

дентов : метод. рекомендации / С.Я. Дьячкова, В.В. Андреева, М.М. Киньшина – Воронеж : Воронеж. гос. ун-т, 2011. – 42 с.

2. Киреева, Н. В. Проблема школьной близорукости / Н. В. Киреева, В. В. Жаров, Е. В. Голикова // Вестник ОГУ. – 2011. – № 14.– С. 185–186.

3. Павлович Т.П. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем, у детей / Т.П. Павлович, И.Н. Гирко, А.Н. Черевко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2015. - № 3. – С. 50 - 53

ПСИХОТЕРАПИЯ ПАНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Зуева А. В.

ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации, пос. Городище, Республика Беларусь

Актуальность. Паническое расстройство (далее – ПР) в настоящее время является достаточно изученной в мировой психиатрии и относительно непривычной для отечественных врачей диагностической категорией (несмотря на почти пятилетнюю историю изучения российскими психиатрами и неврологами и внедрение МКБ-10). До публикации в 1980 г. в США классификации DSM-3 паническое и генерализованное тревожное расстройство в зарубежной литературе рассматривали как единое заболевание, называемое «неврозом тревоги». Выделение ПР в отдельную диагностическую категорию было обусловлено следующими причинами: повторяемостью приступов тревоги (паники); появлением тревоги ожидания в «межприступном периоде» и частым развитием агорафобии; повышенным наследственно-генетическим риском развития ПР; выраженной связью с депрессией и алкоголизмом; частым наличием пролапса митрального клапана; провокацией приступов паники лактатом натрия и углекислым газом; высокой эффективностью антидепрессантов по сравнению с другими препаратами и психотерапией [3].

Цель: психотерапия панических расстройств.

Задачи:

1. Теоретический анализ литературы по проблеме панических расстройств.

2. Ознакомиться с методами лечения панических расстройств.

3. Определить уровень тревожности у учащихся старших классов.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе Минской гимназии № 9 с 8.03 по 28.03 2015 г. В нем принимали участие 55 чел. (учащиеся 11 «б» и 11 «а» классов). В выборку вошли 28 девушек и 27 юношей. Для решения поставленных задач была выбрана следующая методика: Тест Спилбергера-Ханина «Определение уровня тревожности».

Результаты и их обсуждение. Очень часто пациентам с симптомами панического расстройства в поликлиниках врач выставляет диагнозы «вегето-сосудистая дистония» или «диэнцефальные кризы». Часто пациенты тратят много времени на ненужные повторные обследования и долгое время безуспешно лечатся у невропатологов или кардиологов разными сосудистыми препаратами. Поэтому подчеркнем, что заниматься лечением панического расстройства должен именно психотерапевт. В лечении панического расстройства большое значение имеет сочетание фармакотерапии и психотерапии.

1. Фармакотерапия. Предпочтительны антидепрессанты (при этом лечение начинается с небольших дозировок). Транквилизаторы дают лишь временное облегчение и не устраняют причины панического расстройства, поэтому, а также из-за риска зависимости, эти препараты должны назначаться реже.

2. Психотерапия. В лечении панического расстройства хорошо зарекомендовали себя такие методики, как когнитивно-поведенческая терапия и гештальт-терапия.

3. Самопомощь. В настоящее время в книжных магазинах можно найти руководства по самопомощи для пациентов, страдающих паническими расстройствами и тревожно-фобическими расстройствами. Как правило, такие книги написаны на основе методов когнитивно-поведенческой терапии, и могут быть эффективны в легких случаях, при невозможности обратиться к психотерапевту. Тем не менее, при неэффективности использования этих методик, обязательно обращение к врачу [5].

При легких формах панических атак без хронификации и выраженного фобического избегания рекомендуется ограничиться психотерапией. Необходимым условием эффективности лечения является сотрудничество с врачом:

строгое соблюдение предписанного режима терапии, регулярность визитов к врачу, подробный, откровенный отчет о своем состоянии и жизненных затруднениях.

Результаты исследования по тесту Спилбергера – Ханина по определению ситуативной (СТ) и личностной тревожности (ЛТ). Ситуативная (реактивная) тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени. Под личностной тревожностью понимается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий «веер» ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Как предрасположенность, личная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасные для самооценки, самоуважения [2].

Исследование показало, что в основном у учащихся преобладает умеренный уровень тревожности. С высоким уровнем тревожности 14 человек из 55, у 2 человек низкий уровень тревожности, у 3 учеников уровень СТ ниже уровня ЛТ. Личности, относимые к категории высокотрехотных, склонны воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в обширном диапазоне ситуаций и реагировать весьма выраженным состоянием тревожности. У 4 учеников ЛТ выше СТ, из них 3 девушки и один юноша. Если психологический тест выражает у испытуемого высокий показатель личностной тревожности, это дает основание предполагать у него появление состояния тревожности в разнообразных ситуациях, особенно когда они касаются оценки его компетенции и престижа.

Сравним юношей и девушек по уровню тревожности и представим результаты в диаграмме №1.

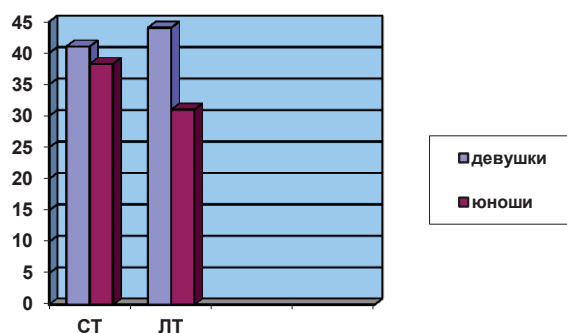


Диаграмма № 1. – Уровень личностной тревожности у юношей и девушек

Диаграмма №1 показывает, что уровень личностной тревожности у девушек выше, чем у юношей. Это означает, что девушки склонны больше переживать.

Выводы:

Анализ результатов исследования позволил сделать следующие выводы:

1. Уровень ситуативной тревожности у юношей превышает уровень личностной, что говорит о наличии напряжения, беспокойства, нервозности и озабоченности чем-либо.

2. Уровень личностной тревожности у девушек превышает уровень тревожности у юношей. Это означает, что девушки склонны переживать тревогу, когда что-либо касается оценки их престижа и компетентности.

3. Юноши сконцентрированы на себе, на собственном Я; общая энергия среднего значения; легкомысленное отношение ко всему; склонны проявлять агрессию; импульсивно принимают решения; замкнуты; скрытны; проявляют нежелание раскрыться для эксперимента.

4. Изучение, а также своевременная диагностика и коррекция уровня тревожности поможет избежать ряда трудностей, связанных с общением и становлением личности подростков.

Литература:

1. Астапов, В. Н. Функциональный подход к изучению состояния тревоги / В. Н. Прихожан // Психологический журнал. – 1992. – Т.13, № 5. С. 16-35.

2. Большаков, В. Ю. Психотренинг / В. Ю. Большаков. – СПб, 1994. – 316 с.

3. Прихожан, А. М. Тревожность у детей и подростков: Психологическая природа и возрастная динамика / А. М. Прихожан. – Минск, 2000. – 322 с.

4. Прихожан, А. Н. Причины и профилактика и преодоление тревожности / А. Н. Прихожан. // Психологическая наука и образование, 1998, – №2. – С. 51-67.

5. <http://medi.ru/doc/7200102.htm>

УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ НАРУШЕНИЯ В КЛЕТКАХ ПУРКИНЬЕ МОЗЖЕЧКА ПОТОМСТВА КРЫС, РАЗВИВАВШИХСЯ В УСЛОВИЯХ ХОЛЕСТАЗА МАТЕРИ, И ИХ КОРРЕКЦИЯ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТОЙ

Карнюшко О. А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Холестаз беременных характеризуется интенсивным зудом, желтухой, нарушением поступления желчи в 12- перстную кишку, что приводит к повышению её компонентов в крови. Данная патология развивается в третьем триместре беременности с последующим исчезновением симптомов после родов. Холестаз, не представляя большой опасности для матери, ухудшает прогноз для плода и новорожденного. Так, у плода часто наблюдаются гипоксия, респираторный дистресс-синдром, признаки морфофункциональной незрелости, антенатальная гибель. Экспериментально установлено, что потомство, развивавшееся в условиях холестаза, существенно отстает в физическом развитии, массе тела и морфофункциональном становлении в онтогенезе многих органов [1]. Влияние холестаза беременных на становление КП палеоцереbellума у потомства животных и человека не изучено.

В настоящее время для терапии холестаза беременных применяют урсодезоксихолевую кислоту (УДХК). Она безопасна для приема во время беременности и способствует улучшению состояния как матери, так и плода [2].

Целью настоящего исследования была качественная и количественная оценка влияния холестаза матери, вызванного во время беременности, на постнатальный морфогенез КП мозжечка