

МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ  
В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРИЁМА

Е.А. ЕРИЛИН, Е.Н. АНИСИМОВА, Н.Ю. АНИСИМОВА

*Московский Государственный Медико-Стоматологический Университет имени А.И. Евдокимова  
ул. Делегатская, д. 20, стр. 1, г. Москва, Россия, 127473*

**Аннотация.** Индивидуальный план лечения и особенности взаимодействия с пациентом должны быть определены в зависимости от психоэмоционального состояния больного, что позволит установить взаимоотношения пациента и врача, и повысить качество оказываемой стоматологической помощи, а также минимизировать риски развития конфликтных ситуаций. С целью определения психоэмоциональных отклонений больных используются различные шкалы и опросники, которые обладают определёнными достоинствами и недостатками. Существующие опросники позволяют выявить такие расстройства настроения, как тревожность и депрессивные состояния. Проведен анализ возможных к применению в амбулаторных условиях шкалы ситуативной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина, Госпитальная шкала тревоги и депрессии *HADS*, шкала Занга для самооценки тревоги и самооценки депрессии, симптоматический опросник *SCL-90-R*, шкала клиническая стоматологическая. Диагностика «Синдрома психо-сенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации» позволяет анализировать структуру и выраженность внутренней картины заболевания. Проведение диагностики психоэмоциональных отклонений вышеперечисленными методами занимает большое количество времени, которым не всегда стоматолог обладает, требует использования специальных бланков, необходимости инструктажа больного. Определение преобладания типа психоэмоциональной реакции пациента на предстоящее вмешательство является одним из ключевых факторов успешного стоматологического лечения. Эффективность проведенного лечения во многом зависит от аккуратного выполнения пациентом всех рекомендаций врача, поэтому возникает необходимость в разработке новых способов – устных вопросов для интервьюирования, которые помогут врачу-стоматологу получить необходимую информацию о психоэмоциональном состоянии больных, что позволит определить тактику взаимодействия с пациентом.

**Ключевые слова:** психоэмоциональный статус, психические расстройства, шкалы, опросники, личностная тревожность, ситуативная тревожность, депрессия, дистресс, расстройства настроения, диагностика.

ASSESSMENT METHODS OF PSYCO-EMOTIONAL STATE OF THE PATIENTS IN TERMS  
OF OUTPATIENT DENTAL DEPARTMENT

E.A. ERILIN, E.N. ANISIMOVA, N.YU. ANISIMOVA

*Moscow State A.I. Evdokimov University of Medicine and Dentistry,  
Delegatskaya str., 20/1 Moscow, Russia, 127473*

**Abstract.** Individual treatment plans and interaction with the patient should be determined depending on the psycho-emotional state of a patient, this allows to establish the relationships of the patient and the doctor, and, consequently, the quality of provided dental care as well as to minimize the risks of conflict situations. In order to identify patients with psycho-emotional deviations different scales and questionnaires that have certain advantages and disadvantages are used. Existing questionnaires reveal the mood disorders such as anxiety and depression. There was provided the analysis of State-Trait Anxiety Inventory, Hospital Anxiety and Depression Scale *HADS*, Zung Self-Rating Anxiety and Depression Scales, the Symptom Checklist-90-R, the Dental Clinical Scale, which can be used in outpatient dental department. The diagnostic of the "psycho-sensory-anatomical and functional maladjustment syndrome" or abbreviated "PSAF maladjustment syndrome" allows to analyzing the structure and intensity of the internal picture of the disease. The providing of a diagnostic of psycho-emotional deviations of the above method takes a lot of time, which is not always the dentist has, requires the using of special forms and patient's instruction. The determining of the prevalence of the type of psychological and emotional response of the patient for the next intervention is one of the key factors for successful dental treatment. The effectiveness of the treatment depends a lot on accurate implementation of all recommendations of the physician to the patient, thus there is a need to develop new methods - spoken questions for interviewing patients to help dentist to get the required information about the psycho-emotional state of patients that will determine the tactics of the interaction with the patient.

**Key words:** psycho-emotional status, mental disorders, scales, questionnaires, personal anxiety, situational anxiety, depression, distress, mood disorders, diagnosis.

Успех стоматологического лечения во многом зависит от аккуратного выполнения пациентом всех рекомендаций врача [3]. Выполнение рекомендаций зависит от мотивации пациентов к лечению и их утомления от лечения. У больных с психическими расстройствами утомление, ослабление мотивации, наступает быстрее или изначально имеет низкий уровень [4].

По данным ФГБУ НЦПЗ РАМН, в 1996 году в государственные учреждения страны за психиатрической и наркологической помощью обратились 3 млн. 784 тыс. 423 человека [7]. А в 2009 году, по данным ФГУ «ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского», в государственные учреждения страны обратились уже 7 млн 366,6 тыс. человек [12]. Помимо этого, оценочные данные, полученные в результате проведенного НЦПЗ РАМН эпидемиологического исследования, свидетельствуют о наличии лиц с психическими расстройствами меньшей тяжести, которые не обращаются в психиатрические учреждения, их число составляет около 30 млн. человек, и о лицах с посттравматическими стрессами – около 10 млн. человек [6, 8, 11].

Рост числа психических расстройств отразился и на клинике стоматологических больных. Такие пациенты часто имеют проблемы, связанные со сложностями коммуникации и непредсказуемым поведением, у них могут наблюдаться расстройства настроения [4].

В зависимости от эмоционального состояния пациента должен быть разработан индивидуальный план лечения и определены особенности взаимодействия.

**Цель исследования** – проведение сравнительной оценки используемых методов определения психоэмоционального статуса пациентов в условиях амбулаторного стоматологического приёма.

**Материалы и методы исследования.** Для выявления таких расстройств настроения, как тревожность и депрессивные состояния, традиционно в стоматологии и общей клинической практике используются следующие методы: шкала ситуативной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина; опросник для выявления симптомов депрессии *Prime MD*; госпитальная шкала депрессии и тревоги *HADS*; шкала Занга для самооценки тревоги; шкала Занга для самооценки депрессии; шкала депрессии Бека; шкала Гамильтона для оценки депрессии; симптоматический опросник *SCL-90-R*; *шкала клиническая стоматологическая* (ШКС); диагностика «Синдрома психо-сенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации» или «Синдрома ПСАФ дезадаптации»

*Шкала ситуативной и личностной тревожности* Спилбергера-Ханина предназначена для выявления ситуативной и личностной тревожности при лечении пациентов перед стоматологическим приемом. Ситуативная тревожность понимается как состояние субъекта в данный момент времени и характеризуется субъективно переживаемым напряжением, беспокойством, нервозностью в данной конкретной ситуации. Личностная тревожность – это устойчивая индивидуальная психологическая характеристика, состоящая в повышенной склонности испытывать беспокойство в различных жизненных ситуациях, в том числе и тех, объективные характеристики которых к этому не предрасполагают. Опросник состоит из 2 частей и, соответственно, включает в себя 20 высказываний, относящихся к ситуативной тревожности и 20 высказываний на определение личностной тревожности. В ходе исследования сначала диагностируется ситуативная, а затем личностная тревожность. Тестирование проводится с использованием специальных бланков. Показатели личностной и ситуативной тревожности подсчитываются по соответствующим для каждой шкалы формулам. Результаты диагностики с использованием методики «Шкалы ситуативной и личностной тревожности» интерпретируются по 3 уровням: низкий, средний, высокий уровень тревожности. Интерпретация результатов одинакова для обеих шкал [1].

Опросник, используемый клиническими психологами для выявления симптомов депрессии *Prime MD*, позволяет выявить и определить у пациента симптомы депрессивных расстройств. Оценивается состояние пациента за последние 2 недели. Опросник состоит из 9 вопросов. Первые два вопроса являются оценочными, и, если пациент положительно отвечает на них, то ему предлагается ответить на следующие вопросы [13].

*Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS* предназначена для скринингового выявления тревоги и депрессии у пациентов. Заполнение шкалы не требует продолжительного времени и не вызывает затруднений у пациента, что позволяет рекомендовать ее к использованию врачам общей практики для первичного выявления тревоги и депрессии у пациентов. Шкала составлена из 14 утверждений, обслуживающих 2 подшкалы: тревоги и депрессии. Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 баллов (отсутствие) до 4 (максимальная выраженность). При интерпретации данных выделяются 3 области значений: норма, субклинически выраженная тревога/депрессия, клинически выраженная тревога/депрессия [9].

*Шкала Занга* для самооценки тревоги является инструментом для измерения степени выраженности различных фобий, панических атак и других тревожных расстройств. Оценка тяжести тревожного расстройства по данной шкале проводится на основе самооценки пациента. Применяется в диагностических и клинических исследованиях тревоги, предварительной диагностике и скрининге тревожных расстройств, эпидемиологических исследованиях и клинических испытаниях лекарственных средств. Шкала

содержит 20 утверждений, по каждому из которых исследуемый дает ответ по частоте возникновения у него того или иного признака, ранжированной в четырех градациях: «редко», «иногда», «часто» и «очень часто» (5 пунктов шкалы оценивают аффективные симптомы, остальные 15 — соматические симптомы тревожного расстройства). Шкала заполняется пациентом самостоятельно после краткого инструктирования. Исследуемого просят отметить соответствующие ячейки бланка шкалы, которые точнее всего отражают его состояние за последнюю неделю. По результатам ответов на все 20 пунктов определяется суммарный балл [18].

При помощи *шкалы Занга* испытуемый или врач могут произвести самостоятельное обследование или скрининг депрессии, тест позволяет оценить уровень депрессии пациентов и определить степень депрессивного расстройства, обладает высокой чувствительностью и специфичностью, что позволяет избежать дополнительных экономических и временных затрат, связанных с медицинским обследованием этических проблем. В тестировании учитывается 20 факторов, которые определяют четыре уровня депрессии. В тесте присутствуют десять позитивно сформулированных и десять негативно сформулированных вопросов. Каждый вопрос оценивается по шкале от 1 до 4 (на основе этих ответов: «никогда», «иногда», «часто», «постоянно»). Результаты шкалы могут быть от 20 до 80 баллов. Эти результаты делятся на четыре диапазона: нормальное состояние, лёгкая депрессия, умеренная депрессия, тяжёлая депрессия. Полная процедура тестирования с обработкой занимает 20-30 минут [15].

*Шкала депрессии/опросник Бека* включает в себя 21 категорию симптомов и жалоб, каждая категория состоит из 4-5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного вклада симптома в общую степень тяжести депрессии. В первоначальном варианте методика заполнялась при участии квалифицированного эксперта (психиатра, клинического психолога или социолога), который зачитывал вслух каждый пункт из категории, а после просил пациента выбрать утверждение, наиболее соответствующее его состоянию на текущий момент. Пациенту выдавалась копия опросника, по которому он мог следить за читаемыми экспертом пунктами. На основании ответа пациента исследователь отмечал соответствующий пункт на бланке. В дополнение к результатам тестирования исследователь учитывал анамнестические данные, показатели интеллектуального развития и прочие интересные параметры.

В настоящее время считается, что процедура тестирования может быть упрощена: опросник выдаётся на руки пациенту и заполняется им самостоятельно [14].

*Шкала Гамильтона* для оценки депрессии или клиническое пособие, разработанное для количественной оценки состояния пациентов с депрессивными расстройствами до, во время и после лечения (наблюдения клинической динамики). Помимо широкого использования в клинической практике, данная шкала (*HDRS*) также используется в клинических испытаниях, в которых она является стандартом для определения эффективности медикаментозных средств в лечении депрессивных расстройств. Заполняется клиницистом, имеющим опыт в оценке психического здоровья. Состоящая из 21-го пункта, *HDRS* заполняется при проведении клинического интервью (занимающего примерно 20-25 минут). При заполнении *шкалы Гамильтона* может применяться специально разработанное структурированное клиническое интервью. Пункты шкалы должны отражать состояние пациента в течение последних нескольких дней или предыдущей недели. Посредством повторного и последовательного использования шкалы клиницист может документировать результаты проводимого лечения (медикаментозного или психотерапевтического) [14].

Симптоматический опросник *SCL-90-R* – клиническая тестовая и скрининговая методика, предназначенная для оценки паттернов психологических признаков у психиатрических пациентов и здоровых лиц. *SCL-90-R* включает в себя 90 утверждений, сгруппированных в ряд шкал. Каждый из 90 вопросов оценивается по пятибалльной шкале (от 0 до 4), где 0 соответствует позиция «совсем нет», а 4 – «очень сильно». *SCL-90* (соответственно, и *SCL-90-R*) содержит следующие шкалы: соматизация, обсессивно-компульсивные расстройства (навязчивости), интерперсональная чувствительность, депрессия, тревожность, враждебность, фобии, паранояльность, психотизм, общий индекс тяжести, индекс тяжести наличного дистресса, число беспокоящих симптомов. *SCL-90-R* – методика, предназначенная для определения текущего статуса, не подходит для диагностики личности. Инструкция к методике и её внутренняя суть предполагает изучение именно степени дискомфорта, причиняемого теми или иными симптомами, вне зависимости от того, насколько они выражены в реальности. Кроме того, методика не включает шкалы лжи, и структура не направлена на коррекцию установочных ответов испытуемого, что также должно учитываться при инструктаже и тестировании (хотя шкала психотизма за счёт необычных симптомов, в неё входящих, может использоваться для оценки степени искренности испытуемого и его склонности к аггравации, если заведомо известно об отсутствии психотических расстройств). Основное предназначение шкалы – выявление психологического симптоматического статуса широкого круга лиц, поэтому результаты опросника имеют достаточно приблизительную клиническую значимость, но *SCL-90-R* может применяться достаточно широко. Исключением являются люди, не способные воспринять смысл инструкций, пациенты с деменцией и явно психотическими состояниями [2].

*Шкала клиническая стоматологическая (ШКС) позволяет выявить преобладание у каждого больного одной из 5 основных типов психоэмоциональных реакций на предстоящее стоматологическое вмешательство: астеническую, депрессивную, тревожную, ипохондрическую, истерическую, а также степень выраженности этих реакций. Методика работы со шкалой заключается в том, что врач-стоматолог в процессе опроса при сборе анамнеза больного, оценивая внешний вид пациента, его поведение в кресле и характер ответов на вопросы, отмечает на стандартном бланке степень выраженности каждого из выделенных типов реакций. Затем точки, характеризующие степень выраженности реакций различных типов, соединяются прямыми линиями. Графически изображается профиль психоэмоционального состояния пациента, позволяющий наглядно определить характер и степень выраженности реакции больного на предстоящее стоматологическое лечение. ШКС направлена на оценку кратковременных реакций в специфической стрессовой ситуации, которой у стоматологических больных является предстоящее вмешательство [5].*

*Таблица 1*

**Сравнительная характеристика методов оценки психоэмоционального состояния пациентов**

Метод исследования	Достоинства	Недостатки
Шкала ситуативной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина	Позволяет дифференцировано измерять тревожность и как личностное свойство, и как состояние, связанное с текущей ситуацией	Большой объём исследования (40 вопросов), среднее время проведения 20-30 минут, использование специальных бланков, подсчёт результатов по специальным формулам
Опросник для выявления симптомов депрессии <i>Prime MD</i>	Наличие оценочных вопросов, определение симптомов депрессии, относительно малый объём (9 вопросов)	
Госпитальная шкала депрессии и тревоги <i>HADS</i>	Скрининг тревоги/депрессии, относительно малый объём (7 вопросов на тревогу/депрессию), определение тяжести расстройства, возможность использования электронной версии для устройств системы <i>Android</i>	Использование специальных бланков, среднее время исследования 5-10 минут
Шкала Занга для самооценки тревоги	Самооценка симптомов пациентом, определение тяжести расстройства, высокая чувствительность, специфичность	Большой объём исследования (20 вопросов), среднее время исследования 10-15 минут, необходим предварительный инструктаж больного, специальные бланки
Шкала Занга для самооценки депрессии		
Шкала депрессии Бека	Самооценка симптомов пациентом, определение тяжести расстройства, высокая чувствительность, специфичность	Большой объём исследования (21 вопрос), среднее время исследования 15-20 минут, необходим предварительный инструктаж больного, специальные бланки
Шкала Гамильтона для оценки депрессии	Определение тяжести расстройства, высокая чувствительность, специфичность	Большой объём исследования (21 вопрос), среднее время исследования 20-25 минут, необходим предварительный инструктаж больного, специальные бланки, заполняется клиницистом
Симптоматический опросник <i>SCL-90-R</i>	Оценка паттернов психологических признаков у пациентов	Большой объём исследования (90 вопросов), среднее время проведения исследования 70 минут, предварительный инструктаж больного, навик
Шкала клиническая стоматологическая ШКС	Определение преобладания типа психоэмоциональной реакции пациента на предстоящее вмешательство	Специальный бланк, составление графиков
Синдром ПСАФ дезадаптации	Самооценка симптомов пациентом, составления плана лечения в зависимости от преобладающего кластера	Специальные бланки, обучение персонала работе с методикой, распределение персоналом жалоб пациента в соответствии с кластерами

Диагностика «Синдрома психо-сенсорно-анатомио-функциональной дезадаптации» или сокращённо «Синдрома ПСАФ дезадаптации» позволяет анализировать структуру и выраженность внутренней картины заболевания. Все проявления внутренней картины заболевания можно распределить по четырём группам – кластерам: психологическому, сенсорному, анатомическому и функциональному. Психологический (психический) кластер включает в себя тревогу за результат лечения, исход заболевания; пережи-

вания, связанные с негативной эстетической самооценкой своего лица в целом или отдельных анатомических структур *челюстно-лицевой области* (ЧЛО), переживания, связанные с отрицательной эстетической самооценкой возрастных изменений своего лица; желание, стремление изменить архитектуру лица; устойчивое желание и настойчивое стремление изменить архитектуру лица при отсутствии видимых отклонений от «золотого» стандарта. Сенсорный кластер включает в себя боль в покое, жжение, парестезию, гипостезию, анестезию, нарушение вкуса, нарушение обоняния, шум, щелчки в суставе и др. Анатомический кластер включает в себя дефекты и деформации зубочелюстной системы и ЧЛО. Функциональный кластер включает в себя ограничение открывания рта, затруднение глотания, затруднение откусывания и разжевывания пищи, нарушение носового дыхания, нарушение речи, слёзотечение, нарушение мимики, нарушение зрения. При достижении определённого уровня выраженности по самооценке пациента нескольких симптомов, проявлений заболевания у него может возникнуть состояние дезадаптации – нарушение приспособляемости к условиям существования. Оценку выраженности отдельных симптомов, вызывающих дезадаптацию, дают сами больные. Для этого используется единая аналогово-балльная шкала самооценки пациентом выраженности отдельных проявлений заболевания, вызывающих дезадаптацию. Пациенту предлагают указать, насколько сильно его беспокоят отдельные проявления заболевания, используя такие понятия как чрезвычайно, сильно, умеренно, слабо, не беспокоит, каждое из которых имеет свою балльную оценку. Результат такой самооценки пациент отмечает «крестиком» в соответствующем столбце анкеты. Пациенту предлагают заполнить анкету – вписать в неё основные жалобы, ощущения тревоги, страха и указать выраженность их по приведённой в анкете аналогово-балльной шкале. В анкету включён один фиксированный вопрос – наличие или отсутствие беспокойства (тревоги) за результат лечения, исход заболевания. Врач должен распределить перечисленные пациентом жалобы по четырём вышеперечисленным кластерам с указанием выраженности их в баллах. С учётом преобладания выраженности в баллах того или иного кластера, участвующего в формировании синдрома ПСАФ дезадаптации, планируется лечение, намечается очерёдность и интенсивность проведения лечебных мероприятий [10].

**Результаты и их обсуждение.** Вышеперечисленные методы исследования обладают своими достоинствами и недостатками, которые отражены в табл.1.

В задачи врача стоматолога не входит диагностика психических расстройств пациента. Стоматологу необходимо лишь заподозрить их наличие. Так, для определения депрессивных расстройств американская рабочая группа во главе с *Craig D. Woods* предлагает использовать лишь первые 2 оценочных вопроса из теста *Prime MD* с последующим изменением тактики ведения больного [17].

**Выводы.** С целью профилактики неотложных состояний у стоматологического пациента необходимо провести сбор анамнеза, определить функциональное состояние, в том числе психологический статус, провести осмотр, поставить диагноз и оказать специализированную помощь. Проведение диагностики психоэмоциональных отклонений вышеперечисленными методами занимает большое количество времени, которым не всегда стоматолог обладает.

Таким образом, возникает необходимость в разработке новых способов – устных вопросов для интервьюирования пациентов, которые помогут врачу-стоматологу получить необходимую информацию о психоэмоциональном состоянии больных и позволит определить тактику взаимодействия с пациентом.

### Литература

1. Батаршев А.В. Базовые психологические свойства и самоопределение личности: Практическое руководство по психологической диагностике. СПб.: Речь, 2005. С. 44–49.
2. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. М., 2002. 439 с.
3. Бобров А.П., Незнанов Н.Г., Исаева Е.Р., Корсак Л.В. Изучение взаимоотношений врача-ортодонта и пациента // Психиатрия консультирования и взаимодействия. Материалы конференции. 2004. С. 58–59.
4. Ванчакова Н.П. Трудные больные в стоматологии: психиатрические и психологические проблемы // Сборник тезисов I всероссийской научно-практической конференции «Сложный стоматологический пациент». Петрозаводск. 2013. С. 5–17.
5. Луханина Т.В. Оценка психоэмоционального и стоматологического статуса у психически больных в связи с задачами терапии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2009. С. 35–38.
6. Морозов В.Н., Хадарцев А.А. К современной трактовке механизмов стресса // Вестник новых медицинских технологий. 2010. Т. 17, №1. С. 15–17.
7. Руководство по психиатрии. Том 1 / Тиганов А.С., Снежневский А.В., Орловская Д.Д. [и др.]. Москва: Медицина, 1999. 712 с.
8. Тишук Е.А. Заболеваемость населения Российской Федерации. Учебное пособие. Москва: Медицина, 2010. 120 с.

9. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей // Психиатрия (электронное издание). URL: <http://www.psychiatry.ru/lib/1/book/22/chapter/37>.
10. Соловьёв М.М. «Синдром психо-сенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации» в лечебном и образовательном процессе на стоматологическом факультете Первого СПб ГМУ им. акад. И.П.Павлова. Пособие для студентов II-V курсов стоматологического факультета. СПб, 2014. С. 3–11.
11. Хадарцев А.А., Морозов В.Н., Карасева Ю.В., Хадарцева К.А., Фудин Н.А. Патопсихология стресса как баланс стрессогенных и антистрессовых механизмов // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2012. №7. С. 16–21.
12. Чуркин А.А., Творогова Н.А. Распространенность психических расстройств в России в 2009 году // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2011. №1. С. 5–12.
13. Arnau R.C., Meagher M.W., Norris M.P., Bramson R. Psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II with primary care medical patients // Health Psychol. 2001. №20. P. 112–119.
14. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression // Archives of General Psychiatry. 1961. Vol.4.
15. Thunder S., Snow M., Honts C.R. The Zung Self-Rating Depression Scale: convergent validity and diagnostic discrimination // Assessment. 2002. №9(4). P. 401–405.
16. Williams J.B.W. A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale // Archives of General Psychiatry. 1989. №45. P. 742–747.
17. Woods Craig D. Self reported mental illness in a dental school clinic population // Journal of Dental Education. 2003. №5. P. 500–504.
18. Zung W.W.K. A rating instrument for anxiety disorders // Psychosomatics. 1971. №12. P. 371–379.

#### References

1. Batarshv AV. Bazovye psikhologicheskie svoystva i samoopredelenie lichnosti: Prakticheskoe rukovodstvo po psikhologicheskoy diagnostike. Sankt-Peterburg: Rech'; 2005. Russian.
2. Belova AN. Shkaly, testy i oprosniki v meditsinskoj reabilitatsii. Moscow; 2002. Russian.
3. Bobrov AP, Neznakov NG, Isaeva ER, Korsak LV. Izuchenie vzaimootnosheniy vracha-ortodonta i patsienta. Psikhiatriya konsul'tirovaniya i vzaimodeystviya. Materialy konferentsii. 2004;58-9. Russian.
4. Vanchakova NP. Trudnye bol'nye v stomatologii: psikhiatricheskie i psikhologicheskie problem. Sbornik tezisev I vsrossiyskoj nauchno-prakticheskoy konferentsii «Slozhnyy stomatologicheskij patsient». Petrozavodsk. 2013;5-17 Russian.
5. Lukhanina TV. Otsenka psikhoemotsional'nogo i stomatologicheskogo statusa u psikhicheski bol'nykh v svyazi s zadachami terapii [dissertation]. Moscow (Moscow region); 2009. Russian.
6. Morozov VN, Khadartsev AA. K sovremennoy traktovke mekhanizmov stream. Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy. 2010;17(1):15-7. Russian.
7. Tiganov AS, Snezhnevskiy AV, Orlovskaya DD, et al. Rukovodstvo po psikhii. Tom 1. Moscow: Meditsina; 1999. Russian.
8. Tishuk EA. Zabolevaemost' naseleniya Rossiyskoj Federatsii. Uchebnoe posobie. Moscow: Meditsina; 2010. Russian.
9. Smulevich AB. Depressii v obshchey meditsine: Rukovodstvo dlya vrachev. Psikhiatriya (Elektronnoe izdanie). Russian. Available from: <http://www.psychiatry.ru/lib/1/book/22/chapter/37>.
10. Solov'ev MM. «Синдром психо-сенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации» в лечебном и образовательном процессе на стоматологическом факультете Первого СПб ГМУ им. акад. И.П.Павлова. Пособие для студентов II-V курсов стоматологического факультета. Санкт-Петербург; 2014. Russian.
11. Khadartsev AA, Morozov VN, Karaseva YV, Khadartseva KA, Fudin NA. Patofiziologiya stressa kak balans stressogennykh i antistressovykh mekhanizmov. Vestnik nevrologii, psikhii i neyrokhirurgii. 2012;7:16-21. Russian.
12. Churkin AA, Tvorogova NA. Rasprostranennost' psikhicheskikh rastroystv v Rossii v 2009 godu. Vestnik nevrologii, psikhii i neyrokhirurgii. 2011;1:5-12. Russian.
13. Arnau RC, Meagher MW, Norris MP, Bramson R. Psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II with primary care medical patients. Health Psychol. 2001;20:112-9.
14. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression. Archives of General Psychiatry. 1961;4.
15. Thunder S, Snow M, Honts CR. The Zung Self-Rating Depression Scale: convergent validity and diagnostic discrimination. Assessment 2002;9(4):401-5.
16. Williams JBW. A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. Archives of General Psychiatry. 1989;45:742-7.

17. Woods Craig D. Self reported mental illness in a dental school clinic population. Journal of Dental Education. 2003;5:500-4.

18. Zung WWK. A rating instrument for anxiety disorders. Psychosomatics. 1971;12:371-9.

---

**Библиографическая ссылка:**

Ерилин Е.А., Анисимова Е.Н., Анисимова Н.Ю. Методы оценки психоэмоционального состояния пациентов в условиях амбулаторного стоматологического приёма // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2016. №2. Публикация 2-3. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2016-2/2-3.pdf> (дата обращения: 01.04.2016). DOI: 10.12737/18754.