

ПРЕДИКТОРЫ ВКЛЮЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ В РАЗЛИЧНЫЕ ПРОГРАММЫ ПСИХОКОРРЕКЦИИ

¹ Московский научно-практический центр медицинской реабилитации,
восстановительной и спортивной медицины
(Россия, Москва, ул. Земляной вал, д. 53);

² Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина
(Россия, Москва, Каширское шоссе, д. 23)

Целью исследования было выявление психодиагностических предикторов включения пациентов с нарушениями двигательных функций в различные программы психокоррекции на этапе восстановительного лечения и реабилитации. Были обследованы больные с двигательными нарушениями, получавшие восстановительное лечение (121 человек). Консультация медицинского психолога включала в себя клиническую беседу и диагностическую сессию с использованием психологических опросников SCL-90-R (исследование характеристик психического состояния и оценка уровня текущего дистресса), SF-36 (оценка качества жизни, связанного со здоровьем) и визуальной аналоговой шкалы оценки самочувствия. По итогам первичной диагностики 47 пациентам была рекомендована психологическая коррекция, 74 не нуждались в психологическом сопровождении и составили «группу сравнения». После повторной консультации 33 пациента из 47 были включены в группу «психокоррекция», 14 из 47 высказали психотерапевтический запрос и вошли в группу «психотерапия». По результатам исследования шкала «Рольное эмоциональное функционирование» опросника SF-36 и шкалы «Соматизация» и «Общий индекс тяжести дистресса» опросника

✉ Кукшина Анастасия Алексеевна – канд. мед. наук, зав. лаб. мед. психологии и психотерапии, Моск. науч.-практ. центр мед. реабилитации, восстановит. и спорт. медицины (Россия, 107120, Москва, ул. Земляной вал, д. 53), e-mail: kukshina@list.ru;

Котельникова Анастасия Владимировна – канд. психол. наук, ст. науч. сотр. лаб. мед. психологии и психотерапии, Моск. науч.-практ. центр мед. реабилитации, восстановит. и спорт. медицины (Россия, 107120, Москва, ул. Земляной вал, д. 53), e-mail: pav-kotelnikov@ya.ru;

Верещагина Дарья Анатольевна – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. лаб. мед. психологии и психотерапии, Моск. науч.-практ. центр мед. реабилитации, восстановит. и спорт. медицины (Россия, 107120, Москва, ул. Земляной вал, д. 53), e-mail: adel1137@yandex.ru;

Ткаченко Галина Андреевна – канд. психол. наук, мед. психолог, Науч.-исслед. ин-т клинич. онкологии Рос. онкол. науч. центра им. Н.Н. Блохина (Россия, 115478, Москва, Каширское ш., д. 23), e-mail: mitg71@mail.ru.

SCL-90-R могут стать основой формирования названных трех уровней психокоррекционных групп.

Ключевые слова: клиническая (медицинская) психология, психологическая коррекция, нарушения двигательных функций, SCL-90-R, SF-36, визуальная аналоговая шкала.

Введение

Двигательная активность – необходимое условие существования человеческого организма. Нарушение двигательной активности вследствие различных причин ставит перед реабилитологами широкий круг задач, в том числе касающихся психореабилитации. Ограничения двигательной активности, сопутствующие целому ряду заболеваний, фрустрируют одну из основных потребностей человеческого организма – потребность в движении – и приводят к серьезным психологическим проблемам: переживанию чувств бессилия, беспомощности, отчаяния, стыда, утраты человеческого достоинства [1].

В многочисленных отечественных и зарубежных исследованиях показано наличие психологической составляющей в формировании, течении и исходе соматического заболевания [8, 10]. Как правило, преимущественное внимание в литературе акцентируется на расстройствах тревожно-депрессивного спектра и подходах к их медикаментозной и немедикаментозной коррекции [7, 9, 11]. Однако признание самого факта необходимости оказания психологической помощи еще не гарантирует ее эффективности, поскольку в условиях продолжающейся оптимизации современного здравоохранения открытым остается вопрос о том, как именно, по каким критериям среди разнообразия форм и методов [2] выбрать именно тот вариант психокоррекции, который будет сочетать в себе эргономичность реабилитационного процесса и индивидуальный подход к личности больного.

В предыдущей нашей статье [4] было показано, что используемые диагностические опросники SF-36, SCL-90-R и визуальная аналоговая шкала оценки самочувствия (ВАШ) являются эффективными средствами диагностики и динамической оценки психического состояния у пациентов с нарушениями двигательных функций. Учитывая ограниченность медицинского психолога во времени, отведенном на работу с пациентом, была предпринята попытка сконцентрировать внимание специалиста на основных факторах, достоверно определяющих необходимость включения пациентов в программы психологической коррекции.

Цель данного исследования – выявить психодиагностические предикторы включения пациентов с нарушениями двигательных функций в программы психокоррекции на этапе медицинской реабилитации и восстановительного лечения.

Материал и методы

В исследование был включен 121 больной, получавший восстановительное лечение в филиале № 3 Московского научно-практического центра медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения Москвы по поводу двигательных нарушений различной этиологии, развившихся на фоне дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов, дорсопатий или перенесенного ОНМК. Возраст пациентов составил – $(54,5 \pm 9,7)$ года, женщин было 85 (70,2 %), мужчин – 36 (29,8 %).

При поступлении в стационар на основании действующего регламента в индивидуальный реабилитационный план этих больных лечащим врачом была назначена консультация медицинского психолога, которая включала в себя клиническую беседу и диагностическую сессию с использованием психологических опросников:

– SCL-90-R [12], который предназначен для исследования характеристик психического состояния и оценки уровня текущего дистресса и состоит из 10 шкал: шкала соматизации (SOM); шкала обсессивности – компульсивности (O-C); шкала межличностной сензитивности (INT); шкала депрессии (DEP); шкала тревожности (ANX); шкала враждебности (HOS); шкала фобии (PHOB); шкала паранойяльных тенденций (PAR); шкала психотизма (PSY); общий индекс тяжести дистресса (GSI);

– SF-36 [6] – рекомендованный международными протоколами опросник оценки качества жизни (КЖ), связанного со здоровьем, состоящий из 36 вопросов, объединенных в 8 шкал, отражающих психическую и физическую составляющие: физическое функционирование (PF); ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP); интенсивность боли (BP); общее состояние здоровья (GH); жизненная активность (VT); социальное функционирование (SF); ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE); психическое здоровье (MH);

– методику ВАШ, широко используемую в здравоохранении [13].

Диагностические методики были отобраны, исходя из их полифакторной структуры, открывающей широкие возможности в плане детализа-

ции различных аспектов функционирования психики пациента в контексте длительно текущего заболевания. Пациенты давали информированное письменное согласие на участие в исследовании.

Математико-статистическую обработку осуществили в программном пакете Statistica 10.0. Использовали дискриминантный анализ, однофакторный дисперсионный анализ, оценку достоверности различий между двумя выборочными средними проводили по t-критерию Стьюдента.

Результаты и их анализ

По итогам первичной диагностики 47 пациентам (38,8 %) рекомендовано психологическое сопровождение в виде посещения групп психологической коррекции. Содержанием психокоррекционной работы была информационно-разъяснительная работа, организованная по типу «Школы пациента» в соответствии с нозологической спецификой заболеваний; групповые занятия с использованием различного рода релаксационных техник в сочетании с соматосенсорной стимуляцией, направленных на создание условий для снижения эмоционального напряжения, выработку навыков саморегуляции, формирование внутренних средств контроля и управления текущим состоянием; индивидуальные сессии полимодальной психотерапии с использованием когнитивно-бихевиоральных, телесно-ориентированных, арт-терапевтических и других техник.

По итогам повторной консультации психолога, проведенной после психокоррекционных мероприятий пациентам, сформировавшим в процессе работы в группе психотерапевтический запрос, были назначены индивидуальные сессии полимодальной психотерапии (рис. 1). Таким образом, 33 (27,2 %) пациента включены в группу с условным названием «психокоррекция» (2-я группа), 14 (11,6 %) пациентов – в группу «психотерапия» (3-я группа). При выписке из стационара эффективность различного рода психологического сопровождения инструментально оценивалась. Не нуждавшиеся в психологическом сопровождении 74 (61,2 %) пациента составили «группу сравнения» (1-я группа).

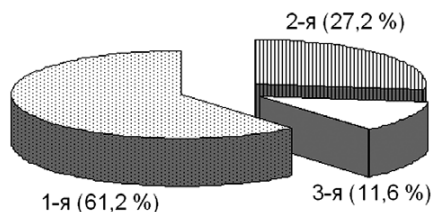


Рис. 1. Распределение пациентов по группам

На следующем этапе работы осуществлялся поиск психодиагностических предикторов включения пациентов с нарушениями двигательных функций в программы психокоррекции. К эмпирическим данным, полученным в результате первичной консультации психолога, была применена процедура дискриминантного анализа, основная задача которого – создание классификации объектов на основании имеющихся признаков [3]. В данном случае количественная интерпретация результатов анализа позволила прояснить вопрос о том, насколько достоверно могут быть различены исследовательские группы на основании характеристик текущего психического состояния, КЖ, субъективного ощущения самочувствия.

Как переменные-предикторы в анализ включались данные методик SCL-90-R, SF-36, ВАШ – всего 17 характеристик. В качестве зависимой переменной рассматривалась классификация исследовательских групп с точки зрения применяемых видов психокоррекционного воздействия. Применялся стандартный метод дискриминантного анализа. В результате были определены 2 дискриминантные функции, каждая из которых объяснила 71 и 29 % дисперсии зависимой переменной соответственно. Обе дискриминантные функции являются статистически значимыми, поскольку критерий λ -Уилкса ($\lambda = 0,38$) является значимым как для 1-й ($\chi^2_{36} = 105,4$; $p = 0,001$), так и для 2-й функции ($\lambda = 0,73$, $\chi^2_{17} = 34,4$; $p = 0,008$).

С учетом результатов однофакторного дисперсионного анализа дискриминантных переменных было произведено ранжирование предикторов по возрастанию уровня статистической достоверности и убыванию значения статистики F-удаления, что позволяет выделить наиболее существенные: предикторы с самым статистически высоким уровнем значимости и самым большим значением статистики F-удаления считаются лучшими дискриминаторами [3]. Результаты ранжирования представлены в табл. 1.

Из представленных в табл. 1 результатов ранжирования видно, что количество переменных-предикторов может быть сокращено с 17 до 8, поскольку на достоверном уровне статистической значимости ($p \leq 0,05$) различают исследовательские группы только следующие характеристики: RE, PSY, SOM, GSI, SF, ANX, O-C, DEP. При этом, с учетом количественных критериев выборки, наиболее существенными следует считать те переменные-предикторы, у которых уровень статистической достоверности максимальный, при $p \leq 0,001$ [5]. Таковыми являются RE, PSY, SOM, GSI, причем в качестве наиболее значимого из вероятных предикторов, лучше

всего различающего три группы ($F = 14,28$, $p = 0,001$), может быть выделена шкала RE опросника SF-36.

Таблица 1

Ранжирование переменных-предикторов по уровню
статистической достоверности

Предиктор	F-удаления	p =
RE	14,28	0,001
PSY	6,26	0,003
SOM	6,13	0,003
GSI	5,19	0,007
SF	4,84	0,01
PHOB	4,83	0,01
O-C	4,07	0,02
DEP	4,02	0,02
MH	2,92	0,06
ANX	2,64	0,08
PF	1,95	0,15
PAR	1,71	0,19
HOS	0,88	0,42
BAII	0,63	0,54
GH	0,35	0,71
RP	0,19	0,83
INT	0,11	0,89
BP	0,03	0,97
VT	0,01	0,99

Первая дискриминантная функция максимально дифференцировала 1-ю группу от остальных исследовательских групп, 2-я дискриминантная функция максимально выделила 2-ю группу. Анализ центроидов (табл. 2) показывает, что на положительном полюсе 1-й функции находится 1-я группа пациентов, на отрицательном – 2-я и 3-я группы, то есть чем больше значение этой функции, тем выше вероятность вхождения больного в 1-ю группу.

На положительном полюсе второй функции находится Группа 2, то есть чем больше значение этой функции, тем выше вероятность отнесения больного к Группе 2.

Таблица 2

Значения дискриминантных функций для групповых центроидов

Группа	Дискриминантная функция	
	1-я	2-я
1-я	0,63	–0,26
2-я	–0,46	0,93
3-я	–2,26	–0,83

Анализ величин структурных коэффициентов дискриминантных функций (табл. 3) показывает, что 1-я функция, дифференцирующая 1-ю группу от остальных исследовательских групп, имеет наиболее высокие положительные корреляции с переменной RE (0,59) и отрицательные корреляции со шкалами SOM (–0,40), PSY (–0,43), GSI (–0,43), DEP (–0,50).

Таблица 3

Значения структурных коэффициентов дискриминантных функций

Предиктор	Дискриминантная функция	
	1-я	2-я
RE	0,59	–0,35
PSY	–0,43	–0,27
SOM	–0,40	–0,01
GSI	–0,43	–0,09

2-я дискриминантная функция имеет единственную высокую отрицательную корреляцию со шкалой RE (–0,35). Таким образом, видно, что показатели по данной шкале при переходе от 1-й ко 2-й дискриминантной функции сохраняют свою значимость и с высокой степенью достоверности могут быть обозначены как основной предиктор включения больного в процесс психореабилитации. Графическое представление описанных результатов представлено на рис. 2.

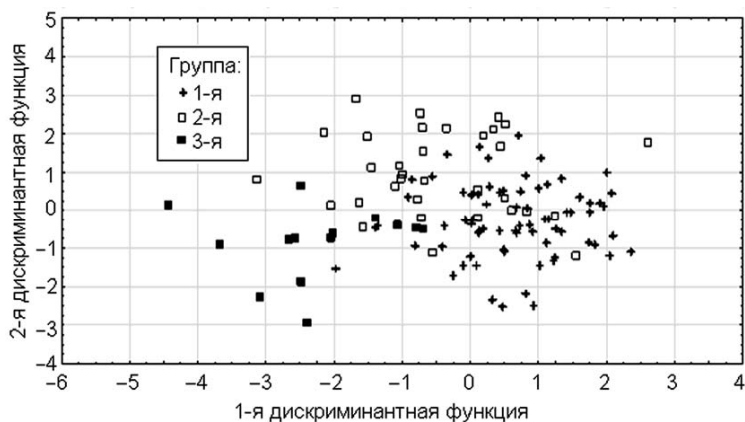


Рис. 2. Результаты дискриминантного анализа
(распределение объектов в пространстве канонических функций)

Дальнейшее привлечение к анализу данных описательной статистики для исследовательских подгрупп и соотнесение их с нормативными данными позволяет рассуждать о некоторых особенностях исследовательских групп. Достоверность различий оценивалась по двустороннему t-критерию Стьюдента. Условно-нормативные данные приведены по результатам валидации методик, при этом совокупная выборка для опросника SCL-90-R составила 1466 человек [13], для опросника SF-36 – 2114 человек [7].

Как следует из представленных данных (табл. 5), средние значения ролевого эмоционального функционирования (RE) опросника SF-36, отражающей степень, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности, у пациентов 1-й группы достоверно не отличается от нормы, у 2-й группы достоверно ниже нормативных данных, у 3-й группы самые низкие показатели, что свидетельствует о наиболее существенных, нуждающихся в более глубокой, нежели на уровне симптома, то есть психотерапевтической, проработке нарушениях психологической составляющей качества жизни, связанного со здоровьем, именно в этой группе пациентов. Кроме того, высокий, по сравнению с нормой, уровень текущего дистресса (шкала GSI опросника SCL-90-R) зарегистрирован также только в 3-й группе.

Таблица 5

Значения шкал-предикторов включения в группах, (M ± SD) балл

Предиктор	Группа				p < 0,001
	1-я	2-я	3-я	норма (4)	
RE	67,3 ± 40,2	26,4 ± 39,8	9,6 ± 20,6	66,5 ± 36,7	2/4; 3/4
PSY	0,2 ± 0,3	0,3 ± 0,3	0,7 ± 0,6	0,4 ± 0,5	1/4
SOM	0,9 ± 0,7	1,2 ± 0,6	1,7 ± 1,0	0,7 ± 0,7	1/4; 2/4; 3/4
GSI	0,5 ± 0,4	0,7 ± 0,5	1,1 ± 0,6	0,6 ± 0,5	3/4

Достоверное превышение по сравнению с нормативными данными результатов обследования по шкале SOM опросника SCL-90-R во всех исследовательских группах вполне предсказуемо, ожидаемо и объяснимо, поскольку психологическое содержание этого предиктора представляет собой некий соматический эквивалент тревожности – дистресс, возникающий из ощущения телесной дисфункции, невозможности, как уже упоминалось выше, полноценно реализовать естественную потребность каждого живого организма, потребность в движении.

Следует заметить, что достоверность различий значений по шкале PSY опросника SCL-90-R в данном случае может не приниматься во внимание, так как имеет инверсивное значение: в 1-й и 2-й группах PSY существенно снижен по сравнению с нормативным значением (см. табл. 5).

Заключительный этап работы был посвящен проверке корректности произведенной классификации и, соответственно, ценности прогноза, которая описывалась в терминах процентной соотнесенности в отношении возможности включения пациента в ту или иную группу психокоррекционного воздействия (табл. 6).

Таблица 6

Прогностическая ценность дискриминантного анализа

Группа	Группа			Корректная классификация, %
	1-я	2-я	3-я	
1-я	66	7	1	89,2
2-я	10	20	3	60,6
3-я	3	1	10	71,4
Общая	74	33	14	73,3

Общая прогностическая ценность проведенного дискриминантного анализа составила 73,3 % (см. табл. 6). Процент корректной классифика-

ции в отношении 1-й группы составил 89,2, 2-й – 60,6, 3-й – 71,4. Выявленные показатели свидетельствуют о высокой прогностической ценности проведенного исследования.

Заключение

Проведенный анализ первичного обследования медицинского психолога позволил в качестве наиболее значимых предикторов для рекомендации к включению в индивидуальный реабилитационный план пациентов с нарушением двигательных функций того или иного вида психокоррекционного воздействия шкалы «Ролевое эмоциональное функционирование, RE» опросника SF-36 и шкал «Соматизация, SOM» и «Общий индекс тяжести дистресса, GSI» опросника SCL-90-R.

Именно эти показатели и могут стать основой формирования трех уровней психокоррекционных групп на этапе медицинской реабилитации и восстановительного лечения: низкий уровень ролевого эмоционального функционирования и высокий уровень текущего дистресса могут послужить своеобразным маркером необходимости для психотерапевтической работы при условии сформированности у пациента психотерапевтического запроса, что может быть достигнуто и в ходе краткосрочных психокоррекционных мероприятий, а также в результате информационно-разъяснительной работы психолога в ходе первичной диагностической сессии.

Литература

1. Булюбаш И.Д., Морозов И.Н., Приходько М.С. Психологическая реабилитация пациентов с последствиями спинальной травмы. – Самара : Бахрах-М, 2011. – 272 с.
2. Избранные лекции по медицинской реабилитации / под ред. А.Н. Разумова, Е.А. Туровой, В.И. Корышева. – Тамбов : Юлис, 2016. – 278 с.
3. Крамер Д. Математическая обработка данных в социальных науках: современные методы : учеб. пособие. – М. : Академия, 2007. – 288 с.
4. Кукшина А.А., Котельникова А.В., Верещагина Д.А., Ткаченко Г.А. Скрининговое использование опросников SCL-90-R, SF-36 и Визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) в процессе психокоррекции у пациентов с нарушениями двигательных функций // Вестн. психотерапии. – 2017. – № 62 (67). – С. 110–123.
5. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования: анализ и интерпретация данных : учеб. пособие. – 3-е изд., стереотип. – СПб. : Речь, 2007. – 392 с.
6. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / под ред. Ю.Л. Шевченко. – 2-е изд. – М. : ОЛМА Медиа групп, 2007. – 320 с.

7. Образовательная программа по депрессивным расстройствам (ред. 2008 г.) : в 3 т. / под ред. В.Н. Краснова. – М. : Моск. НИИ психиатрии, 2010. – Т. 2. Депрессия и соматические заболевания. – 171 с.

8. Пакриев С.Г., Ковалев Ю.В. Экспресс-диагностика депрессий [Электронный ресурс] // Мед. психология в России : электрон. науч. журн. – 2011. – № 3. – URL: <http://medpsy.ru>.

9. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Ранняя диагностика тревожно-фобических расстройств у подростков в общемедицинской практике : метод. рекомендации. – СПб. : С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им В.М. Бехтерева, 2012. – 22 с.

10. Соколов В.А., Чернобавская М.Н. Психосоматический компонент в патогенезе первичной открытоугольной глаукомы // Глаукома. Журн. НИИ глазных болезней РАМН. – 2013. – № 3, ч. 2. – С. 132–139.

11. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине : руководство для врачей. – М. : Мед. информ. аг-во, 2007. – 256 с.

12. Тарабрина Н.В., Агарков В.А., Быховец Ю.В. [и др.]. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. – М. : Когито-центр, 2007. – Ч. 1. Теория и методы. – 208 с.

13. Ягудина Р.И., Куликов А.Ю., Литвиненко М.М. QALY: история, методология и будущее метода // Фармакоэкономика. – 2010. – Т. 3, № 1. – С. 7–11.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Поступила 11.07.2017

Для цитирования. Кукшина А.А., Котельникова А.В., Верещагина Д.А., Ткаченко Г.А. Предикторы включения пациентов с нарушениями двигательных функций в различные программы психокоррекции // Вестн. психотерапии. 2017. № 63 (68). С. 64–76.

PREDICTORS OF THE INCLUSION OF PATIENTS WITH MOVEMENT DISORDERS IN VARIOUS PSYCHOCORRECTION PROGRAMS

Kukshina A.A.¹, Kotel'nikova A.V.¹, Verechshagina D.A.¹, Tkachenko G.A.²

¹ Moscow Research Center of Medical Rehabilitation and Sports Medicine
(Zemljanoj Val Str., 53, Moscow, Russia)

² Russian Cancer Research Center named. N. Blokhin
(Kashirskoye road, 23, Moscow, Russia)

✉ Anastasiya Alekseevna Kukshina – PhD Med. Sci., manager of Laboratory of Medical Psychology and Psychotherapy, Moscow Research Center of Medical Rehabilitation and Sports Medicine (Zemljanoj Val Str., 53, Moscow, 105120, Russia); e-mail: kukshina@list.ru;

Anastasiya Vladimirovna Kotelnikova – PhD Psychol. Sci., the senior research assistant of Laboratory of Medical Psychology and Psychotherapy, Moscow Research Center of Medical Rehabilitation and Sports Medicine (Zemljanoj Val Str., 53, Moscow, 105120, Russia), e-mail: pav-kotelnikov@ya.ru;

Dar'ya Anatol'evna Vereshchagina – PhD Med. Sci., the senior research assistant of Laboratory of Medical Psychology and Psychotherapy, Moscow Research Center of Medical Rehabilitation and Sports Medicine (Zemljanoj Val Str., 53, Moscow, 105120, Russia), e-mail: adel1137@yandex.ru;

Galina Andreevna Tkachenko – PhD Psychol. Sci., clinical psychologist Clinical Oncology, Russian Cancer Research Center named N. Blokhin (Kashirskoye road, 23, Moscow, 115478, Russia); e-mail: mitg71@mail.ru.

Abstract. The aim of the research was to identify psychodiagnostic predictors of inclusion of patients with movement disorders in various programs of psychocorrection at the stage of restorative treatment and rehabilitation. 121 patients with movement disorders receiving recovery treatment were included in the study. The psychological consultation consisted of clinical interview and diagnostic session used psychological questionnaires SCL-90-R (study of the characteristics of psycho-emotional state and assessment of the level of current distress), SF-36 (assessment of quality of life related with health) and visual analogue scale of health evaluation. Based on the results of the primary diagnostics, for 47 patients was recommended psychological correction, 74 patients did not need psychological help and made up «a control group». After repeated consultations 33 patients out of 47 were included in the group «psychocorrection», 14 out of 47 expressed psychotherapeutic request and were included in the group «psychotherapy». According to the results of the study, the scale «Role emotional functioning» of questionnaire SF-36 and the scales «Somatization» and «General severity index of distress» of questionnaire SCL-90-R can become the basis for the formation of these three levels of psychocorrectional groups.

Keywords: clinical (medical) psychology, psychological correction, movement disorders, SCL-90-R, SF-36, visual analogue scale.

References

1. Bulyubash I.D., Morozov I.N., Prihod'ko M.S. Psikhologicheskaya reabilitatsiya patsientov s posledstviyami spinal'noi travmy [Psychological rehabilitation of patients with consequences of spinal cord injury]. Samara. 2011. 272 p. (In Russ.)
2. Izbrannye lektsii po meditsinskoj reabilitatsii. Eds.: A.N. Razumov, E.A. Turov, V.I. Koryshev [Selected lectures on medical rehabilitation]. Tambov. 2016. 278 p. (In Russ.)
3. Kramer D. Matematicheskaya obrabotka dannykh v sotsial'nykh naukakh: sovremennyye metody [Mathematical processing of data in the social sciences: modern methods: a textbook for university students]. Moskva. 2007. 288 p. (In Russ.)
4. Kukshina A.A., Kotelnikova A.V., Vereshchagina D.A., Tkachenko G.A. Skringovoe ispol'zovanie oprosnikov SCL-90-r, SF-36 i vizual'noi analogovoi shkaly v protsesse psikhokorreksii u patsientov s narusheniyami dvigatel'nykh funktsii [Screening use of questionnaires SCL-90-R, SF-36 and visual analogue scale in the

process of psychocorrection of the patients with movement disorder]. *Vestnik psikhoterapii*. [The Bulletin of Psychotherapy]. 2017. N 62. Pp. 110–123. (In Russ.)

5. Nasledov A.D. Matematicheskie metody psikhologicheskogo issledovaniya. Analiz i interpretatsiya dannykh [Mathematical methods of psychological research. Analysis and interpretation of data]. Sankt-Peterburg. 2007. 392 p. (In Russ.)

6. Novik A.A., Ionova T.I. Rukovodstvo po issledovaniyu kachestva zhizni v meditsine [Guide to the study of quality of life in medicine]. Ed.: Yu.L. Shevchenko. Moskva. 2007. 320 p. (In Russ.)

7. Obrazovatel'naya programma po depressivnym rasstroistvam (redaktsiya 2008 g.) [Educational program for depressive disorders (revised 2008)]. In 3 Vol. Ed. V.N. Krasnov. Moskva. 2010. Vol. 2. Depressiya i somaticheskie zabolevaniya [Depression and somatic diseases]. 171 p. (In Russ.)

8. Pakriev S.G., Kovalev Yu.V. Ekspress-diagnostics depressii [Express diagnostics of depressions] [Electronic resource]. *Meditinskaya psikhologiya v Rossii* [Medical psychology in Russia]. 2011. N 3. URL: <http://medpsy.ru>. (In Russ.)

9. Popov Yu.V., Pichikov A.A. Rannaya diagnostika trevozhno-fobicheskikh rasstroistv u podrostkov v obshchemeditsinskoj praktike [Early diagnosis of anxiety and phobic disorders in adolescents in General practice]. Sankt-Peterburg. 2012. 22 p. (In Russ.)

10. Sokolov V.A., Chernobavskaya M.N. Psikosomaticheskii komponent v patogeneze pervichnoi otkrytougol'noi glaukomy [Psychosomatic component in the pathogenesis of primary open-angle glaucoma]. *Glaukoma*. [Glaucoma]. 2013. N 3, Pt. 2. Pp. 132–139. (In Russ.)

11. Smulevich A.B. Depressii v obshchei meditsine: rukovodstvo dlya vrachei [Depression in general medicine: a guide for physicians]. Moskva. 2007. 256 p. (In Russ.)

12. Tarabrina N.V., Agarkov V.A., Bykhovets Yu.V. [et al.]. Prakticheskoe rukovodstvo po psikhologii posttravmaticheskogo stressa [Practical Guide to the psychology of post-traumatic stress. Part 1. Theory and methods]. Moskva. 2007. Pt. 1. Teoriya i metody [Teoriya i metody]. 208 p. (In Russ.)

13. Yagudina R.I., Kulikov A.Yu., Litvinenko M.M. QALY: istoriya, metodologiya i budushchee metoda [QALY: history, methodology and future of the method]. *Farmakoeconomika* [Pharmacoeconomics]. 2010. Vol. 3, N 1. Pp. 7–11. (In Russ.)

Received 11.07.2017

For citing: Kukshina A.A., Kotel'nikova A.V., Vereshchagina D.A., Tkachenko G.A. Prediktory vklucheniya patsientov s narusheniyami dvigatel'nykh funktsii v razlichnye programmy psikhokorreksii. *Vestnik psikhoterapii*. 2017. N 63. Pp. 64–76. (In Russ.)

Kukshina A.A., Kotel'nikova A.V., Verechshagina D.A., Tkachenko G.A. Predictors of the inclusion of patients with movement disorders in various psychocorrection programs. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2017. N 63. Pp. 64–76.