I. Otnosheniye k psikhopatologicheskomu opytu i sovladaniye pri psikhicheskikh zabolevaniyakh: problema kognitivnogo insayta. V kn.: Psixologiya stressa i sovladayushchego povedeniya: resursy, zdorov'ye, razvitiye: materialy IV Mezhdunar. nauch. konf. Kostroma, 22–24 sent. 2016 g. Kostroma; 2016: 151–4. (in Russian)]
4. Иржевская В.П., Рупчев Г.Е., Тхостов А.Ш., Морозова М.А. Проблема инсайта в современной патопсихологии. Вopr. психологии. 2008; 2: 143–51. [Irzhevskaya V.P., Rupchev G.Ye., Tkhostov A.Sh., Morozova M.A. Problema insayta v sovremennoy patopsikhologii. Vopr. psikhologii. 2008; 2: 143–51. (in Russian)]
5. Рассказова Е.И., Плужников И.В. Психодиагностика уровня когнитивного инсайта: результаты апробации русскоязычной версии шкалы когнитивного инсайта А. Бека. Психологические

- исследования. 2013; 6(28): 6. <http://psystudy.ru/index.php/num/2013v6n28/805-rasskazova28.html> (дата обращения — 08.06.2018). [Rasskazova Ye.I., Pluzhnikov I.V. Psikhodiagnostika urovnya kognitivnogo insayta: rezul'taty aprobat'sii russkoazychnoy versii shkaly kognitivnogo insayta A. Beka. Psikhologicheskiye issledovaniya. 2013; 6(28): 6. <http://psystudy.ru/index.php/num/2013v6n28/805-rasskazova28.html> (data obrashcheniya — 08.06.2018). (in Russian)]
6. Арбузов А.Л. Многоосевая оценка психического состояния военнослужащих с депрессивными расстройствами: Дис. ... канд. мед. наук. СПб.; 2001. 162 с. [Arbuzov A.L. Mnogoosevaya otsenka psikhicheskogo sostoyaniya voyennosluzhashchikh s depressivnymi rasstroystvami: Dis. ... kand. med. nauk. SPb.; 2001. 162 s. (in Russian)]
 7. Чугунов Д.Н. Сравнительный анализ клинического и экспериментально-психологического подходов к оценке уровня депрессии у больных с соматоформными депрессиями. Обзор. психиатр. мед. психол. им. В.М. Бехтерева. 2004; 1(4): 59–62. [Chugunov D.N. Sravnitel'nyy analiz klinicheskogo i eksperimental'nopsikhologicheskogo podkhodov k otsenke urovnya depressii u bol'nykh s somatoformnymi depressiyami. Obozr. psixhiatr. med. psikhol. im. V.M. Bekhtereva. 2004; 1(4): 59–62. (in Russian)]
 8. Дмитриева Т.Б., Краснов В.Н., Незанов Н.Г., Семке В.Я., Туганов А.С., ред. Психиатрия: национальное руководство. М.: GEOTAR-Media; 2009. 1000 с. [Dmitrieva T.B., Krasnov V.N., Neznanov N.G., Semke V.Ya., Tiganov A.S., red. Psixhiatriya. Natsional'noye rukovodstvo. M.: GEOTAR-Media; 2009. 1000 s. (in Russian)]
 9. Семке В.Я. О возможностях патогенетической терапии истерии. Журн. невропатолог. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 1981; 81(3): 420–5. [Semke V.Ya. O vozmozhnostyakh patogeneticheskoy terapii isterii. Zhurn. nevropatolog. i psixhiatr. im. S.S. Korsakova. 1981; 81(3): 420–5. (in Russian)]

ЧИТАЙТЕ
Доктор.Ру

в научной
электронной
библиотеке
eLIBRARY.RU

По всем интересующим вас вопросам
звоните в редакцию «Доктор.Ру»
по тел.: + 7 (495) 580-09-96

Импакт-
фактор
РИНЦ 2017:
0,402



Реклама