

«Международная классификация психических болезней» 10-го пересмотра (МКБ-10), используемая в нашей стране, рассматривает «Расстройства приёма пищи» (F50) в разделе F5 «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами» и включает сюда нервную анорексию и нервную булимию.

Актуальность исследования состоит в том, что на формирование пищевого поведения влияют многие факторы: социальные, экономические, этнокультурные, личностные особенности и т. д. Важно выяснить, какие факторы нарушения пищевого поведения преимущественно играют роль при неврозах.

Цель работы: выявить виды нарушений пищевого поведения у пациентов отделения неврозов.

Задачи: 1) определить виды нарушений пищевого поведения; 2) определить преимущественное нарушение пищевого поведения при разных формах неврозов.

Методами исследования явилось клинико-психологическое обследование, ЕАТ-26-Тест отношения к приему пищи. Материал исследования – контингент отделения неврозов 3 гор. больницы г. Гродно – 30 пациентов мужского и женского пола.

Выводы. Выделено несколько нарушений пищевого поведения, кроме известных анорексии и булемии:

- **Орторексия** (от гр. "ortho" – правильный) – это комплекс правильного питания. Он относится к людям, которые одержимы здоровым питанием – 3 чел.
- **Дранкорексия** – расстройство пищевого поведения, характеризующееся переходом человека на так называемую «алкогольную диету», когда прием пищи заменяется приемом алкоголя с целью преднамеренного снижения веса или контроля над ним – 5 чел.
- **Расстройство избирательного питания** – отказ от приёма в пищу конкретных продуктов, перерастающий в использование только ограниченного списка продуктов и нежелание пробовать новые виды пищи. Принципы выбора продуктов могут быть любыми: от их цвета до видовой принадлежности – 13 чел.
- **Обсессивно-компульсивное переедание** — переедание, связанное с обсессивно-компульсивным расстройством, будучи компульсивным ритуалом в его рамках – 9 чел.

Литература:

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина / Ф. Александер. - М., 2002.
2. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина-М: Гэотар медицина, / В.Бройтигам.- 1999.
3. Королева Е. Г. Психосоматика. / Е. Г. Королева.- уч. пособие.- Минск, 2007.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДИСКРИМИНАЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ШКАЛЫ ЗУНГА ДЛЯ САМООЦЕНКИ ТРЕВОГИ

Годунова Е.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской психологии и психотерапии

Научный руководитель – Луговская А.А.

Несмотря на обилие специальных исследований, в том числе проведенных в последние десятилетия, проблема тревоги не теряет своей актуальности. Неослабевающий интерес к тревожным состояниям является свидетельством их клинико-социальной важности для решения проблем охраны психического здоровья населения. Распространенность тревожных и фобических расстройств в общей популяции, по разным данным, составляет от 3% до 24,9%. Также имеет значение надежность и информативность инструмента измерения выраженности конструкта, показатели которого в свою очередь влияют на оценку качества и эффективности медицинской помощи в клинической практике. По данным зарубежных авторов, толь-

ко 11% психиатров и психотерапевтов регулярно используют стандартные опросники для оценки результатов при лечении тревожных расстройств.

Цель исследования: определить способность Шкалы Зунга для самооценки тревоги дифференцировать разные уровни выраженности исследуемого конструкта.

Методы исследования. Шкала Зунга для самооценки тревоги разработана в Университете Дьюка Вильямом Зунгом. Тест предназначен для измерения степени выраженности различных тревожных расстройств. Оценка тяжести тревожного расстройства по шкале проводится на основе самооценки пациента. Шкала рекомендуется к применению в диагностических и клинических исследованиях тревоги, предварительной диагностике и скрининге тревожных расстройств, эпидемиологических исследованиях и клинических испытаниях лекарственных средств. 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». Шкала заполняется исследуемым самостоятельно. Обследуемый заполняет шкалу 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, который интерпретируется следующим образом: 20-44 – норма, 45-59 – легкое тревожное расстройство или средней степени тяжести, 60-74 – выраженное тревожное расстройство или тревожное расстройство тяжелой степени, 75-80 – тревожное расстройство крайне тяжелой степени тяжести.

Для реализации поставленной в исследовании задачи нами было проведено тестирование здоровых людей и пациентов отделения пограничных состояний УЗ «ГОКЦ «Психиатрия-Наркология». Выборка составила 52 чел. (30-50 лет), из них 24 здоровых, 28 – имеющие психические расстройства с выраженной тревогой. Статистическая обработка полученных в результате тестирования данных производилась методами параметрической статистики с применением пакета Statistika.

Результаты и обсуждение. По результатам проведенного исследования были получены следующие данные. В группе здоровых людей 8,3% по оценке суммарного балла имели диагностические значения легкого тревожного расстройства. В группе пациентов, имеющих психические расстройства с выраженной тревогой: у 7,3% диагностические значения имели показатели нормы, 7,9% были определены в группу выраженной степени тяжести и у 84,8% были диагностированы показатели легкого тревожного расстройства.

Выводы. Проведенное исследование позволяет сделать следующее заключение: шкала Зунга для самооценки тревоги обладает низкой способностью дифференцировать разные уровни выраженности исследуемого конструкта.

ВЛИЯНИЕ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТА

Дегтярёва Д.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра медицинской психологии и психотерапии

Научный руководитель – д-р мед. наук, профессор Королева Е.Г.

Актуальность. Устав Всемирной организации здравоохранения определяет здоровье как состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только как отсутствие болезней и физических недостатков. Поэтому успешное лечение пациента не должно ограничиваться восстановлением или сохранением только физического статуса, без учета психосоциального аспекта. Понимание того факта, что кожа и центральная нервная система имеют общее эмбриональное происхождение, позволяет нам понимать и их тесную взаимосвязь. Психогенные факторы часто становятся триггерами манифестации или рецидива заболевания, а дерматологическая патология в свою очередь нередко выступает причиной психологических расстройств.