

3. Мякотин, И. С. Взаимосвязь копинг-стратегий и особенности личности при социальной фобии / И. С. Мякотин // Ярославский педагогический вестник. – 2018. – Т. 10, № 28. – С. 3-10.

4. Грошев, И. В. Специфические фобии в корригировании поведенческих паттернов личности: гендернополовозрастные особенности проявления / И. В. Грошев. – Российский психиатрический журнал. – 2013. – № 5. – С. 34-35.

## PSYCHOTHERAPEUTIC APPROACHES TO SOCIAL PHOBIA

**Bialaya E.M., Koroleva E.G.**

*Grodno State Medical University  
Grodno, Belarus*

The article defines social phobia as a disease and shows the main ways to treat this disease. The research methods were based on literary sources and own clinical observation. The available data confirm the effectiveness of various methods of psychotherapy in patients with social phobia if they seek qualified help in a timely manner.

## ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ В РАМКАХ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПЕРВЫМ ОБОСТРЕНИЕМ ПСИХОЗА

**Глебка О.П.<sup>1,2</sup>, Шапаревич А.С.<sup>2</sup>, Мельниченко О.Я.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>*Белорусский государственный университет<sup>1</sup>,*

<sup>2</sup>*Республиканский научно-практический центр психического здоровья<sup>2</sup>*

*Минск, Беларусь*

[\*olga.glebko90@gmail.com\*](mailto:olga.glebko90@gmail.com)

**Введение.** Нарушения когнитивных функций при психотических расстройствах могут лежать в основе других нарушений, определять социальное функционирование, а исследование первого эпизода позволит лучшим образом определить структуру этих нарушений, вывить их наиболее характерные особенности и определить мишени воздействия в процессе социального восстановления.

**Целью** данного исследования являлось оценка эффективности воздействия когнитивного тренинга на познавательную сферу пациентов с первым психотическим эпизодом, прошедших стационарное лечение.

### **Материалы и методы исследования:**

1. Методы клинико-психопатологического исследования: структурированное интервью PANSS [1].

2. Клинико-социальные – шкала глобального функционирования GAF, копинг-тест Лазаруса для оценки адаптации в стрессовых ситуациях.

3. Методы пато- и нейропсихологической диагностики: «10 слов А. Р. Лурия» – для оценки слухоречевой памяти; таблицы Шульце – для оценки внимания и работоспособности; субшкалы методики КНОКС «Зрительный гнозис и «Конструктивный праксис» – для оценки соответствующих функций; субшкала «Динамический праксис» батареи лобной дисфункции (Frontal Assessment Battery (FAB)) – для оценки моторного контроля; тест Струпа – для оценки когнитивной гибкости-ригидности;

4. Статистический анализ производился при помощи критерия Т Вилкоксона. Для построения модели опосредования применялся метод наименьших квадратов (линейная регрессия). Пакет прикладных программ JASP Team (2025). JASP (Version 0.95.4), STATISTIKA.

В исследование были включены пациенты с психотическими расстройствами впервые выявленными, соответствующие рубрикам МКБ-10 F20 – шизофрения – (F20.09, F23.0, F23.1, F25.0), F30 – аффективное расстройство с психотическими симптомами (F30.0, F31.0, F32.3) в возрасте от 18 до 40 лет (средний возраст  $30,4 \pm 6,4$ ). Общий объем выборки на момент подготовки материалов публикации составлял 69 человек, проходивших стационарное лечение в 22 первичном женском отделении РНПЦ психического здоровья. Было исследовано на предмет нарушения познавательных процессов, социального функционирования и адаптации 90 пациентов первичного отделения (для женщин) РНПЦ психического здоровья, из них группа 1 – воздействия ( $n=34$ ), них группа 1 – воздействия ( $n=34$ ), освоивших как минимум стандартную программу занятий.

Длительность не леченного психотического состояния – от появления первых симптомов до госпитализации – составляла от 2 дней до 6 лет (2190 дней). Все включенные в группу пациенты перенесли первую госпитализацию в стационарное отделение. На момент включения в исследование медиана по шкале продуктивных и негативных симптомов шизофрении (PANSS) составила 28 баллов. На момент обследования пациенты получали психофармакотерапию.

Программа тренинга реализовывалась на протяжении стационарного лечения (в среднем  $6 \pm 1,44$  занятия) предполагала 2 групповых занятия в неделю по 60 минут либо равные по продолжительности индивидуальные занятия (в случае отсутствия количества участников, необходимых для формирования группы либо при определенных индивидуальных факторов участника). В общей сложности, в основную группу включено 34 человека, выполнивших весь объем групповой, индивидуальной и самостоятельной работы посредством графических тренинговых материалов, объединенных в дневники реабилитации, содержащие 21 блок заданий. Каждый блок дневника включал материал, необходимый для тренировки познавательных процессов в течение одного дня. В случае большей продолжительности терапии дополнительно предлагались альтернативные варианты заданий, так что самостоятельные занятия не прекращались.

Программа групповых занятий в общем виде включала комплексное воздействие на:

1) познавательные (внимание, память, мыслительные процессы), контролирующие (вербальная гибкость, беглость и моторный контроль) процессы;

2) мотивационную сферу (заинтересованность в результате и процессе);

3) информированность пациентов о болезненном состоянии (т.н. психообразование) и влиянии лечения и болезненного состояния на когнитивную сферу и социальное функционирование;

4) навыки адаптации в социуме (решения проблемных ситуаций) посредством проблемно ориентированной психологической терапии.

Акцент делался на когнитивных функциях, которые опосредуют и социальное функционирование, хоть и посредством промежуточных звеньев.

В формате группы с пациентами осуществлялось мотивирование, заключающееся в подкреплении результатом, постепенным и плавным переходом от простых задач, перенос опыта на конкретные примеры и обсуждение возможности реального применения, создания мотивирующей среды, где пациент сам – источник изменений [2].

В формате индивидуальных сессий и групповой работы осуществлялась поддерживающая проблемно ориентированная психологическая терапия в русле когнитивно-бихевиорального подхода.

**Результаты исследования.** Эффективность вмешательства у пациентов, полностью прошедших программу, оценивалась статистически с использованием Т-критерия Вилкоксона. Для динамической оценки когнитивных функций и социальной адаптации измерения проводились дважды: 1) в период острого проявления симптоматики на 5 – 10 день от начала госпитализации ( $7 \pm 1,36$ ) с момента возможности поддержания пациентом контакта; 2) накануне выписки на 13–64 день ( $29 \pm 10,74$  дней). Изучение динамики показателей познавательных функций в группах указывает на более высокие показатели произвольного внимания (таблицы Шульте, эффективность работы – ЭР), снижение истощаемости, объема кратковременной памяти (методика «10 слов» А.Р.Лурия), функций вербального (показатель вербальности теста Струпа) и моторного (динамический праксис FAB) контроля после прохождения программы тренинга (в группе воздействия).

Когнитивное функционирование оказывает опосредованное влияние на жизненное функционирование и адаптацию к окружающей, в первую очередь социальной, среде.

Копинг-стратегии как показатель адаптации к среде и болезни после прохождения программы тренинга показывают сдвиг в сторону уменьшения напряженности неадаптивных стратегий: конфронтационного копинга ( $W=491,5$   $p=0,035$ ), самоконтроля ( $W=491,5$   $p=0,038$ ), планирования ( $W=488,5$   $p=0,015$ ).

**Вывод.** Нейрокогнитивные методики зарегистрировали улучшение познавательных и контролирующих функций в доменах внимания, слухоречевой памяти, что отражает повышение устойчивости и концентрации внимания после лечения в целом. Однако когнитивное улучшение посредством тренинга укрепляет достигнутые результаты.

Когнитивное функционирование - опосредованно влияет на социальное функционирование (у) на момент формирования медикаментозной ремиссии. Такими факторами будем считать показатели произвольного внимания («эффективность работы» – ЭР) и слухоречевой памяти (информационная нагружаемость – ИН). Уравнение регрессии для этих переменных:  $y = 78,6 - 0,6 * \text{ЭР}$ ;  $y = 75,38 + 0,016 * \text{ИН}$ .

Отмечено также изменение уровня социального функционирования (шкала GAF) в группе воздействия ( $p=,0092$ ).

#### **Литература**

1. Kay, S. R. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia / S. R. Kay, A. Fiszbein, L. A. Opler // Schizophr. Bull. – 1987. – Vol. 13. – P. 261-275.

2. Семенова, Н. Д. Модуль формирования мотивации к реабилитации больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра / Н. Д. Семенова, И. Я. Гурович // Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24, № 4. – С. 31-36.

### **RESTORATION OF COGNITIVE FUNCTIONS WITHIN THE FRAMEWORK OF COMPREHENSIVE CARE FOR PATIENTS WITH THE FIRST ACCIDENT OF PSYCHOSIS**

**Glebko O.P.<sup>1,2</sup>, Shaparevich A.S.<sup>2</sup>, Melnichenok O.Ya.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>*Belarusian State University,*

<sup>2</sup>*Republican Scientific and Practical Center of Mental Health,  
Minsk, Belarus*

An evaluation of the effectiveness of training on the cognitive function of patients with a first psychotic episode treated in an inpatient setting was conducted. Significant improvements in cognitive functioning were achieved at the end of the program.