

УДК 159.964.2

*Медицинская психология*

## **ДИАГНОСТИКА АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ, КОМОРБИДНЫХ С КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ. ВОЗМОЖНОСТИ И ТРУДНОСТИ.**

**Карпухина Е.В., Карпухин И.Б., Мюллер А.С., Голев Е.А., Тришкова О.И.**

В статье представлены особенности клинических проявлений у пациентов с сердечно-сосудистой патологией, коморбидной с аффективными расстройствами непсихотического спектра. Тревожные и депрессивные расстройства значительно ухудшают течение сердечно-сосудистых заболеваний и прогноз при них, что требует своевременной диагностики на этапах первичной медицинской помощи. Поэтому каждый терапевт и кардиолог должен обладать навыками дифференциальной диагностики аффективных расстройств, знать специфические симптомы, указанные в статье. Умение пользоваться специализированными опросниками и шкалами, а также навык интерпретации полученных данных помогут в ранней диагностике тревожных и депрессивных расстройств у соматических пациентов, в том числе с сердечно-сосудистой патологией. Такой подход позволит оптимизировать оказание медицинской помощи данной категории пациентов и добиться более высоких результатов их лечения.

**Ключевые слова:** аффективные расстройства, депрессия, тревожное расстройство, сердечно-сосудистая патология, диагностика, опросник, шкала.

## **DIAGNOSTICS OF AFFECTIVE DISORDERS, COMORBIDAL WITH CARDIOVASCULAR PATHOLOGY. OPPORTUNITIES AND DIFFICULTIES.**

**E.V. Karpukhina, I.B. Karpukhin, A.S. Mueller, E.A. Golev, O.I. Trishkova.**

The article presents features of clinical manifestations in patients with cardiovascular pathology, comorbidal with affective disorders of the non-psychotic spectrum. Anxiety and depression disorders significantly worsen the course of cardiovascular disease and prognosis in them, which requires timely diagnosis at the stages of primary care. Therefore, each therapist and cardiologist should have the skills of differential diagnosis of affective disorders, know the specific symptoms described in this article. Ability to use specialized questionnaires and scales, as well as the ability to interpret the data will help in early diagnosis of anxiety and depression disorders in somatic patients, including cardiovascular disease. This approach will optimize the provision of medical care to this category of patients and achieve better results in their treatment.

**Keywords:** affective disorders, depression, anxiety disorder, cardiovascular pathology, diagnostics, questionnaire, scale.

### **Введение**

Своевременная диагностика депрессивных и тревожных расстройств при сердечно-сосудистых заболеваниях также жизненно необходима для пациента, как и выполнение стандартов диагностики и лечения соматической патологии [1, 2, 3, 4, 10, 11]. Но, в связи с этим возникают многие трудности. Больной с психической патологией – это не классический соматический пациент. Он совершенно по-другому трактует свои соматические ощущения и предъявляет специфические жалобы. Многие пациенты, особенно это касается мужского пола, считают, что депрессия – это не болезнь, а своеобразное проявление слабости.

Существует негативное влияние депрессии на болевое восприятие. Одним из классических проявлений депрессий у пациентов (особенно пожилых) считается усиление жалоб на имеющиеся соматические проявления. Подобные психологические реакции, действительно,

следует относить на счет усиления проявлений соматической болезни и переживание своих симптомов с пессимизмом и отчаянием.

Грамотный врач может заподозрить депрессивные расстройства у пациента (который не предъявляет активных жалоб на снижение настроения), когда видит, что соматотропная терапия, назначенная в соответствии со стандартами медицинской помощи и реально примененная, не оказывает ожидаемого эффекта [12, 13, 16, 17].

### **Результаты исследования**

Для депрессивных расстройств характерно значительно нарушение когнитивных функций. В научных работах отмечается, что около половины пациентов отмечают отрицательное влияние депрессивного расстройства на познавательную сферу. При изучении когнитивных функций оцениваются функции памяти (запоминание, сохранение и воспроизведение информации), возможности концентрации внимания, праксис (способность к формированию знаний и навыков и применению их на практике), восприятие и гнозис (способность строить и опознавать на основе перцептивной информации определенные образы, сопоставлять их с уже имеющимися представлениями). Нарушения в когнитивной сфере также могут заметно усложнить диагностику имеющихся у пациента заболеваний. [6, 18]

Очень часто в медицинской практике случается неправильная оценка соотношения психических и соматических симптомов в клиническую картину пациента. Если врач имеет объективные данные о патологических нарушениях внутренних органов, то как правило, это дает повод объяснить весь симптомокомплекс в рамках одного заболевания. Такой подход приводит к гиподиагностике функциональных и психопатологических расстройств. Возможна и обратная ситуация, когда недооценивается соматическое заболевание, и вся клиническая картина объясняется психическим расстройством. Подобные диагностические ошибки в обоих случаях приводят к неадекватному лечению и имеет неблагоприятные и тяжелые последствия [12, 13, 16, 17].

Для патогенеза депрессии очень характерна соматизация клинической картины. И получается, что у большинства пациентов соматические и психические составляющие неразрывно связаны в общей структуре депрессивного расстройства. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра – тревожные и соматоформные расстройства рассматриваются в разных рубриках. В разделе «Депрессивные расстройства» (F32, F33 МКБ-10) совершенно не присутствуют соматизированные симптомы. Подобная ситуация диктует необходимость разработку новых диагностических критериев соматизированного аффективного расстройства. В Американской классификации последнего пересмотра DSM-5 (2013) уже существует рубрика «Психическое расстройство с преобладанием соматических

симптомов», которая соответствует клиническому описанию соматизированного расстройства, ипохондрии и недифференцированного соматоформного расстройства.

Большая часть исследователей считают, что соматизация связана с депрессивными жалобами, но многие не согласны с такой концепцией. Они считают, что соматизация ассоциирована с широким спектром различных психопатологических симптомов.

Наиболее действенным методом диагностики коморбидных состояний является междисциплинарный подход с формированием полипрофессиональных команд. Консультация квалифицированного психиатра всегда поможет в распознавании аффективных расстройств при кардиологической патологии. В настоящее время мы имеем основные и дополнительные диагностические критерии депрессивного синдрома. К основным симптомам относятся: 1) снижение настроения, проявляющееся почти ежедневно и длящееся большую часть дня; 2) снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями; 3) ощущение снижения жизненных сил и повышенная утомляемость. Дополнительные симптомы: 1) снижение способности к сосредоточению и концентрации внимания; 2) снижение самооценки и чувство неуверенности в себе; 3) идеи самоуничтожения и/или виновности; 4) мрачное и пессимистическое видение будущего; 5) суицидальное поведение или мысли; 6) расстройства сна; 7) сниженный аппетит. Для постановки диагноза депрессивного синдрома необходимо не менее четырех симптомов, при этом должно присутствовать не менее одного из основных; и длительность симптомов не менее 2 недель;

При проведении диагностики аффективных расстройств особое внимание стоит уделить проявлениям тревоги [13]. В настоящее время для российской психиатрической службы характерно трактовать симптомы тревоги как проявления других психических расстройств или реакцию на стрессогенные ситуации. Как самостоятельное заболевание тревожное расстройство тревога диагностируется в России реже, чем специалистами других стран. Однако многочисленные научные исследования, проводимые во всем мире в течение последних десятилетий, предоставляют убедительные доказательства возможности самостоятельного существования тревожных расстройств.

В МКБ-10 существует отдельная рубрика «Смешанное тревожное и депрессивное расстройство» (F41.2), которая входит в категорию «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» и относится к аффективным расстройствам непсихотического спектра. Чаще всего тревожно-депрессивное расстройство встречается в общемедицинской сети. Но диагностические критерии этого расстройства до сих пор четко не сформулированы. Существует общее определение, которое утверждает, что клиническое состояние пациентов в этих ситуациях соответствует тревожной депрессии (нестойкой или легкой). Клиника

характеризуется сочетанием депрессивной и тревожной симптоматики в присутствии нескольких вегетативных симптомов. При этом сочетанное тревожно-депрессивное расстройство диагностируется только в случае, если существует примерное равновесие симптомов обоих расстройств.

В США принята другая классификация (DSM-V). В ней существует диагностический кластер «Тревожные расстройства», где приводятся четкие диагностические критерии. Тревожным расстройством считается персистирующая или периодически возникающее расстройство настроения с чертами дисфории длительностью не менее 1 месяц и выявлением 4 или более из 10 характерных симптомов. К этим симптомам относятся: 1) затруднения концентрации внимания; 2) нарушения сна (затрудненное засыпание, сонливость или беспокойный, не приносящий отдыха сон); 3) чувство слабости или утраты энергии; 4) раздражительность; 5) беспокойство; 6) плаксивость; 7) склонность к чрезмерным опасениям; 8) ожидание худшего; 9) безнадежность (глубокий пессимизм в отношении будущего); 10) низкая самооценка или чувство собственной малоценности.

Большинство лиц с психическими расстройствами лечатся в общемедицинской сети и чаще всего, в первичном ее звене. Специалисты первичной сети наблюдают в два раза больше пациентов с нарушениями психики, чем психиатры. Это объясняется особенностями в деятельности психиатрической службы: неудобства, связанные с длительным ожиданием и опасения стигматизации. Получается, что у существенной части больных, обратившихся в первичную медицинскую сеть, диагностируются психические расстройства – от 20 до 50%. При этом аффективные расстройства непсихотического спектра относятся к наиболее распространенным психическими нарушениями у этой категории пациентов [5, 8, 15]. При разработке современных способов осуществления своевременной психиатрической помощи была предложена консультационная связь. Она легко осуществляется с помощью электронных технологий. Особенно востребованными оказались видеоконференции, особенно в отдаленных районах в условиях ограниченных ресурсов.

В связи с тем, что аффективные расстройства влияют на кардиоваскулярный прогноз, Российское кардиологическое общество посчитало целесообразным проведение скрининга с помощью стандартизованных опросников у лиц с высоким сердечно-сосудистым риском и пациентов с ССЗ [1, 9, 19]. Скрининг тревожных и депрессивных расстройств может проводиться с помощью стандартизованных опросников, валидизированных в России. Одним из наиболее надежных скрининговых психодиагностических инструментов для общемедицинской сети является госпитальная шкала тревоги и депрессии (HARDS). Другим признанным психометрическим методом для выявления депрессии является применение опросника PHQ-2-9. Шкала HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale-HARDS) обладает

высокой дискриминантной валидностью в отношении определения риска сразу двух расстройств — тревога и депрессия и хорошо коррелирует с другими психометрическими инструментами. Например, при сравнении данного опросника с широко используемым на практике опросником для оценки общего здоровья General Health Questionnaire (GHQ-30) для прогностической оценки случаев смерти от всех причин, получили сопоставимые данные, которые сохранялись после коррекции на наиболее важные факторы риска. Исследование проводится лечащим врачом. Результаты тестирования нельзя рассматривать, как клинический диагноз, а только как оценку уровня выявленных нарушений. В случаях клинически выраженных симптомов депрессии или тревоги больные должны быть направлены на консультацию к профильному специалисту - психотерапевту или психиатру. Кроме того, хорошо себя зарекомендовала такие шкалы, как CIDRS, шкала тревоги и депрессии Бека и шкалы Гамильтона (модифицированные по новым оценочным критериям на основе модели Раша [2, 4, 9, 11].

### **Обсуждение и заключения**

Для своевременного выявления аффективных расстройств у соматических пациентов необходимо обучение врачей всех специальностей методам скрининговой диагностики, что возможно осуществить даже дистанционно, обеспечив широкий охват специалистов профессионального врачебного сообщества [14].

Трудности диагностики при коморбидной психической и кардиологической патологией приводят к тому, что не более 10% пациентов получают необходимую помощь. Большое количество больных подвергаются повторным обследованиям, а их лечение так и остается неэффективным. Хотя, по данным ВОЗ, две трети назначений психотропных препаратов осуществляют не неврологи и психиатры, а врачи других специальностей [7].

### **Список использованных источников**

1. Замотина Т.С., Сорокина Д.В., Карпухина Е.В., Карпухин И.Б., Аффективные расстройства у пациентов с гипертонической болезнью. / В книге: Сборник тезисов VI Всероссийской конференции молодых ученых и студентов с международным участием. 2020. С. 165-167.
2. Кардиоваскулярная профилактика 2017. Российские национальные рекомендации. // Российский кардиологический журнал. 2018. 23(6).
3. Карпухина Е.В. Лечебная тактика и качество жизни больных с острым коронарным синдромом//Нижегородский медицинский журнал. 2003. № 3-4. С. 62-65.

4. Карпухина Е.В., Григорьева Н.Ю., Мельниченко О.В., Некрасов А.А., Карпухин И.Б., Коллектив авторов ФГБОУ ВО «ПИМУ», Амбулаторно-поликлиническое ведение пациентов с ишемической болезнью сердца / Минздрава России. Нижний Новгород, 2019.
5. Карпухина Е.В., Карпухин И.Б., Психические расстройства при ишемической болезни сердца. Лечение сочетанной патологии. // Сибирский Медицинский Журнал. том 26. 2011. приложение 1. Тезисы конгресса «Психосоциальные факторы и внутренние болезни» С. 129-130.
6. Карпухин И.Б., Применение коаксила (тианептина) у лиц пожилого возраста при сочетании легких когнитивных и депрессивно-тревожных расстройств. / Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2008. Т. 108. № 1. С. 36-39.
7. Карпухин И.Б., Карпухина Е.В., Виноградова Ю.А., Мажухин С.А., Шепель Б.О., Алескерова Э.Э.К., Зыкова Е.Д., Малюгина П.Н., Удовлетворенность качеством оказания психиатрических медицинских услуг в РФ // Нижегородский психологический альманах. 2018. № 2. С. 188-195.
8. Карпухин И.Б., Карпухина Е.В., Тимощенко М.В., Сафарова А.С.К., Влияние аффективных расстройств на течение кардиоваскулярной патологии. Возможности терапии// Нижегородский психологический альманах. 2018. № 2. С. 147-154.
9. Коморбидная патология в клинической практике. Клинические рекомендации. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2017. 16(6).
10. Кузнецов А.Н., Карпухина Е.В., Карпухин И.Б., Мельниченко О.В., ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА: СТАБИЛЬНЫЕ ФОРМЫ / Нижний Новгород, 2013. (2-е издание, исправленное и дополненное)
11. Некрасов А.А., Карпухина Е.В., Григорьева Н.Ю., Мельниченко О.В., Карпухин И.Б., Амбулаторно-поликлиническое ведение пациентов с артериальной гипертензией: учебное пособие / Н. Новгород: Издательство ПИМУ, 2019. – 50с.
12. Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Колтунов И.Е. и соавт., Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз сердечно-сосудистых заболеваний и снижает продолжительность жизни больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца. // Кардиология. 2011. №2. С. 59-66.
13. Погосова Н.В., Бойцов С.А., Курсаков А.А. и соавт. Стресс, тревожные и депрессивные состояния у пациентов первичной медико-санитарной практики в 30 городах России.// Психические расстройства в общей медицине. 2018; №3–4. С. 14–20
14. Смирнова Ж.В., Груздева М.Л., Красикова О.Г. Открытые электронные курсы в образовательной деятельности вуза // Вестник Мининского университета. 2017; № 4 (21). С. 3.

15. Сорокина Д.В., Замотина Т.С., Карпухина Е.В., Карпухин И.Б., Распространенность депрессивных и тревожных расстройств и влияние их на качество жизни у пациентов с различными формами ишемической болезни сердца. / В книге: Сборник тезисов V Всероссийской конференции молодых ученых и студентов с международным участием. Материалы конференции. 2019. С. 228-230.
16. Celano C.M., Huffman J.C. Depression and cardiac disease: a review // *Cardiol. Rev.* – 2011. – Vol. 19, № 3. – P. 130-142.
17. Halaris A. Inflammation-Associated Co-morbidity Between Depression and Cardiovascular Disease. *Current topics in behavioral neurosciences*, 2017; 3145-70.
18. Karpukhin I.B, USE OF COAXIL (TIANEPTINE) IN ELDERLY PATIENTS WITH COMBINED MILD COGNITIVE AND DEPRESSIVE-ANXIETY DISORDERS. /*Neuroscience and Behavioral Physiology*. 2009. T. 39. № 1. С. 53-56.
19. Smarr K.L., Keefer A.L. Measures of depression and depressive symptoms: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) // *Arthritis Care Res. (Hoboken)*. – 2011. – Vol. 63, № 11. – P. 454-466.

## References

1. Zamotina T.S., Sorokina D.V., Karpuhina E.V., Karpuhin I.B., Affektivnye rasstrojstva u pacientov s gipertonicheskoj boleznyu. / V knige: Sbornik tezisov VI Vserossijskoj konferencii molodyh uchenyh i studentov s mezhdunarodnym uchastiem. 2020. S. 165-167. (in Russian)
  2. Kardiovaskulyarnaya profilaktika 2017. Rossijskie nacional'nye rekomendacii. // *Rossijskij kardiologicheskij zhurnal*. 2018. 23(6). (in Russian)
  3. Karpuhina E.V. Lechebnaya taktika i kachestvo zhizni bol'nyh s ostrym koronarnym sindromom//*Nizhegorodskij medicinskij zhurnal*. 2003. № 3-4. S. 62-65. (in Russian)
  4. Karpuhina E.V., Grigor'eva N.Yu., Mel'nichenko O.V., Nekrasov A.A., Karpuhin I.B., Kollektiv avtorov FGBOU VO «PIMU», Ambulatorno-poliklinicheskoe vedenie pacientov s ishemicheskoj boleznyu serdca / *Minzdrava Rossii. Nizhnij Novgorod*, 2019. (in Russian)
  5. Karpuhina E.V, Karpuhin I.B., Psihicheskie rasstrojstva pri ishemicheskoj bolezni serdca. Lechenie sochetannoj patologii. // *Sibirskij Medicinskij Zhurnal*. tom 26. 2011. prilozhenie 1. Tezisy kongressa «Psihosocial'nye faktory i vnutrennie bolezni» S. 129-130. (in Russian)
  6. Karpuhin I.B., PRIMENENIE KOAKSILA (TIANEPTINA) U LIC POZHILOGO VOZRASTA PRI SOCHETANII LEGKIH KOGNITIVNYH I DEPRESSIVNO-TREVOZHNYH RASSTROJSTV. / *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. C.C. Korsakova*. 2008. T. 108. № 1. S. 36-39. (in Russian)
-

7. Karpuhin I.B., Karpuhina E.V., Vinogradova Yu.A., Mazhuhin S.A., Shepel' B.O., Aleskerova E.E.K., Zykova E.D., Malyugina P.N., Udovletvorennost' kachestvom okazaniya psichiatricheskikh medicinskih uslug v RF // Nizhegorodskij psihologicheskij al'manah. 2018. № 2. S. 188-195. (in Russian)
  8. Karpuhin I.B., Karpuhina E.V., Timoshchenko M.V., Safarova A.S.K., Vliyanie affektivnyh rasstrojstv na techenie kardiovaskulyarnoj patologii. Vozmozhnosti terapii// Nizhegorodskij psihologicheskij al'manah. 2018. № 2. S. 147-154. (in Russian)
  9. Kuznetsov A.N., Karpukhina E.V., Karpukhin I.B., Melnichenko O.V., Ischemic heart disease: stable forms / Nizhny Novgorod, 2013. (2nd edition, revised and enlarged) (in Russian)
  10. Komorbidnaya patologiya v klinicheskoy praktike. Klinicheskie rekomendacii. // Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika. 2017. 16(6). (in Russian)
  11. Nekrasov A.A., Karpuhina E.V., Grigor'eva N.Yu., Mel'nichenko O.V., Karpuhin I.B., Ambulatorno-poliklinicheskoe vedenie pacientov s arterial'noj gipertenziej: uchebnoe posobie / N. Novgorod: Izdatel'stvo PIMU, 2019. – 50s. (in Russian)
  12. Oganov R.G., Pogosova G.V., Koltunov I.E. i soavt., Depressivnaya simptomatika uhadshaet prognoz serdechno-sosudistyh zabolevanij i snizhaet prodolzhitel'nost' zhizni bol'nyh arterial'noj gipertoniej i ishemicheskoy boleznyu serdca. // Kardiologiya. 2011. №2. S. 59-66. (in Russian)
  13. Pogosova N.V., Bojcov S.A., Kursakov A.A. i soavt. Stress, trevozhnye i depressivnye sostoyaniya u pacientov pervichnoj mediko-sanitarnoj praktiki v 30 gorodah Rossii.// Psichicheskie rasstrojstva v obshej medicine. 2018; №3–4. S. 14–20 (in Russian)
  14. Smirnova Zh.V., Gruzdeva M.L., Krasikova O.G. Otkrytye elektronnye kursy v obrazovatel'noj deyatel'nosti vuza // Vestnik Mininskogo universiteta. 2017; № 4 (21). S. 3. (in Russian)
  15. Sorokina D.V., Zamotina T.S., Karpuhina E.V., Karpuhin I.B., Rasprostranennost' depressivnyh i trevozhnyh rasstrojstv i vliyanie ih na kachestvo zhizni u pacientov s razlichnymi formami ishemicheskoy bolezni serdca. / V knige: Sbornik tezisov V Vserossijskoj konferencii molodyh uchenykh i studentov s mezhdunarodnym uchastiem. Materialy konferencii. 2019. S. 228-230. (in Russian)
  16. Celano C.M., Huffman J.C. Depression and cardiac disease: a review // *Cardiol. Rev.* – 2011. – Vol. 19, № 3. – R. 130-142.
  17. Halaris A. Inflammation-Associated Co-morbidity Between Depression and Cardiovascular Disease. *Current topics in behavioral neurosciences*, 2017; 3145-70.
  18. Karpukhin I.B, USE OF COAXIL (TIANEPTINE) IN ELDERLY PATIENTS WITH COMBINED MILD COGNITIVE AND DEPRESSIVE-ANXIETY DISORDERS. /*Neuroscience and Behavioral Physiology*. 2009. T. 39. № 1. S. 53-56.
-

19. Smarr K.L., Keefer A.L. Measures of depression and depressive symptoms: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) // *Arthritis Care Res. (Hoboken)*. – 2011. – Vol. 63, № 11. – R. 454-466.

- 
- 1 *Карпухин Иван Борисович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород, Российская Федерация, e-mail: [karpuchin@rambler.ru](mailto:karpuchin@rambler.ru)*
  - 2 *Карпухина Елена Владимировна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской и поликлинической терапии, Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород, Российская Федерация, e-mail: [alenakarp@rambler.ru](mailto:alenakarp@rambler.ru)*
  - 3 *Мюллер Анастасия Сергеевна, студентка 6 курса лечебного факультета Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород, Российская Федерация, e-mail: [mullerstasy@gmail.com](mailto:mullerstasy@gmail.com)*
  - 4 *Голев Ефим Александрович, студент 6 курса лечебного факультета Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород, Российская Федерация, e-mail: [golevefimnn@gmail.com](mailto:golevefimnn@gmail.com)*
  - 5 *Тришкова Ольга Игоревна, студентка 6 курса лечебного факультета Приволжский исследовательский медицинский университет, Нижний Новгород, Российская Федерация, e-mail: [trishkova.olia@yandex.ru](mailto:trishkova.olia@yandex.ru)*

- 
1. *Karpukhin Ivan Borisovich, the candidate of medical sciences, the associate professor, the Department of Psychiatry, Volga Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russian Federation, e-mail: [karpuchin@rambler.ru](mailto:karpuchin@rambler.ru)*
  2. *Karpukhina Elena Vladimirovna, the candidate of medical sciences, the associate professor, the Department of Faculty and Polyclinic Therapy, Volga Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russian Federation, e-mail: [alenakarp@rambler.ru](mailto:alenakarp@rambler.ru)*
  3. *Mueller Anastasiya Sergeevna, the 6th year student at the Faculty of Medicine, Volga Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russian Federation, e-mail: [mullerstasy@gmail.com](mailto:mullerstasy@gmail.com)*
  4. *Golev Efim Aleksandrovich, the 6th year student at the Faculty of Medicine, Volga Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russian Federation, e-mail: [golevefimnn@gmail.com](mailto:golevefimnn@gmail.com)*

5. *Trishkova Olga Igorevna, the 6th year student at the Faculty of Medicine, Volga Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russian Federation, e-mail: [trishkova.olia@yandex.ru](mailto:trishkova.olia@yandex.ru)*

**19.00.04. Медицинская психология**