

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ВОРОНЕЖСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ Н.Н. БУРДЕНКО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

АФАНАСЬЕВ СЕРГЕЙ ОЛЕГОВИЧ

**ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ФОБИИ, КОМОРБИДНОЙ
С ПИЩЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ У СТУДЕНТОВ
МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА**

3.1.17. Психиатрия и наркология (медицинские науки)

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание учёной степени

кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Ширяев Олег Юрьевич

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ОСВЕЩЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И КОМОРБИДНОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ ФОБИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ В НАУЧНЫХ ПУБЛИКАЦИЯХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	15
1.1. Современный взгляд на проблему социальной фобии среди молодежи	15
1.2. Этиопатогенез социальной фобии	22
1.3. Диагностические критерии социальной фобии	25
1.4. Современный взгляд на коморбидность социальной фобии с расстройствами пищевого поведения и другими психическими расстройствами	27
1.5. Терапевтические подходы	30
1.5.1. Психофармакотерапия	31
1.5.2. Психотерапия социальной фобии в сочетании с расстройствами пищевого поведения	35
1.5.3. Комбинация психотерапии и фармакологического лечения	40
1.5.4. Использование природных средств (фитотерапии) при социальном тревожном расстройстве	43
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	46
2.1. Дизайн исследования	46
2.2. Методы исследования	49
2.3. Характеристика выборки	52
2.5. Программа когнитивно-поведенческой терапии	56
2.6. Статистический метод	60
ГЛАВА 3. АНАЛИЗ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЫРАЖЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ ФОБИИ И ПИЩЕВЫХ НАРУШЕНИЙ	61
3.1. Результаты исследования уровней тревоги по шкале Либовица и шкале Бека у респондентов из общей выборки	62
3.2. Факторный анализ стрессогенных событий у респондентов общей выборки	64
3.3. Результаты исследования Голландского опросника пищевого поведения у	

респондентов из общей выборки.....	66
3.4. Результаты множественного линейного регрессионного анализа	73
ГЛАВА 4. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ВЫРАЖЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ ФОБИИ И ПРОЯВЛЕНИЙ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ ПО ГРУППАМ.....	79
4.1. Клинико-психопатологические особенности пациентов и их динамика на фоне проведенного лечения	79
4.1.1. Клинико-психопатологические особенности пациентов I группы и их динамика на фоне индивидуальной когнитивно-поведенческой терапии	79
4.1.2. Клинико-психопатологические особенности пациентов II группы и их динамика на фоне когнитивно-поведенческой терапии в сочетании с психофармакотерапией	86
4.1.3. Клинико-психопатологические особенности пациентов III группы и их динамика на фоне психофармакотерапии	92
4.1.4. Клинико-психопатологические особенности пациентов IV группы и их динамика на фоне когнитивно-поведенческой групповой психотерапии.....	97
4.1.5. Сравнительная динамика клинико-психопатологических проявлений пациентов четырех групп на фоне проведенного лечения	101
4.2. Сравнительные результаты катамнестического наблюдения через 1 год после окончания лечения в четырех группах.....	110
4.3. Сравнительная динамика психометрических показателей у пациентов четырех групп на фоне проведенного лечения	115
4.4. Клинические примеры.....	124
4.2.1. Клинический пример №1	124
4.2.2. Клинический пример №2	127
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	133
ВЫВОДЫ	142
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	146
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ	148
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	149

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы

В настоящее время на себя обращает большое внимание распространенность психических расстройств, становящихся причинами как снижения социальной активности и адаптивности, так и более тяжелых последствий. Так, семь из 25 основных причин инвалидности в мире связаны с психическими расстройствами, среди которых большой депрессивный эпизод занимает второе место, а тревожные расстройства – девятое (Клименкова Е.Н., 2017). Частота тревожных и депрессивных расстройств в мире неуклонно растет (Stein D.J., Lim C.C.W., 2017). Достигая частоты 7,3% (4,8–10,9%) среди психических расстройств во всем мире, тревожные расстройства представлены специфическими фобиями (10,3%), паническим расстройством (6,0%), генерализованным тревожным расстройством (2,2%), социофобией (2,7%) (Варнавская Е.В., 2020; Войтович А.А., 2020). До 33,7% населения в течение жизни переносят тревожное расстройство (Кожухарь Г.С., 2017).

При этом коморбидность между различными психическими расстройствами широка: до 50% людей имеют как минимум одно дополнительное сопутствующее психическое расстройство. Такая же закономерность наблюдается и у молодежи (Астафурова О.В., 2017).

Исследования, проводившиеся в разных странах, свидетельствуют о высокой распространенности социальной фобии в сочетании с коморбидными заболеваниями (Cremers H.R., 2016; Zeng W., Chen R., Wang X. и соавт., 2019; Quek T.T.-C., Tam W.W.-S., Tran B.X., 2019; Rose G.M., Tadi P., 2021). Пищевые нарушения в большой степени коморбидны с заболеваниями тревожно-депрессивного спектра, а отдельные симптомы тревоги могут повышать риск патологии пищевого поведения (Барденштейн Л.М. и соавт., 2010; Levinson C.A. и соавт., 2012; Мельникова А.В., 2021).

Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР), а также социальные и специфические фобии являются одними из наиболее распространенных коморбидных психиатрических диагнозов среди подростков и взрослых с расстройствами пищевого поведения (Мельникова А.В., 2021). Установлено, что расстройства пищевого поведения (РПП) оказывают существенное влияние на течение депрессии, утяжеляя ее (Афанасьев С.О., Махортова И.С., Ширяев О.Ю., 2021; Котова О.В., Беляев А.А., Акарачкова Е.С., 2021).

Начало анорексии и булимии обычно происходит в период пубертата, значительно чаще у женщин. Клиническая картина представлена недовольством отсутствующей либо весьма переоцененной полнотой, устойчивым желанием коррекции фигуры в виде пищевых рестрикций, в сочетании с активными физическими упражнениями. Больные часто прибегают к применению анорексигенных, слабительных препаратов, диуретиков, отмечается злоупотребление кофе, использование очистительных клизм, рвотных актов (Артемьева М.С., Ковалева И.А., Коган Б.М., 2015).

РПП следует расценивать как гетерогенные расстройства со сложной многофакторной этиологией, реализующейся при взаимодействии наследственных факторов и социальной среды (Овчинников А.А., Султанова А.Н., 2018). В значительной степени это группа психогенно обусловленных нарушений поведения, к которым относятся нервная анорексия, нервная булимия, психогенное (компульсивное) переедание и др. Ведущей теорией этиопатогенеза РПП является социальная: в массовом сознании прочно закреплен идеал красивой внешности, в случае несоответствия которому, человек нередко негативно воспринимается социумом. Тяжелее всего переносят критическую оценку собственной внешности со стороны окружающих девушки от 12 до 25 лет (Юделевич Д.А., Артемьева М.С., 2019). Воздействие разнообразных факторов современного общества: навязывание диет, использование образов худых знаменитостей, изготовление кукол крайне истощенной «комплексии», становится причиной роста частоты встречаемости РПП (Цыганков Б.Д., Артемьева М.С. и соавт., 2015). Это делает чрезвычайно важным исследование психических аспектов объективной и субъективной

социальной дезадаптации, сопровождающихся такими тяжелыми нарушениями, как расстройства пищевого поведения.

В ситуациях, когда человек подвергается пристальному вниманию других людей, возможно возникновение эмоционального дискомфорта и скованности, тревоги и страха. Люди с социальной фобией, как правило, боятся публичного позора и могут испытывать сильный стресс в ситуациях публичных выступлений, принятия пищи на публике, использования общественных туалетов, знакомства с новыми людьми. В таких случаях диагностируется социальное тревожное расстройство (Stein D.J., Lim C.C.W., Roest A.M. и соавт., 2017). Социальное тревожное расстройство (СТР) или социофобия имеет статус самостоятельной нозологии в МКБ-10 и DSM-V, представляя собой одно из самых распространенных тревожно-фобических заболеваний (Нуллер Ю.Л., Циркин С.Ю., 1994; American psychiatric association, 2013).

Социальное тревожное расстройство в течение жизни переносит каждый восьмой человек в мире (Проскурякова Л.А., 2019). Оно занимает третье место по распространенности тревожно-депрессивных расстройств у пациентов первичного звена врачебной помощи после депрессии и генерализованного тревожного расстройства и встречается среди 7% пациентов, обращающихся к врачам общей практики (Данилюк Е.А., Гомеляк Ю.Н. и соавт., 2019). Его 12-месячная распространенность представлена в диапазоне 5-8%, а пожизненная – в диапазоне 8-12% (Koyuncu A., Ertekin E., Binbay Z., 2014; Stein D.J., Lim C.C.W., Roest A.M., 2017).

Данная патология встречается повсеместно. Так, среди населения Ирана доля СТР составляет 17,2% от всего числа тревожных расстройств, в большей степени у женщин (Asgari M., Amini K., Sahbaie F., 2016). Аналогичный показатель в Швеции составляет 15,6%, и, по данным исследования, она зависит от уровня дистресса респондентов (от 1,9 до 20,4%) (Cremers H.R., Roelofs K., 2016).

Публичные выступления являются самым распространенным триггером социальной фобии. СТР нарушает социальную адаптацию, препятствует профессиональному развитию и самореализации, а также может стать причиной

социальной изоляции больного, и последующего дистресса (Данилюк Е.А., Гомеляк Ю.Н. и соавт., 2019). Пациентам свойственны слабые навыки коммуникации, они склонны к избеганию ситуаций социального взаимодействия, которые вызываются непропорциональными реальной угрозе страхом или беспокойством (American psychiatric association, 2013).

К социально-демографическим предикторам СТР относятся молодой возраст, женский пол, одиночество, низкий уровень образования и доходов (Stein D.J. и соавт., 2017). От 10% до 12,7% подростков 16–17 лет страдают СТР (Мельникова А.В., 2021).

Социальная фобия чаще манифестирует в подростковом возрасте (90% случаев регистрируется к 23 годам), что соответствует периоду обучения значительной части молодежи в высших учебных заведениях (Сагалакова О.А., 2020). Особое место в структуре заболеваемости социальной тревогой занимают обучающиеся медицинских ВУЗов (Мельникова А.В., 2021).

Большинство студентов в годы обучения в ВУЗе находятся в непрерывном напряжении механизмов адаптации, либо в состоянии их срыва. Значительная доля обучающихся не позиционируют здоровье как личностный приоритет, не имеют целостной системы навыков и технологий его сбережения и укрепления. Значительная часть преподавателей ВУЗов не владеют здоровьесберегающими и направленными на формирование здоровья навыками и знаниями в сфере педагогики здоровья (Артемьева М.С., 2016; Афанасьев С.О., Махортова И.С., Ширяев О.Ю., 2022).

Распространенность проблем с психическим здоровьем у студентов-медиков постоянно растет, и превышает аналогичные показатели у студентов других специальностей, что может привести к нежелательным и опасным последствиям для самих студентов и их будущих пациентов (Проскурякова Л.А., 2019). Значимая часть студентов-медиков в период обучения в ВУЗе пребывает в состоянии эмоционального перенапряжения, а иногда даже в состоянии срыва процессов адаптации (Малыгин В.Л. и соавт., 2005). Примерно каждый третий студент-медик

во всем мире страдает тревожностью, уровень распространенности которой значительно выше, чем среди населения в целом (Мельникова А.В., 2021).

По результатам мета-регрессионного анализа данных шестидесяти девяти исследований с участием 40348 студентов-медиков, глобальный уровень распространенности тревожности среди студентов-медиков составил 33,8% (95% доверительный интервал: 29,2–38,7%). Тревога была наиболее распространена среди студентов-медиков из стран Ближнего Востока и Азии (Т.Т.-С. Quek и соавт., 2019). Мета-анализ, объединивший десять перекрестных исследований, в которых приняли участие 30817 китайских студентов-медиков, показал, что распространенность депрессии, тревожности, суицидальных мыслей и РПП составила 29%, 21%, 11% и 2% соответственно (Zeng W., Chen R., Wang X. и соавт., 2019).

Нередко социальной фобии среди молодежи, в частности, среди обучающихся в медицинских ВУЗах, приводит к формированию нарушений пищевого поведения (Бровко С.Н., Скугаревский О.А., 2009; Никишина Е.И., Никишина В.Б., Петраш Е.А., 2021; Afanasyev S.O., Shiryaev O.U., Makhortova I.S., 2021). Исследование, проведенное в Бразилии с использованием шкалы EAT-26, продемонстрировало высокий уровень заболеваемости расстройствами пищевого поведения среди обучающихся высших школы, особенно среди студентов медицинских ВУЗов. Симптомы РПП были выявлены у 26% студентов (Silva G.A., Ximenes R.C., Pinto T.C., Cintra J.D., 2018).

Физические и психологические изменения, типичные для юного возраста, недостаточная когнитивная зрелость, необходимая для адаптации к физиологическим изменениям, могут стать причиной развития расстройств пищевого поведения, в первую очередь, нервной анорексии и нервной булимии (Ximenes R.C. и соавт., 2018). Прогноз ухудшается из-за стигматизированности в социуме лиц с нарушением пищевого поведения и психическими расстройствами. Кроме того, среди молодежи преобладают примитивные методы психологической защиты, приводящие к формированию отрицательного образа своего «Я»,

поддерживающие низкую самооценку, способствующие дальнейшему развитию депрессии и тревоги (Подолкина Е.А., 2019).

Таким образом, беспокойство и тревожные расстройства среди студентов-медиков требуют большего внимания из-за их значительных последствий как клинического, так и педагогического характера (Клименкова Е.Н., 2017; Войтович А.А., 2020; Travis T.-C.Q., Wilson W.-S.T., 2019).

Качество жизни и здоровье студента, успешная адаптация обучающихся к быстрым изменениям учебной среды, высокому уровню учебной нагрузки, значительным психофизическим перегрузкам во время обучения в ВУЗе, могут быть обеспечены за счет резервных психических, физических и функциональных возможностей обучающегося, способности восстановления работоспособности за ограниченное время (Артемьева М.С., 2016; Афанасьев С.О., Махортова И.С., Ширяев О.Ю., 2022). Администраторы и руководители медицинских школ должны взять на себя ведущую роль в дестигматизации психических заболеваний и продвижении возможности обращения за помощью при возникновении стрессовых реакций и тревожных расстройств (Войтович А.А., 2020).

Необходимы дальнейшие исследования для выявления факторов риска тревожности, присущих только студентам-медикам, а также исследования, направленные на поиск возможностей повышения эффективности терапии социальной фобии среди молодежи, в частности среди студентов медицинских ВУЗов. Эта проблема является актуальным вопросом психиатрии и его решение стало основой настоящей работы.

Цель исследования:

оптимизация диагностики и лечения социальной фобии и коморбидных расстройств пищевого поведения среди студентов медицинского ВУЗа.

Объект исследования – социальная фобия коморбидная с пищевыми нарушениями у студентов медицинского ВУЗа.

Предмет исследования – динамика клинико-психопатологической симптоматики коморбидной с РПП в процессе терапии.

Задачи исследования

1. Провести оценку частоты распространенности социальной фобии и пищевых нарушений среди обучающихся медицинского ВУЗа.
2. Выделить стрессогенные факторы, способствующие развитию социофобии и пищевых нарушений.
3. Изучить взаимовлияние социофобических проявлений и типов нарушений пищевого поведения.
4. Изучить и описать клинические проявления социальной фобии в сочетании с нервной булимией и нервной анорексией у студентов медицинского вуза.
5. Провести сравнительную оценку эффективности когнитивно-поведенческой психотерапии, фармакотерапии и их комбинации у студентов, страдающих социофобией с нарушениями пищевого поведения.
6. Изучить стабильность эффекта от проведенного лечения в катамнестическом периоде 1 год после окончания лечения.

Научная новизна результатов исследования

Впервые было проведено подробное и разностороннее исследование социальной фобии в коморбидности с пищевыми нарушениями среди студентов-медиков. В ходе проведения факторного анализа выделены стрессогенные факторы, отвечающие за развитие социофобии и расстройств пищевого поведения. Построены модели множественной линейно регрессии, описывающие влияние социофобической симптоматики на нарушения пищевого поведения, а также влияние эмоциогенного типа пищевого поведения на социофобические симптомы. Проведено сравнение эффективности применения различных режимов терапии с использованием фармакотерапии и когнитивно-поведенческой психотерапии у данного контингента лиц. Изучены особенности течения социальной фобии и коморбидных пищевых нарушений среди студентов медицинского профиля.

Теоретическая и практическая значимость

Показано, что среди обучающихся медицинских ВУЗов имеют место высокие цифры распространенности социальной фобии, коморбидных и, зачастую, вторичных по отношению к СТР расстройств пищевого поведения.

Полученные результаты указывают на необходимость внесения дополнений и изменений в образовательную программу высших медицинских учебных заведений с целью снижения числа случаев развития социальной фобии и вторичных расстройств, в числе которых в последние годы нередко отмечаются суициды.

Для достижения более грамотной и воспроизводимой профилактики СТР и коморбидных расстройств, в отечественной медицинской школе необходимо внедрение алгоритмов, соответствующих критериям диагностических рубрик международных классификаций. В частности, применение специально созданных скрининговых программ среди студентов, создание кабинета психотерапевтической помощи на базе ВГМУ им. Н.Н. Бурденко.

Продемонстрировано определяющее влияние нозологической классификации заболевания на выбор терапевтической тактики для профилактики развития и обострения заболевания и на этап поддерживающего лечения больных. Впервые убедительно и детально продемонстрировано, что использование в отношении студентов медицинского профиля когнитивно-поведенческих алгоритмов лечения, применение психотерапевтических интервенций, как индивидуальных, так и групповых, в значительной мере снижают выраженность симптомов СФ и являются косвенной профилактикой развития РПП.

Результаты исследования вносят вклад в повышение качества профилактики, ранней диагностики СФ и коморбидных нарушений среди студентов медицинских специальностей, способствуют улучшению эффективности и безопасности лечения данной категории молодежи.

Методология и методы исследования

Методологическая база исследования представлена последовательным применением методов научного познания, базирующихся на классических и современных достижениях психиатрической науки.

В качестве диагностического эталона, несмотря на ряд имеющихся недостатков, были взяты диагностические указания действующих на момент

набора материала основных классификаций психических расстройств – МКБ-10 и DSM-V.

Для выполнения задач исследования было проведено исследование нескольких групп студентов, получавших фармакотерапию, когнитивную психотерапию либо комбинацию КПТ и психофармакотерапии.

Объектом исследования являлся процесс диагностирования социальной фобии студентов медиков, механизм выбора терапевтической тактики лечащим врачом и влияние выбранного метода лечения на длительность заболевания.

Предметом исследования стали студенты ВГМУ им Н.Н. Бурденко, имеющие к моменту включения в исследование подтвержденный диагноз социальной фобии и наличие коморбидных расстройств пищевого поведения.

В диссертационном исследовании использованы методы: клиничко-анамнестический, клиничко-психопатологический, статистический.

Положения, выносимые на защиту:

1. Среди студентов медицинских вузов отмечается высокий уровень распространенности социальной фобии.

2. У данной категории молодежи отмечается высокая коморбидность социальной фобии с пищевыми нарушениями.

3. Использование психофармакотерапии, индивидуальной КПТ, сочетания КПТ и фармакотерапии, а также применение когнитивно-поведенческой групповой терапии является эффективным в терапии СФ и проявлений РПП у данной группы пациентов.

4. Разработка и функционирование кабинета психотерапевтической помощи на базе медицинских учебных заведений является действенной мерой по профилактике и лечению СФ и коморбидных РПП.

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты исследования внедрены в лечебно-диагностическую практику КУЗ ВО «Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер», используются в учебном процессе кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО

«Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России.

Степень достоверности и апробация результатов

Достоверность результатов исследования достигается применением научно-обоснованной методологической и теоретической базы исследования, его рациональной организацией, репрезентативностью выборки, применением соответствующим целям методов статистической обработки собранных данных.

Основные положения, изложенные в диссертации, были доложены на российских и международных конференциях: на научно-практической конференции «Актуальные вопросы психиатрии и психотерапии» (г. Тула, 2019); на региональной научной конференции студентов, аспирантов и молодых ученых «Инновационные разработки молодых ученых Воронежской области на службу региона» (Воронеж, 2021); на региональных профильных научно-практических конференциях «Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и медицинской психологии» (Воронеж, 2018, 2019, 2020, 2021); на XVII съезде психиатров России совместно с международным Конгрессом Всемирной психиатрической ассоциации «Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению» (Санкт-Петербург, 2021); на XIII Международной научной конференции «Scientific achievements of the third millennium» (Нью-Йорк, 2021); на VI Российско-Хорватском психиатрическом конгрессе с международным участием (Опатия, Хорватия, 2021); на международной научно-практической конференции «Психиатрия и аддиктология в XXI веке: новые задачи и пути решения» (Москва, 2022).

Публикации

Основные положения и результаты диссертационного исследования отражены в 18 научных работах, 5 из которых опубликованы в рецензируемых научных журналах, рекомендованных ВАК при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации, 1 свидетельство о регистрации программы ЭВМ по раннему выявлению и диагностике СФ и проявлений РПП, 11 в других источниках и 1 монография.

Личный вклад автора

Автором проведен аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы по изучаемой проблеме, разработан дизайн исследования, создана карта учета признаков. Автором были осмотрены все студенты, принявшие участие в исследовании, лично было проведено клиническое интервьюирование, назначалась лекарственная терапия, проводилась когнитивно-поведенческая психотерапия. Автором проведен анализ полученных данных, их статическая обработка, формулирование выводов и практических рекомендаций. Доля участия автора в получении и накоплении научной информации – до 100%; математической обработке – 70%, в обобщении и анализе материала – более 80 %.

Объём и структура диссертации

В структуру диссертации входит введение, четыре главы, заключение, выводы, практические рекомендации, список литературы. Общий объем рукописи составляет 172 страниц. Список литературы содержит 166 научных источников, из них 73 отечественных и 93 иностранных. Диссертация иллюстрирована 16 таблицами, 30 рисунками, а также 2 клиническими примерами.

ГЛАВА 1. ОСВЕЩЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И КОМОРБИДНОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ ФОБИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ В НАУЧНЫХ ПУБЛИКАЦИЯХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. Современный взгляд на проблему социальной фобии среди молодежи

Распространенность проблем с психическим здоровьем среди учащихся высшей медицинской школы является актуальным вопросом в области образования по причине высоких академических требований и трудностей в обучении [104]. Социальное тревожное расстройство является одним из наиболее распространенных тревожных расстройств у молодежи (29,2%-38,7%) [137]. Социальная фобия широко распространена среди студентов университетов, при этом самый низкий и самый высокий балл распространенности социальной фобии среди студентов бакалавриата оценивается в 7,8% и 80% соответственно [155].

В исследовании, проведенном F. Thibaut (2017) среди 503 опрошенных студентов среднего возраста 22,17 (\pm 10) лет, распространенность симптомов социальной фобии составила 31,2%. В многомерном анализе факторами, значимо связанными с симптомами социальной фобии, оказались низкий уровень социальной поддержки, женский пол, обучение на 1-м курсе и проживание в сельской местности [155].

По мнению E. Leigh с соавт. (2018) социофобия в подростковом возрасте связана со значительными нарушениями межличностного функционирования и качества жизни, которые сохраняются до зрелого возраста [119].

Начавшись в детстве, в ситуации отсутствия коррекции, социальной фобии часто продолжается и в подростковом или даже взрослом возрасте, будучи связанной с повышенным риском развития депрессии и токсикомании. У детей с

социальной фобией нередко формируется депрессия либо другие заболевания тревожного спектра [85].

Как отмечают G. González-Valero, F. Zurita-Ortega с соавт. (2019), исследования в области психики расширяются, и студенты становятся ключевыми объектами изучения в области социальных наук и здравоохранения. По мере того, как учащиеся проходят этап обучения, они становятся более склонными к депрессии и стрессу, в основном из-за большой ответственности, академических требований и трудностей, с которыми они сталкиваются при развитии своих учебных и других навыков. Все эти факторы влияют на психологическое благополучие обучающихся и могут привести к социально-культурному дисбалансу и ухудшению их психического здоровья [104].

J. Álvarez, J. Aguilar, J. Lorenzo (2012) подчеркивают такие факторы студенческого периода, как высокие темпы обучения, экзамены, перегруженность новым материалом, социально-культурное давление, конкуренция с одноклассниками в сфере интеллектуальных достижений, а также изменения в режиме питания и цикле сон-бодрствование как серьезные детерминанты проблем психического здоровья у учащихся [76].

В последние годы проблема стресса у молодежи привлекает все большее внимание исследователей в сфере здоровьесбережения [85, 119, 130]. Стресс рассматривается как психофизиологическая реакция, возникающая в ответ на ощущаемые потребности [85]. Когда мы имеем дело с этой концепцией в образовательной сфере, это относится к перегрузке напряжения, которая порождается стрессовыми ситуациями и вызывает психическое расстройство. Согласно C.S. North, B. Pfefferbaum (2013), отрицательный стресс является генератором истощения, повышая уязвимость людей в детском и подростковом возрасте перед тревожными расстройствами или депрессивными симптомами [130].

С другой стороны, положительный стресс позволяет учащимся успешно справляться с повседневными событиями и необходим для жизни [148].

Как пишет М. Ando (2011), симптомы стресса в детстве и подростковом возрасте обусловлены стрессовыми индикаторами, такими как отсутствие привязанности, негативная семейная ситуация, школьные проблемы, плохие навыки межличностного общения и негативное восприятие своей внешности [78].

В ответ на стрессовые факторы, в случае отсутствия их коррекции в раннем возрасте, люди испытывают отрицательные эмоции во взрослом возрасте, в процессе обучения и на работе, что может привести к личностным нарушениям и психосоциальным проблемам [101].

Социальная тревожность является психосоциальным фактором, влияющим на психическое здоровье студентов, проявляясь как чрезмерная эмоциональная реакция на социальные ситуации, которые идентифицируются как пугающие [133]. Это расстройство связано с недостатком когнитивной зрелости и неверной интерпретацией происходящего [114].

«С учетом специфики образовательной среды студентов-медиков, исследование социальной фобии среди них является актуальной задачей современной психиатрии»¹.

В.А. Стрижев, Е.О. Бойко (2016) сообщают, что частота встречаемости пограничной психопатологии у студентов медицинских ВУЗов колеблется от 2,2% до 29,0%, что является причиной психической дезадаптации и нередко сопровождается тревожно-депрессивными расстройствами [65].

Значимость тревожных расстройств у обучающихся медицинских ВУЗов определяется их клинической гетерогенностью, характерным хроническим течением и формированием коморбидных соматоформных расстройств.

В настоящее время тревожные расстройства непсихотического уровня, формирующиеся у молодежи, несмотря на их высокую встречаемость по-прежнему являются мало изученными, что можно объяснить, как клиническими особенностями, в частности атипичностью, ларвированным течением, так и

¹ Цит. по Афанасьев, С.О. Анализ частоты встречаемости и факторов риска формирования социальной тревоги и расстройств пищевого поведения среди студентов медицинских вузов / С.О. Афанасьев, И.С. Махоргова, О.Ю. Ширяев // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2021. – Том 20, № 1. – С. 174-181. DOI 10.36622/VSTU.2021.20.1.024

социально-психологическими факторами, чаще всего имеющимися психологическими сложностями при обращении за квалифицированной помощью к психиатру либо психотерапевту [8, 10].

По этой причине первоочередное значение имеют раннее выявление студентов с пограничной психопатологией и проведение своевременных профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий [11, 65]

Как пишут Т.Т. Quek и соавт. (2019), медицинские школы по всему миру стремятся обучать и выпускать компетентных и чутких врачей, чтобы помогать больным, углублять медицинские знания и укреплять здоровье населения [137]. Тем не менее, медицинское образование считается одной из наиболее требовательных с академической и эмоциональной точек зрения программ обучения из всех профессий, и, следовательно, студентам-медикам необходимо много времени и эмоциональной приверженности для своего обучения. Такие требования и стресс отрицательно сказываются на психологическом самочувствии студентов и могут спровоцировать депрессию и тревогу [87, 128, 145].

Согласно Т.Н. Васильевой, И.В. Федотову и соавт. (2019), вопрос здоровья студентов-медиков постоянно пребывает в центре внимания российских и иностранных ученых, в трудах которых обозначены многочисленные факторы, приносящие вред здоровью обучающихся [23]. В частности, многопредметность, ограниченные сроки обучения в ВУЗе, множество зачетов и экзаменов, чрезмерная аудиторная и самостоятельная учебная загруженность с обязательным умением пользоваться информационно-коммуникативными технологиями, отсутствие достаточной физической активности, хронический недостаток сна, отсутствие режима приема пищи (несбалансированное и нерегулярное питание), отдыха [14].

Особенности процесса обучения требуют от студентов-медиков значительного интеллектуального и эмоционального напряжения и могут формировать нервно-психологические срывы, развитие серьезных заболеваний, снижение работоспособности, ослабление иммунитета, нарушения в работе внутренних органов [44, 50, 74].

Т.Н. Петрова и соавт. (2013) отмечают, что на здоровье студентов медицинского профиля, помимо медико-биологических и экзогенных причин значительное влияние оказывает такой фактор, как здоровьесберегающий стиль жизни, сформированный молодежью в процессе жизнедеятельности и нацеленный на сохранение и улучшение здоровья, уменьшение частоты заболеваний и увеличение продолжительности жизни [47]. Значимыми особенностями поведения, направленного на сохранение здоровья, являются здоровое питание и отсутствие либо минимизация вредных привычек.

Согласно В.Р. Кучме (2017), гигиеническое исследование с применением анкетирования пищевого статуса у студентов-медиков в ряде медицинских вузов продемонстрировало, что их питание не является сбалансированным. Отмечается несоблюдение режима 3–4-кратного питания у 30 % респондентов. У 10 % студентов медицинского профиля в ежедневном питании отсутствуют первые блюда, диагностирован дефицит продуктов, содержащих белки (мясных, рыбных блюд, молока и др.) при чрезмерном приеме быстроусвояемых углеводов. У 35 % респондентов выявлены хронические заболевания, среди них 18 % болезни системы пищеварения (гастрит, панкреатит и др). Нерациональное питание зачастую ведет к повышенному содержанию липидов в крови, ожирению, кариесу, диабету, нарушению жирового обмена веществ, гипертонии, запорам, повышенному содержанию мочевой кислоты в крови или подагре, т.е. к так называемым «болезням цивилизации» [36].

По данным А.В. Платунина, Д.А. Морковиной (2015), невнимательность студентов медицинского профиля в выборе продуктов питания и предпочтение некачественных, легкоусвояемых продуктов вызвана рядом причин: дефицитом времени, неосведомленностью в вопросах здорового питания, нарушением пищевого поведения по причине активного влияния рекламы, формирование нездоровых привычек питания с переизбытком фастфуда, рафинированных продуктов с высоким содержанием жиров, напитков на основе химических веществ, гамбургеров и других продуктов быстрого приготовления. При оценке частоты потребления «пищевого мусора» в ежедневном питании студентов медицинского

профиля отмечается его регулярный прием, что является еще одним фактором риска развития заболеваний у обучающихся [48].

Значительное негативное влияние учебного процесса можно наблюдать на примере студентов-медиков, у которых процесс обучения в ВУЗе в дополнение к эмоциональным перегрузкам связан с регулярными переездами по городу, обусловленными размещением кафедр на базах лечебно-профилактических учреждений, более того, с необходимостью непосредственного соприкосновения с больничной средой. Помимо этого, будущим врачам важно владеть общемедицинской и профессиональной культурой специалиста здравоохранения, твердой установкой на ведение здорового образа жизни и являть собой образец здорового образа жизни для больных [23].

Согласно исследованиям В.В. Красновой (2011) и А.Б. Холмогоровой (2017) в период студенчества отмечается крайне высокий риск манифестации психопатологии по причине высокого уровня нагрузок и стресса, которые являются значимыми факторами социальной дезадаптации [34].

По данным О.А. Сагалаковой и соавт. (2016), подростковый период (в частности возраст 17 лет) характеризуется самым низким уровнем способности преодоления стрессовых факторов и соответствует первому курсу обучения в ВУЗе [31, 57, 62].

Как сообщают И.Ю. Мельникова и соавт. (2021), в исследованиях в сфере здоровья и нарушений пищевого поведения студентов медицинских ВУЗов отмечено влияние психического перенапряжения в манифестации расстройств пищевого поведения, что отрицательно сказывается на адаптационном потенциале молодежи [43].

В работе Б.Д. Цыганкова, А.А. Овчинникова и др. (2019), подчеркивается также аспект стрессового воздействия на студентов необходимости смены места жительства, что приводит к развитию тревожно-депрессивной симптоматики как в краткосрочной, так и долгосрочной перспективе [68].

Как отмечено в труде В.В. Руженковой и соавт. (2019), учебная нагрузка у студентов-медиков в среднем вдвое выше, чем у обучающихся других вузов, а

образовательный процесс является одним из самых напряженных в эмоциональном аспекте, что негативно сказывается на состоянии соматического и психического здоровья [54].

Кроме того, у абитуриентов высшей медицинской школы отмечается высокая встречаемость стресса, проявлений тревоги, депрессивного состояния. Тревожное состояние студентов-медиков отрицательно влияет на работоспособность, что приводит к пропускам занятий и снижению успеваемости. Пограничная психопатология представляет собой частый признак нарушения процесса адаптации студентов [16, 54, 70].

Самый значительный стресс у студентов высшей медицинской школы вызывают давление со стороны преподавателей, перегруженность учебным материалом, нехватка времени для повторения изученной информации, несоответствие полученных оценок желаемым, строгий режим дня и, кроме этого, недостаток умения планирования своего времени, построения иерархии приоритетов, недисциплинированность [11].

Студенты медицинских ВУЗов с завышенными показателями тревоги и с признаками депрессии как правило отмечают недостаток социальной поддержки и имеют сложности в ее получении. Показано, что оказание медико-психологической помощи способствует улучшению общего уровня функционирования данной категории учащихся [54].

По данным Т.Т.-С. Quek и W.W.-S. Tam (2019), примерно каждый третий студент-медик во всем мире страдает тревожностью, уровень распространенности, которой значительно выше, чем среди населения в целом [137].

В современной литературе тревога среди студентов-медиков менее изучена, чем депрессия. Систематический обзор распространенности тревожности среди студентов-медиков за пределами Северной Америки в 2014 году обнаружил широкий диапазон распространенности от 7,7% до 65,5% в 11 исследованиях [137, 152].

По результатам мета-регрессионного анализа данных шестидесяти девяти исследований с участием 40348 студентов-медиков, проведенным Т.Т.-С. Quek и

соавт. (2019), глобальный уровень распространенности тревожности среди студентов-медиков составил 33,8% (95% доверительный интервал: 29,2–38,7%). Тревога была наиболее распространена среди студентов-медиков из стран Ближнего Востока и Азии. При этом W.W.-S. Tam и соавт. (2019) отмечается, что анализ подгрупп по полу и году обучения не выявил статистически значимых различий в распространенности тревожности [137].

1.2. Этиопатогенез социальной фобии

Как отмечают G.M. Rose, P. Tadi (2021), чрезмерно контролирующее или даже жесткое воспитание может привести к личностным нарушениям у детей, повышая риск формирования СФ. Неблагоприятные и стрессовые жизненные события также могут увеличить риск. Поиск нейробиологических факторов, связанных с СФ, в значительной степени неспецифичен. Достижения в области технологий нейровизуализации могут улучшить понимание социальной фобии в будущем. Недавние данные свидетельствуют о том, что расширенное миндалевидное тело является особенностью при тревожных расстройствах, в том числе СФ [142].

Растет количество работ, демонстрирующих, что в патогенезе СФ участвуют серотонинергические и дофаминергические системы, что дает обоснование для использования фармакотерапии [103, 147, 163].

L. Iverach, R.M. Rapee (2014) отмечают, что на развитие социального тревожного расстройства влияет множество факторов, включая биологическую и психологическую уязвимость, генетику, темперамент, когнитивные стили, а также влияние родителей и сверстников. Следовательно, существует несколько путей к формированию социального тревожного расстройства [110]. Согласно исследованию, проведенному Q.J.J. Wong, R.M. Rapee и соавт в (2016) [164] выделяются следующие факторы развития социофобии:

- наследственность
- темперамент
- когнитивные факторы (искаженное самовосприятие, ошибки мышления)

- негативные жизненные события / травмирующие социальные события (например, потеря любимого человека, межличностный конфликт в семье)
- родительские факторы (гиперопека, тревожная привязанность)
- издевательства(буллинг) со стороны сверстников в школе

Также Q.J.J. Wong и соавт. (2016) выделяют факторы, участвующие в поддержании СФ:

- избегающее поведение
- самофокусировка
- неудачи коммуникации из-за отсутствия социальных навыков
- предвзятое отношение к социальной угрозе
- дезадаптивная когнитивная обработка после социально-оценочных ситуаций [164].

По данным Т. Williams и соавт. (2017) 81% людей с установленным диагнозом СФ имеют коморбидное психическое расстройство [163].

Исследования, проведенные R. Tükel и соавт. (2021) показали, что люди с социальным тревожным расстройством могут иметь более выраженную реакцию вегетативной нервной системы, включая учащенное сердцебиение. Кроме того, несколько систем нейромедиаторов, включая серотонин, дофамин и глутамат, могут быть вовлечены в патогенез СФ. Визуализация мозга людей с социальной фобией показывает повышенную активность паралимбических и лимбических схем. Стресс матери в период беременности может в последствии приводить к развитию СФ у ребенка [116].

W. Liao с соавт. (2010) выявили уменьшение связи между двусторонними угловыми извилинами, левой медиальной префронтальной корой, правой дорсолатеральной корой, нижней теменной извилиной и передней поясной корой у 22 пациентов с СФ по сравнению с 21 здоровыми добровольцами из группы контроля [123].

К.Е. Prater, А. Hosanagar (2013) сообщили о снижении функциональной связи между миндалевидным телом и передней поясной корой у пациентов с СФ по сравнению со здоровыми взрослыми из группы контроля [136].

W. Liao, H. Chen (2010), обнаружили повышенную функциональную активность в передней дорсальной поясную извилину и средней поясную извилину при СФ [123].

W. Liao, Q. Xu (2011) продемонстрировали снижение функциональной связи внутри центральной исполнительской сети головного мозга на 18 пациентах с СФ в сравнении с 18 здоровыми добровольцами из группы контроля. Также были обнаружены снижение функциональной связи в пределах левой верхней лобной извилины у пациентов с СФ по сравнению со здоровыми контрольными субъектами. Однако этот результат является противоречивым, поскольку отрицательно коррелировал с тяжестью симптоматики социофобии [122].

Как отмечает Е.А. Подолкина (2019), функциональная связь между областями, связанными с центральной исполнительской сетью и двусторонними угловыми извилинами, по-видимому, снижена у пациентов с СФ. Эти результаты могут указывать на нарушение равновесия между крупномасштабными мозговыми сетями [49, 132].

В работе W. Liao, C. Qiu, C. Gentili (2010) также отмечено, что, по сравнению со здоровыми лицами из группы контроля (n=21), у пациентов с СФ (n=22) наблюдалось уменьшение объемов серого вещества в правой задней нижней височной извилине и правой парагиппокампадно-гиппокампадной извилине. Однако, объемы серого вещества в этих двух регионах отрицательно коррелировали с тяжестью симптомов. Структурный анализ в сочетании с исследованиями состояния покоя может предоставить еще одно средство оценки нейробиологических основ СФ [121].

В настоящее время проводятся генетические и биохимические исследования влияния окситоцина на этиологию и патогенез СФ. По данным С. Jones, I. Barrera (2017) генетические вариации гена рецептора окситоцина вовлечены в несколько психических расстройств, включая социофобию. Исследование уровня окситоцина в плазме у 24 пациентов с СФ и 21 здоровых добровольцах из группы контроля показали положительную корреляцию с тяжестью симптомов социальной фобии [112].

Исследователями отмечается роль кортизола в патогенезе социальных страхов, отмечено, что при снижении уровня кортизола до референтных значений значительно снижается уровень тревоги при СФ [93].

1.3. Диагностические критерии социальной фобии

Социальная фобия, МКБ 10 (F 40.1) [41].

А. Выраженный и устойчивый страх одной или нескольких общественных ситуаций или публичных выступлений, когда человек сталкивается с незнакомыми людьми или возможным пристальным вниманием к себе со стороны окружающих. Человек боится, что он покажет свою тревогу или будет вести себя так, что почувствует себя неловко или унижительно

Б-В. Пребывание в обществе вызывает тревогу; страх воспринимается как чрезмерный или беспричинный; ситуации, когда он возникает, избегаются или переживаются, испытывая стресс; продолжается не меньше 6 месяцев

1. 1. Очевидный страх перед нахождением в центре внимания, страх перед собственной неловкостью или унижением.

1. 2. Явное избегание ситуаций нахождения в центре внимания либо ситуаций, в которых появляется страх перед возможностью быть униженным или вести себя неловко. Ситуации: выступление в общественных местах, посещение заведений общественного питания, присоединение или участие в общении в малых группах (вечеринках, конференциях, учебных аудиториях).

2. Наличие минимум двух симптомов страха в ситуациях, вызывающих опасение, минимум один раз с момента появления расстройства, определение которого содержится в F40.0, критерий В, а также дополнительно наличие не менее одного из нижеперечисленных симптомов:

- Покраснение или дрожь
- Страх перед тошнотой
- Нарушение мочеиспускания или стула, или страх перед их появлением.

3. Явная эмоциональная нагрузка вследствие симптомов страха или избегающего поведения, так как данные симптомы или поведение являются преувеличенными и неразумными.

Критерии DSM-5 [96] для постановки диагноза СФ (социофобия):

1 – Страх и тревога по поводу социальных ситуаций, в которых поведение человека может быть подвергнуто оценке других людей

2 – Боязнь того, что симптомы тревожности получат негативную оценку со стороны других людей

3 – Социальная ситуация:

– Почти всегда провоцирует страх или тревожность

– Избегается или переживается с чувством страха или тревоги

4 – Страх, тревожность или избегание:

– Несоизмеримы с актуальной опасностью определенной социальной ситуации

– Длится долгое время, обычно более 6 месяцев

– Вызывает существенный дистресс и функциональное ухудшение

5 – Если присутствует какое-либо медицинское состояние (заикание, ожирение), волнение не адекватно его степени тяжести

Отдельный вид СФ – страх, связанный исключительно с выступлениями на публике

Оценка социального тревожного расстройства должна включать его диагностические критерии, указанные в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам пятого издания (DSM-5) [96].

Критерии включают выраженный страх или беспокойство вокруг одной или нескольких социальных ситуаций, когда человек, возможно, подвергается возможному контролю со стороны других.

Человек боится, что он будет действовать определенным образом, который может быть оценен негативно. Социальная ситуация, по большей части, провоцирует беспокойство или страх. Ситуации либо переносятся с тревогой или

страхом, либо полностью избегаются. Этот страх или тревога несоизмерны угрозе, фактически создаваемой ситуацией.

Избегание, страх или беспокойство обычно длятся не менее 6 месяцев и вызывают значительные нарушения или дистресс в различных жизненных сферах.

Страх при СФ не связан с воздействием наркотических веществ, лекарственных препаратов, состоянием здоровья или симптомами другого психического расстройства [142].

1.4. Современный взгляд на коморбидность социальной фобии с расстройствами пищевого поведения и другими психическими расстройствами

Как отмечают А. Коуунсу, Е. Ынсе (2019), коморбидные расстройства широко распространены у пациентов с социальной фобией и наблюдаются у 90% больных. Наличие сопутствующей патологии может повлиять на течение заболевания несколькими способами. К примеру, сопутствующая патология у пациентов СФ связана с более ранним обращением за лечением, повышенной тяжестью симптомов, сопротивляемостью лечению и сниженным социальным функционированием. Более того, сопутствующие заболевания вызывают значительные трудности с диагностикой СФ, а также могут вызвать проблемы с лечением [116].

В большинстве случаев СФ начинается раньше, чем коморбидное расстройство. Кроме того, было обнаружено, что наличие СФ является предиктором развития последующей депрессии и алкогольной зависимости [18, 131] Пациенты с СФ, у которых есть сопутствующие психические расстройства, с большей вероятностью будут иметь повышенную тяжесть симптомов, резистентность к лечению и снижение работоспособности (например, пропущенные дни на работе или выбывание из школы), а также у них более высокий уровень самоубийств по сравнению с пациентами без коморбидности [117].

Частота коморбидности биполярного аффективного расстройства (БАР) у пациентов с СФ колеблется от 3,5 до 21%. Пациенты с СФ, у которых есть

коморбидные депрессия или БАР, имеют значительную тяжесть симптомов, более высокие показатели сопутствующих тревожных расстройств и более низкое качество жизни, чем пациенты без коморбидных аффективных расстройств [118, 138].

В исследовании коморбидности СФ F.R. Schneier, T.E. Foose (2010), показана высокая степень взаимосвязи между СФ и алкогольной зависимостью. Отмечено, что частота сопутствующей алкогольной зависимости составляет 27,3% [146].

Однако, в более поздней работе L.M. Oliveira, M.V. Bermudez (2018) сообщается, что частота встречаемости признаков злоупотребления алкоголем у пациентов с СФ может достигать 50% [131].

СФ обычно начинается раньше, чем алкогольная зависимость, и считается фактором риска развития последней.

Пациенты с СФ могут употреблять алкоголь в качестве самолечения, чтобы уменьшить тревогу. Эта особенность может объяснить, почему риск алкоголизма увеличивается при наличии социофобии. Согласно другой гипотезе, часто существует генетическая предрасположенность как к СФ, так и к алкоголизму [105].

Установлено, что частота посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) составляет 3,2–16% у пациентов с СФ. В исследовании здоровья ветеранов боевых действий сообщалось, что ПТСР и депрессивное расстройство часто являются сопутствующими состояниями при СФ [118].

Социальная фобия имеет высокую степень коморбидности с другими психическими расстройствами. Восемьдесят один процент людей, страдающих социофобией, сообщили по крайней мере об одном пожизненном психическом расстройстве в исследовании J. Canton, K.M. Scott (2012) [92]. Частота наличия коморбидных тревожных расстройств в последние годы увеличивается. От 16,6% до 35,8% больных страдают большим депрессивным расстройством, при этом социальная фобия предшествует началу большого депрессивного расстройства на 12 лет [156].

Среди пациентов с социальной фобией и коморбидным расстройством, вызванным злоупотреблением алкоголем, почти у 80% социальная фобия

развивалась до расстройства, связанного со злоупотреблением алкоголем [149]. Вероятно, что это характерно и для других коморбидных состояний, при этом социальная фобия является основным расстройством у 71,4% [131]. Пациенты с социофобией и коморбидным алкогольным расстройством имеют повышенный уровень коморбидных психических расстройств, 71,7% имеют расстройство личности [146, 149].

В труде М.С. Артемьевой, Р.А. Сулейманова и соавт (2006) подчеркивается, что у 25-30% пациентов с признаками РПП диагностируется СФ, при этом отмечается, что симптоматика социальной фобии формировалась ранее начала пищевых нарушений, в частности, нервной анорексии [38].

Помимо этого, 42% пациентов с нервной анорексией задолго до начала пищевых ограничений страдали заболеваниями тревожного спектра [3].

По данным мета-анализа, проведенного J. Kerr-Gaffney, A. Harrison (2018) СФ является одним из наиболее частых коморбидных заболеваний при РПП с распространенностью СФ от 16 до 88,2% при нервной анорексии и 17–67,8% при нервной булимии, тогда как уровень распространенности СФ в течение жизни среди населения без РПП составляет 12% [114, 149, 157].

Также в работе J. Kerr-Gaffney и соавт. (2018) продемонстрировано, что СФ является фактором риска развития РПП. К примеру, тревога относительно того, как окружающими воспринимается внешность может приводить к повышенной значимости веса и формы [114].

Как показано в работах V.S.D. Nascimento и соавт. (2020), G.A. Silva и соавт. (2018) наличие социальной фобии среди молодежи, в частности среди обучающихся медицинских ВУЗов, приводит к формированию нарушений пищевого поведения [149].

Как отмечено в исследовании J. Arlt, A. Yiu и соавт (2016) РПП и СФ зачастую являются сопутствующими расстройствами и имеют феноменологическое сходство. Социофобия – второе по частоте тревожное расстройство, коморбидное с РПП [82, 127].

T. Sawaoka, R.D. Barnes (2012) в исследовании взаимодействия СФ и РПП отмечают, что СФ играет важную роль в формировании отношения к своему телу. Лица, страдающие РПП, чрезвычайно чувствительны к оценкам их внешности со стороны окружающих [144].

Согласно T.L. Rodebaugh и соавт. (2012), тревога является одним из факторов риска формирования нарушений пищевого поведения. Эти же авторы отмечают, что ситуации социального взаимодействия, такие как публичные выступления, через активацию стресса и страха приводят к недоеданию либо, наоборот, заеданию стресса [120].

В работе E. Rieger и соавт. (2010) показано, что стресс от негативной социальной оценки может играть ключевую роль в качестве причины симптомов РПП, так что проблемы социальной оценки могут объяснить высокую коморбидность СФ и РПП [140].

В работах Б.Д. Цыганкова, О.Ю. Ширяева и соавт. (2013, 2016), отмечено, что среди пациентов с РПП достоверно чаще встречается депрессия (56% имеют эпизод депрессии в течение жизни) [40, 71].

По мнению С.А. Levinson и соавт (2012) страх отрицательной оценки может связывать СФ с РПП [120].

СФ является сопутствующим заболеванием и представляет значительный риск возникновения других тревожных и эмоциональных расстройств [84, 100, 160].

В работе M. Michail, M. Birchwood (2009) продемонстрировано, что социальная тревожность особенно распространена при психозах с частотой от 8% до 36% [125]. Присутствие СФ при психозе связано с худшим прогнозом, большей вероятностью раннего рецидива [107] и значительным уровнем социальной инвалидности [126].

1.5. Терапевтические подходы

В настоящее время существует несколько вариантов лечения социальной фобии, включая фармакотерапию, психотерапию, фитотерапию, комбинированное

фармакологическое и психотерапевтическое лечение. Несмотря на то, что был проведен ряд обзоров лекарств, психологического лечения, и их комбинации в лечении социальной фобии, а также разработаны клинические руководства, глубокий анализ вопроса сочетанного применения фармакотерапии и психотерапии в лечении СФ не проводился [92].

1.5.1. Психофармакотерапия

Как отмечают G.M. Rose, P. Tadi (2021), селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) имеют доказанную эффективность при СФ, что было показано в обширном метаанализе 101 исследования с участием 13164 пациентов [142]. Кроме того, ингибиторы обратного захвата серотонина-норадреналина (СИОЗСН) оказывают большее влияние на исходы, чем плацебо.

Согласно Д.В. Ястребову (2007), Сертралин представляет собой препарат, наиболее подходящий для длительной фармакотерапии СФ как хронического тревожного заболевания благодаря уникальным фармакологическим свойствам (период полувыведения составляет около 24 ч, при этом активные долгоживущие метаболиты отсутствуют), клинического действия (мягкие анксиолитические и антидепрессивные эффекты, отсутствие значимого стимулирующего действия, доказанная эффективность в терапии психосоматических нарушений) и достаточного профиля безопасности. Подчеркивается низкий риск формирования серотонинового синдрома, а также синдрома отмены на фоне терапии Сертралином [73].

Согласно работам М.А. Ассановича (2021), бета-блокатор пропранолол, а также бензодиазепины широко используются при лечении социального тревожного расстройства [6].

Преимущество пропранолола заключается в том, что его можно использовать по мере необходимости, без риска развития зависимости и толерантности, как это имеет место в случае с бензодиазепинами [7, 99, 142].

По данным метаанализа 41 работы по фармакотерапии СФ, проведенного J. Canton (2012), СИОЗС наиболее широко применяется на пациентах с социальной фобией [92].

Как отмечает Е.В. Вальздорф (2015), венлафаксин является единственным ингибитором обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН), изученным в рандомизированных контролируемых исследованиях (РКИ) у пациентов с социальной фобией [21].

В широкомасштабном исследовании фармакотерапии при СФ, проведенном T. Williams, C.J. Hattingh (2017) акцентируется, что селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) по эффективности значительно превосходят плацебо [163].

По данным В.А. Вербенко (2018), СИОЗС были единственным лекарством, доказавшим свою эффективность в уменьшении рецидивов социофобии на основании доказательств среднего качества [24].

В работах А.Т. Прошина (2018), отмечается, что серотонинергические препараты, такие как СИОЗС, обладают специфической активностью в ингибировании обратного захвата серотонина с минимальным прямым воздействием на обратный захват норадреналина и дофамина [53].

В исследованиях М.В. Родионова и соавт. (2019), подчеркивается, что ингибирование обратного захвата увеличивает биодоступную концентрацию серотонина, который затем связывается с различными рецепторами и активирует их [63].

Клиническая эффективность наблюдается при занятости переносчиков серотонина от 70% до 80% [124].

Как пишет Е.Г. Костюкова (2013), касательно прогноза СФ, были отмечены доказательства эффектов СИОЗС, ингибитора обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН) венлафаксина, ИМАО, бензодиазепинов, атипичного антипсихотика оланзапина, а также норадренергического и специфического серотонинергического антидепрессанта (НАССА) миртазапина [32].

Как отмечает В.А. Мангуби (2021), СИОЗС и ИМАО уменьшали симптомы депрессии, а СИОЗС снижали функциональные нарушения во всех сферах жизнедеятельности при СФ [37].

Прегабалин, по-видимому, имеет анксиолитический ответ, сравнимый с СИОЗС и СИОЗСН в дозировке 600 мг / день, на которой вероятно возникновение седативного эффекта и других побочных эффектов, поэтому его следует использовать при резистентности к терапии другими препаратами [73, 142].

Обычно при СФ назначается комбинированная медикаментозная терапия [97].

Глутаматергическая и норадренергическая системы, а также вещество Р также могут быть вовлечены в патогенез СФ, что предполагает роль таких агентов, как габапентин, прегабалин и антагонистов рецепторов нейрокина-1 [163].

Хотя патофизиология СФ изучена не полностью, различные моноаминергические системы, такие как серотонинергическая, дофаминергическая и норадренергическая системы, могут играть роль в опосредовании симптомов СФ.

Имеются данные, позволяющие предположить, что некоторые антагонисты серотонина и дофамина, такие как кветиапин и оланзапин, могут обладать анксиолитическими свойствами и потенциально могут играть роль в терапии резистентных к лечению СФ [163].

Низкие дозы кветиапина также обычно используются для снижения тревоги, но одного РКИ, посвященное этому препарату при социальной фобии, недостаточно для полноценной оценки его эффекта [92].

Нефазодон является препаратом, уменьшающим как пресинаптический, так и постсинаптический обратный захват серотонина, однако высокий риск гепатотоксичности ограничивают его использование в клинической практике [77].

Также имеются доказательства эффективности применения ингибиторов моноаминоксидазы (ИМАО) и бензодиазепинов при СФ [142].

ИМАО повышают уровни биогенных аминовых нейротрансмиттеров, ингибируя их разрушение, что способствует пресинаптическому обратному захвату

этих химических веществ через специфические молекулы-переносчики. Это торможение может быть обратимым или необратимым. ИМАО показали эффективность при лечении СФ. Препараты действуют путем избирательного связывания со специфическими изоферментами моноаминоксидазы [163].

Антагонисты бета-адренорецепторов блокируют катехоламины, высвобождаемые в ответ на стресс, что потенциально снижает физиологические симптомы, связанные с СФ, что может затем позволить человеку действовать с меньшим количеством объективных признаков тревоги.

Миртазапин оказывает сильное действие на центральные адренергические рецепторы, приводя к чистому увеличению норадреналина и серотонина без нежелательной активации холинергических рецепторов [116].

Эффективность бензодиазепинов при лечении многих тревожных расстройств согласуется с предполагаемой ролью ГАМК в этих состояниях. В низких дозах бензодиазепины действуют как анксиолитические средства и могут быть особенно полезны для быстрого контроля симптомов тревоги [163].

Буспирон может снизить чувствительность ингибирующих 5-HT_{1A} рецепторов, и это, вместе с его умеренным действием в качестве агониста постсинаптического 5-HT_{1A} рецептора, может также привести к общему увеличению нейротрансмиссии 5-НТ [116].

Габапентин и прегабалин также показали клинический результат среднего качества [142]. Противосудорожное средство прегабалин снижает высвобождение норадреналина, глутамата и вещества Р из головного и спинного мозга и может способствовать снижению тревожности. Габапентин может быть столь же эффективным при этих состояниях [80].

Новые лекарства, находящиеся в стадии разработки, такие как GW876008, содержат факторы высвобождения кортикотропина (кортикотропин-релизинг фактор), которые нацелены на поведенческие, вегетативные и нейрохимические реакции, связанные с различными расстройствами, связанными с тревогой и стрессом.

GW876008 также играет роль в активации гипоталамуса у пациентов с тревогой [109].

Принимая во внимание эффективность и переносимость СИОЗС, препараты данной группы следует рассматривать как препараты первой линии для лечения СФ, в то время как бета-блокаторы играют роль в управлении ситуативной тревожностью [152].

1.5.2. Психотерапия социальной фобии в сочетании с расстройствами пищевого поведения

Накоплено большое количество исследований эффективности и действенности когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) при тревожных расстройствах, включая посттравматическое стрессовое расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, социальное тревожное расстройство и специфическую фобию [113].

Было проведено более 30 рандомизированных испытаний психологических методов лечения СФ, в совокупности это указывает на то, что психотерапевтические вмешательства эффективны в лечении социальной фобии [92].

Согласно обширному систематическому обзору, проведенному G.M. Rose, P. Tadi (2021), СФ хорошо поддается лечению индивидуальной КПТ. Сравнивая различные психотерапевтические методы, можно сказать, что СФ дает лучший терапевтический ответ на когнитивно-поведенческую терапию, чем на психодинамическую терапию и другие психологические методы лечения [142].

Согласно E. Dorreraal, K. Thomaes (2014), эффективность когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) в лечении СФ также получает все возрастающую эмпирическую поддержку [98].

В работе G. González-Valero, F. Zurita-Ortega [104] проведено сравнение эффектов, оказываемых когнитивно-поведенческими программами на стресс, социальную тревогу и симптомы депрессии у студентов на разных этапах обучения.

Были определены краткосрочные (менее 4 недель), среднесрочные (5–8 недель) и долгосрочные (более 9 недель) вмешательства. Кроме того, различные вмешательства были классифицированы в соответствии с программами когнитивно-поведенческой терапии, стратегиями, основанными на внимательности, и программами терапии самовосприятия тела.

Было обнаружено, что вмешательства, нацеленные на снижение стресса, беспокойства или депрессии учащихся с помощью когнитивно-поведенческих программ, имеют положительный эффект на динамику социальной фобии и коморбидных расстройств [104].

КПТ обычно концептуализируется как краткосрочное, ориентированное на формирование конструктивных навыков лечение, направленное на изменение неадаптивных эмоциональных реакций путем изменения мыслей, поведения пациента или того и другого.

Истоки КПТ можно частично проследить до теорий ранних исследователей, таких как Б.Ф. Скиннер и Д. Вольпе, которые первыми начали движение поведенческой терапии в 1950-х годах. Поведенческая терапия предполагает, что изменение поведения приводит к изменению эмоций и когниций, таких как оценки. С момента своего появления поведенческая терапия эволюционировала и стала включать когнитивную психотерапию, начало которой было положено трудами таких психологов, как А. Эллис и А.Т. Бек. Когнитивная терапия фокусируется на изменении модели оценки окружающего, которое предлагается для изменения эмоций и поведения [113].

Когнитивные методы обычно используются при лечении социального тревожного расстройства, чтобы помочь пациенту определить и изменить когнитивные факторы, поддерживающие социальную тревогу. Например, в модели социальной тревожности Хофманна пациенты узнают, что социальной фобии частично поддерживается за счет негативных представлений о себе, переоценки стоимости социальных неудач, осознания того, что у человека мало контроля над своими эмоциональными реакциями [97].

Что касается эффективности КПТ, метаанализ показал, что индивидуальная КПТ эффективна при лечении социальной тревожности. Использование техник КПТ, таких как когнитивная реструктуризация, экспозиция и работа с убеждениями улучшает прогноз при СФ [113].

По данным обширного обзора J. Canton, K.M. Scott [92] когнитивно-поведенческая терапия является более эффективным методом, чем другие психологические методы, основанные на фактических данных, и эффекты КПТ в долгосрочной перспективе более устойчивы, чем эффекты фармакотерапии.

В систематическом обзоре и метаанализе E.A.M. van Dis, S.C. van Veen (2019) изучались долгосрочные результаты КПТ при СФ, ПТСР и ОКР в 69 рандомизированных клинических испытаниях. В целом, при применении протоколов КПТ отмечалось умеренное уменьшение тяжести симптомов СФ в течение 12 месяцев после лечения [97]. Более того, навыки работы с тревогой, приобретенные во время КПТ, относительно стабильны в течение 12 месяцев после окончания лечения. Тем не менее, данных об исходах КПТ более чем через 12 месяцев после лечения мало [119].

Частота рецидивов после успешной КПТ была относительно низкой (0% - 14%), в отличие от исследований по фармакотерапии СФ, в которых часто сообщается о клинических рецидивах после прекращения лечения [92].

Дальнейшие научные изыскания могут также дать представление о факторах риска рецидива СФ, что позволит выявить пациентов из группы риска, которым может помочь дополнительная или более интенсивная терапия для предотвращения рецидива. Профилактика рецидивов после окончания курса КПТ в сфере социальных страхов все еще остается малоизученным вопросом современной психотерапии [97].

В метаанализе C. Regehr, D. Glancy, A. Pitts (2013) были включены 24 исследования интервенций по снижению стресса у молодежи с участием 1431 студента различных направлений образования, в том числе медицинского профиля. Авторы проанализировали когнитивно-поведенческие вмешательства, подходы к осознанности и стратегии релаксации, направленные на психическое здоровье

студентов-медиков. Исследователями отмечен положительный эффект в динамике СФ после применения протоколов когнитивно-поведенческой терапии групповой терапии (КПГТ). Программы осознанности оказали незначительное влияние на тревогу и депрессию, релаксационные методики оказали большое влияние на уровень тревоги и умеренное влияние на депрессивную симптоматику [139].

Как отмечают T.F. Wechsler, F. Kämpers (2019) методика экспозиционной терапии является методом первой линии при СФ. Во время экспозиционной терапии пациенты постоянно сталкиваются с пугающими внешними или внутренними раздражителями в течение длительного периода времени, пока стресс не уменьшится значительно. Им также рекомендуется не использовать когнитивные или поведенческие стратегии избегания. Во время экспозиционной терапии при СФ пациенты сталкиваются с внешними стимулами, такими как страх находиться посреди толпы, выступление перед аудиторией. Экспозиция может проводиться в их воображении (экспозиция *in sensu*) или в реальной жизни (экспозиция *in vivo*) [162].

Помимо СФ и других тревожных расстройств, экспозиционная терапия также проводится при расстройствах пищевого поведения, таких как компульсивное переедание, булимия, синдромом ночной еды, ожирение [106, 161].

Одним из процессов, лежащих в основе эмоциональных нарушений и социальной тревожности при нервной анорексии, является повышенная чувствительность к негативной социальной обратной связи. Согласно этой гипотезе, повышенная чувствительность к негативной оценке со стороны окружающих может спровоцировать развитие расстройства пищевого поведения как средство достижения социального признания и повышения самооценки, а также регулирования негативных эмоций [79].

В недавнем исследовании изучалось влияние МКИ (модификации когнитивных искажений) негативных убеждений на симптомы расстройства пищевого поведения [81]. Это исследование показало, что позитивный/нейтральный тренинг способствовал уменьшению симптомов тревоги, депрессии и негативных аффектов, тогда как после негативного тренинга было

обнаружено усиление депрессивных симптомов.

Существуют надежные эмпирические доказательства эффективности экспозиционной терапии, даже как единственного метода лечения СФ. Экспозиционное воздействие часто осуществляется в сочетании со вмешательствами когнитивно-поведенческой терапии, такими как психообразование, когнитивные упражнения или стратегии предотвращения рецидивов [120, 154, 158].

Несмотря на убедительное теоретическое и эмпирическое обоснование, похоже, существуют препятствия на пути распространения экспозиционной терапии в качестве доступного метода. P. Neudeck, F. Einsle (2012) упоминают структурные барьеры (например, время, страхование или логистика) и препятствия, стоящие перед терапевтом (например, негативное отношение к экспозиционной терапии или недостаточное знакомство с методом). Все это препятствует полноценному применению методов терапевтического воздействия в клинической практике, создавая барьеры для пациентов и не позволяя им получать высокоэффективное лечение [111, 129].

Помимо вопроса об эффективности психотерапии, возникает другой вопрос: какой вид психотерапии является оптимальным.

В большинстве исследований, особенно в более ранних, изучались отдельные техники когнитивно-поведенческой терапии (КПТ). Два метаанализа, упомянутые ранее [106, 161] провели анализ подгрупп, чтобы определить, влияет ли включение определенных компонентов КПТ, таких как экспозиция, когнитивная реструктуризация, релаксация и обучение социальным навыкам, на эффективность лечения.

Не было обнаружено различий в зависимости от того, проводилось ли лечение индивидуально (индивидуальная КПТ) или в групповом формате (КПГТ) [92].

В рандомизированном контролируемом исследовании U. Stangier et al. (2011) сравнил когнитивную терапию с межличностной психотерапией. Оба метода лечения превосходили группу контроля, но когнитивная терапия была значительно

более эффективной, и эта разница сохранялась при последующем наблюдении через год [151].

На основании этого небольшого числа исследований КПТ или какой-либо ее вариант остается предпочтительным психологическим лечением, но межличностная терапия или терапия, основанная на осознанности, могут быть полезными альтернативами для пациентов, которые не дают должный терапевтический ответ на КПТ.

Еще один важный аспект результативности терапии - сохраняются ли эффекты после проведенного лечения. Метаанализ девяти РКИ по изучению применения КПТ выявил значимые эффекты после лечения, которые сохранялись при последующем наблюдении, без снижения величины эффекта [92].

Доступность психологических методов лечения, таких как когнитивно-поведенческая терапия, часто ограничена финансовыми возможностями или навыками лечащего врача, поэтому недавний метаанализ T.F. Wechsler, F. Kumpers (2019), с включением девяти исследований (общее количество участников = 371) в ходе которого было установлено, что когнитивно-поведенческая терапия с использованием виртуальной реальности столь же эффективна, как и версия, проводимая психотерапевтом, является многообещающим достижением [162]. Нужны дополнительные исследования, чтобы определить, может ли Интернет-терапия быть такой же эффективной, как версия, предоставляемая терапевтом, для всего спектра тяжести и сложности социальной фобии (с точки зрения сопутствующей патологии).

1.5.3. Комбинация психотерапии и фармакологического лечения

Все руководства по лечению социальной фобии рекомендуют комбинацию лекарств и психологического лечения для оптимального ведения пациентов с социальной фобией [102, 152].

Однако, положительные результаты терапии известны только для некоторых классов препаратов и из довольно небольшого числа исследований.

Препаратами первой линии в комбинации с психотерапией принято считать СИОЗСН и СИОЗС. Для пациентов, которые не реагируют на адекватные дозы / продолжительность приема любого из этих классов препаратов, ингибиторы моноаминоксидазы будут подходящим выбором второй линии. Старый неселективный необратимый ИМАО, фенелзин явно более эффективен, чем новый обратимый селективный агент, моклобемид, хотя его использование ограничено необходимостью жесткого контроля диеты и сопутствующего приема медикаментов, а также профилем побочных эффектов при более высоких дозах [152].

Ряд препаратов других классов обычно используется для облегчения симптомов социальной фобии и, по-видимому, эффективен, хотя данные клинических испытаний ограничены [92].

Использование бензодиазепинов ограничено короткими курсами из-за риска развития зависимости, относительно высокого риска когнитивных нарушений, что может помешать проведению психотерапии [100].

Из психотерапевтических подходов КПТ или какой-либо ее вариант представляется наиболее эффективным психологическим лечением. У данного подхода к терапии самая большая доказательная база эффективности. КПТ также, по-видимому, обеспечивает лучшую профилактику рецидива при прекращении лечения по сравнению с медикаментозным лечением [92].

Значимость комбинированного лечения социальной фобии подчеркивает проблему, заключающуюся в том, что психотерапия не является широкодоступной в большинстве стран, а социальная фобия является одним из наиболее распространенных психических расстройств.

Это делает появляющиеся доказательства эффективности КПТ через Интернет, потенциально важной новой возможностью для максимального увеличения доступности лечения [99].

Есть некоторые свидетельства, хотя и ограниченные определенными классами лекарств, что комбинация медикаментов и когнитивно-поведенческой

терапии может быть более эффективной, чем любая стратегия, используемая по отдельности [92].

Существует ряд исследований, в которых оценивалась эффективность лечения путем прямого сравнения медикаментозного лечения с комбинированным медикаментозно-психологическим лечением при социальной фобии (исследования СИОЗС [89, 95], ингибиторов моноаминоксидазы [90, 135] и одно исследование бензодиазепинов [115]).

Что касается скорости ответа на лечение в сравнении СИОЗС, ИМАО и КПТ в рандомизированном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании на 128 взрослых с диагнозом СФ в течении 24 недель, проведенном С. Blanco, R.G. Heimberg (2010) отмечен более скорый терапевтический ответ при применении сочетанного лечения, чем при использовании только психотерапии [89].

Также в исследовании применения КПТ и бензодиазепинов у 58 взрослых в течении 12 недель более быстрый ответ на лечение был при применении комбинированной терапии, чем одной психотерапии [115].

Тем не менее, следует отметить, что все исследования были относительно небольшими по размеру и, следовательно, могли не иметь достаточной статистической мощности.

По данным P. Glue (2012), в мировой литературе существует относительно немного исследований, включающих прямые сравнения лекарств с психологическими методами лечения социальной фобии, значительных различий в эффективности между СИОЗС и КПТ установлено не было [92].

Однако, в другом исследовании по сравнению эффективности когнитивной терапии и терапией флуоксетином отмечена значительно большая эффективность когнитивной терапии [89].

Метаанализ 41 исследования по сравнению ингибиторов моноаминоксидазы и психотерапии показал, что эти препараты могут превосходить психотерапевтические методы лечения, но этот результат не является

статистически значимым, так как не были учтены анамнестические данные респондентов [91, 92].

1.5.4. Использование природных средств (фитотерапии) при социальном тревожном расстройстве

Как отмечают А. Garakani, J.W. Murrough (2020), в последние годы увеличилось количество исследований лекарственных средств на основе трав при социальной тревоге, за последние 15 лет было протестировано более 30 лекарств в той или иной степени [103].

Несмотря на растущий интерес к натуральным агентам, данные по большинству из них остаются скудными. Наиболее широко изучаемым растительным соединением является кава, растение, содержащее каволапироны, которые, как считается, оказывают анксиолитическое действие за счет воздействия на натриевые и кальциевые каналы или, скорее всего, за счет действия на рецепторы ГАМК-А (аналогичным образом действуют бензодиазепины) [165].

Кокрейновский метаанализ РКИ применения кавы при тревожных расстройствах, сообщил о снижении показателей тревожности в сравнении с плацебо [134, 153, 159].

В анализе К. Smith, С. Leiras (2018) по исследованию кавы было отмечено, что кава может быть рекомендована для краткосрочного использования при СФ, но не должна заменять долгосрочные лекарства [150].

Во всех приведенных выше обзорах также отмечен риск токсического воздействия на печень при употреблении кавы. В настоящее время или в ближайшие годы не планируется дальнейшее исследование кавы при тревожных расстройствах [88, 103].

Было проведено и опубликовано несколько систематических обзоров других травяных соединений для лечения СФ, таких как ашваганда, пассифлора, гальфимия, эхинацея, гинкго, ромашка, Melissa, валериана и лаванда [141, 165].

В недавнем исследовании О. Romero-Cerecero, A.L. Islas-Garduño (2019) сравнивали гальфимин-В, выделенный из гальфимии (у крыс обнаруживший

анксиолитический эффект за счет ингибирования дофаминергических нейронов) с бензодиазепином алпразоламом в качестве контроля у пациентов и сообщили, что галфимин имел сравнимую эффективность с алпразоламом с меньшим седативным эффектом [141].

Несмотря на то, что было проведено несколько положительных исследований фитотерапии социальной тревоги, в частности использовании ромашки, наиболее убедительной доказательной базой обладает кава [108].

В настоящее время продолжают клинические испытания с использованием лаванды (которая, как считается, лечит тревогу путем ингибирования потенциал-управляемых кальциевых каналов).

Также проводятся исследования влияния шафрана (*Crocus sativus*) на течение тревоги из-за его возможных эффектов ингибирования обратного захвата серотонина в синапсах [103, 143].

Таким образом, со времен возникновения концепций о социальной фобии и РПП среди молодежи, их развитие идет параллельным ходом. Накопление больших объемов информации об особенностях патоморфологии, психопатологии, факторов развития и персистирования этих заболеваний не исключает нередких случаев отсутствия своевременной диагностики и оказания медицинской помощи, в связи с которыми студенты с СФ и РПП длительное время не получают терапию, соответствующую их заболеванию. Возможно, данные мировой литературы могут найти свое отражение и в отечественной психиатрической практике. Необходимо изучить актуальное состояние вопроса диагностики СФ и РПП в высшей медицинской школе РФ, оценить влияние установленного диагноза на назначаемую пациентам терапию, выяснить влияние терапевтических стратегий на течение СФ и коморбидных РПП, так как здоровье студентов-медиков напрямую влияет на качество подготовки будущих кадров системы здравоохранения и, соответственно, здоровья граждан России.

Наиболее часто используемыми методами лечения СФ в настоящее время являются психофармакотерапия и психотерапия.

Из медикаментозной терапии общепризнанными препаратами первой линии в лечении СФ являются СИОЗС и СИОЗСН, а также транквилизаторы в целях снижения ситуационной тревоги.

Из психотерапевтических интервенций широко используются когнитивно-поведенческие техники, методики релаксации, осознанности. Нередко применяется комбинация психотерапии и фармакотерапии.

Использование фитотерапии также весьма распространено, несмотря на недостаток научных данных об эффективности применения данных средств.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось в 2020-2021 гг. среди студентов ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, а также на базе Воронежского областного психоневрологического диспансера (ВОКПНД) и клиники «Лион-Мед».

В целях оценки уровня тревоги среди обучающихся ВГМУ им. Н.Н. Бурденко было запланировано проведение очного анкетирования, однако, в связи с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой по COVID-19, часть студентов были проанкетированы в online-формате.

2.1. Дизайн исследования

Исследование проводилось в 3 последовательных этапа.

На 1 этапе осуществлялся подбор и изучение отечественных и зарубежных источников по теме исследования.

На 2 этапе осуществлялось скрининговое обследование, студентов медицинского вуза с первого по шестой курс. Всего было обследовано 1166 человек (70% – очно, 30% – дистанционно). Среди них юноши – 249 человек (21,4%) девушки – 917 человека (78,6%). Средний возраст обследуемых пациентов $22,63 \pm 3,76$ года. Среди участников исследования 48,2% (562 человека) составили обучающиеся лечебного факультета, 24,0% (280 человек) – педиатрического факультета, 14,8% (173 человека) – стоматологического факультета, 8,0% (93 человека) – медико-профилактического факультета, 3,8% (44 человека) – института сестринского образования, 0,4% (5 человек) – международного института медицинского образования и сотрудничества, 0,8% (9 человек) – фармацевтического факультета.

При проведении анкетирования студентов была применена программа ЭВМ, разработанная автором исследования [64]. Программа представляет собой электронный ресурс для выявления симптомов социальной фобии с

использованием в основе Шкалы Либовица, а также Голландского опросника пищевого поведения для оценки проявлений пищевых нарушений. В начале тестирования студентам предлагалось по желанию указать свое имя (допустимо никнейм – для обеспечения анонимности анкетирования), возраст, пол, курс обучения в ВГМУ им. Н.Н. Бурденко (с 1 по 6), факультет (лечебный, педиатрический, медико-профилактический, стоматологический и др.). Также в программе отмечены варианты обратной связи с респондентом в случае выявления отклонений по шкалам – либо оставить телефонный номер, либо e-mail. Следует отметить, что отдельным пунктом программы ЭВМ стояло согласие на обратную связь («Я согласен, чтобы со мной связались в случае выявления повышенного уровня социальной фобии и признаков нарушений пищевого поведения»).

На основании полученных данных с помощью программы ЭВМ по опросникам шкалы Либовица и Голландского опросника пищевого поведения из общего количества выборки (1166 человек) были отобраны 214 студентов, которые набрали выше 55 баллов по шкале Либовица (слабая и умеренно выраженная социальная фобия), 10 баллов и выше по шкале тревоги Бека, имеющие признаки наличия нарушений пищевого поведения по Голландскому опроснику (показатели ниже 2,4 по ограничительному, выше 1,8 по эмоциогенному и выше 2,7 по экстернальному типам пищевого поведения).

На 3 этапе студенты, у которых были диагностированы повышенные показатели социальной тревоги (по опроснику Либовица) и тревоги по шкале тревоги Бека, а также расстройства пищевого поведения (Голландский опросник), давшие согласие на работу с психотерапевтом, были приглашены для терапии на базу Воронежского областного психоневрологического диспансера (ВОКПНД) и в клинику «Лион-Мед». Число таких студентов составило 118 человек из 214. Психическое состояние данных пациентов не требовало стационарного лечения.

Критериями включения были:

- информированное согласие студента на участие в исследовании
- уровень тревоги по шкале Либовица и по шкале тревоги Бека выше нормативных

- нарушения пищевого поведения по Голландскому опроснику пищевого поведения

- пациенты с установленными нозологическими формами согласно МКБ-10 - социальная фобия (F40.1), нервная анорексия (F50.0), нервная булимия (F50.2)

Критерии невключения:

- Установленный диагноз шизофрении в анамнезе или на момент скрининга
- Установленный диагноз панического расстройства в анамнезе или на момент скрининга

- Расстройства личности и поведения в анамнезе или на момент скрининга

- Эпилепсия в анамнезе или на момент скрининга

- ГТР в анамнезе или на момент скрининга

- ОКР в анамнезе или на момент скрининга

118 студентов соответствовали всем критериям включения и невключения. Из них 88 человек составили девушки и 30 – юноши. Из общего количества (118 человек) 12 студентов в процессе лечения были исключены из исследования в связи с отказом от продолжения участия. В связи с этим в окончательную статистическую обработку попали данные выборки из 106 человек, которые наблюдались на всех этапах лечения и соблюдали режим назначенной терапии. На данном этапе участники исследования были рандомизировано разделены на четыре группы. Рандомизация осуществлялась методом конвертов. Исследование проводилось открытым методом.

Оценка эффективности проводимого лечения осуществлялась через 1 месяц после начала лечения, по окончании курса лечения, а также в катамнезе через 1 год после окончания лечения. Критериями эффективности проведенного лечения были отсутствие жалоб, нормализация психического статуса, определяемые с помощью клинико-психопатологического метода, а также снижение показателей по шкале социальной тревожности Либовица, Голландскому опроснику пищевого поведения, шкале тревоги Бека до нормальных значений или более 60% от исходных значений.

2.2. Методы исследования

Основными методами исследования были клинико-психопатологический, психометрический, катамнестический и статистический.

Автором проводилось клиническое интервьюирование участников исследования на соответствие симптоматики социальной фобии (F40.1) и на наличие нервной анорексии (F50.0), нервной булимии (F50.2) с применением клинико-психопатологического метода работы с пациентами.

Клинико-психопатологический метод включал в себя целенаправленный и систематизированный сбор анамнестических сведений о жизни и имеющемся расстройстве. Подробно исследовались профессиональные приоритеты пациентов, отношение и удовлетворенность выбором будущей профессии, получаемым образованием. Особое внимание уделялось семейным взаимоотношениям, межличностным конфликтам, уровню материального положения и жилищно-бытовым условиям. В ходе клинического интервьюирования осуществлялся анализ текущего состояния пациента, выявлялись жалобы, анализировалось поведение студентов во время взаимодействия с врачом, а также изучались психоэмоциональные реакции.

Особое внимание уделялось выявлению и оценке степени выраженности психопатологических симптомов у пациентов. Кроме того, проводился тщательный сбор анамнестических данных путем опроса самого пациента, что позволяло изучить особенности их характера, изменения, происходящих в процессе жизни, интересы, занятия, академические успехи, трудовую деятельность, семейное положение, опыт пережитых стрессов и травматических ситуаций, а также особенности развития с детских лет до настоящего времени.

Также изучалась наследственная предрасположенность к психическим расстройствам, алкоголизму, особенностям беременности матери, осложнения при родах, особенности развития в раннем детстве и другие факторы, влияющие на состояние пациента.

Изучалась динамика психического состояния студентов, индивидуально-психологических особенности, экспериментально-психологические данные, которые дополняли клинические дефиниции.

Психометрический метод заключался в применении печатных и online версий шкал социальной тревоги Либовица (Liebowitz Social Anxiety Scale, LSAS) и Голландского опросника нарушений пищевого поведения (Dutch Eating Behavior Questionnaire, DEBQ), для этого использовался алгоритм ЭВМ с применением данных шкал, а также применялась шкала тревоги Бека.

1) *Шкала Либовица* представляет собой инструмент диагностики социальной тревожности (опросник был переведен, апробирован и валидизирован на российской выборке Григорьевой И.В., Ениколоповым С.Н., 2016) [26]. Это короткая анкета, разработанная в 1987 году Майклом Либовицем.

Целью Шкалы является оценка выраженности страха и реакций избегания на различные ситуации социального взаимодействия в целях улучшения качества диагностики социального тревожного расстройства. Шкала Либовица обычно используется для изучения результатов клинических испытаний и, в последнее время, для оценки эффективности когнитивно-поведенческих методов лечения.

Шкала Либовица был первоначально концептуализирована как рейтинговая шкала, управляемая клиницистом, но в настоящее время также используется как шкала самоотчета.

Шкала состоит из 24 вопросов, которые разделены на две подшкалы (страх и избегание). Вопросы сначала оцениваются пациентом от 1 до 4 баллов по подшкале страха, испытываемого во время ситуаций социального взаимодействия, а затем те же самые пункты оцениваются относительно избегания ситуации.

Ниже представлены варианты ответа на вопросы шкалы:

Страх или тревога

1 = отсутствует; 2 = выражены слабо; 3 = выражены умеренно;

4 = выражены сильно

Избегание ситуации

1 = никогда; 2 = иногда; 3 = часто; 4 = как правило

Объединение общих баллов по разделам «Страх» и «Избегание» дает общий балл максимум 144 балла. По результатам заполнения шкалы дается трактовка:

Ниже 55 баллов – отсутствие симптомов социальной фобии, 55-65 баллов – слабая социальная фобия, 66-80 – умеренная, 81-95 – выраженная, больше 96 – тяжелая социальная фобия.

2) *Голландский опросник пищевого поведения* (Dutch Eating Behavior Questionnaire, DEBQ, надежность и факторная валидность DEBQ в нашей стране была проверена Савчиковой Ю.Л., 2005) разработан в 1986 году в Голландии в целях диагностики экстернального, ограничительного и эмоциогенного типов РПП. Опросник представляет собой удобный простой в применении способ для анализа особенностей питания пациента.

Опросник позволяет выявить отклонения по следующим разделам: экстернальное пищевое поведение – трудности для пациента отказаться от приема аппетитно выглядящей еды, с приятным запахом, в красивой упаковке. Эмоциогенное пищевое поведение представляет собой прием пищи в целях снятия стресса, тревоги, беспокойства, своего рода «заедание проблем». Ограничительное пищевое поведение – чрезмерное увлечение различными вариантами диет, самоограничений в еде, тщательный выбор продуктов питания с составлением списков «разрешенных» и «запрещенных» для самого пациента продуктов, а также периодические срывы с неконтролируемым перееданием.

DEBQ состоит из 33 вопросов, на которые пациент отвечает самостоятельно либо совместно с психотерапевтом (в виде клинического интервьюирования по данным особенностям пищевого поведения пациента). Пункты с 1 по 10 относятся к шкале эмоциогенного пищевого поведения, с 11 по 23 – экстернального пищевого поведения, с 24 по 33 – ограничительного. Для подсчета результатов требуется суммировать баллы каждой из шкал и разделить на число вопросов в шкале. При этом показатели выше 2,4 по ограничительному, 1,8 по эмоциогенному и 2,7 по экстернальному типам пищевого поведения являются отклонением от нормы и представляют собой признаки наличия РПП.

3) *Шкала тревоги Бека* (Beck Anxiety Inventory, BAI, Beck et al., 1988;

русскоязычная версия опросника была стандартизирована в лаборатории психологии посттравматического стресса и психотерапии Института психологии РАН Тарабриной Н.В., 2001) [66]. Опросник позволяет выявлять физиологические и когнитивные компоненты тревожности. Шкала содержит 21 утверждение, каждое из которых оценивается по 4-х балльной шкале. Сумма баллов является индексом тяжести тревоги. Интерпретация результатов проводится в соответствии со следующими диапазонами баллов: от 0 до 9 баллов – отсутствие тревоги; от 10 до 21 балла – незначительный уровень тревоги; от 22 до 35 баллов средняя выраженность тревоги; от 36 до 63 баллов очень высокая тревога.

2.3. Характеристика выборки

Проведенная работа по своему дизайну представляет собой рандомизированное клиническое исследование.

Участники исследования были рандомизированы и разделены на четыре группы. Рандомизация осуществлялась методом конвертов. Исследование проводилось открытым методом. В окончательную статистическую обработку было отобрано лишь 106 человек из 118, которые наблюдались на всех этапах лечения и соблюдали режим назначенной терапии, так как 12 пациентов по разным причинам были исключены из исследования (Таблица 2.1).

Таблица 2.1 – Краткая характеристика пациентов

Количество пациентов	106
Пол	женский (n=80) мужской (n=26)
Средний возраст начала болезни (лет)	22±5,71
Средняя длительность болезни (лет)	4,1±3,4
Факультет	лечебный, педиатрический, медико-профилактический
Курс	с 1 по 6

Преморбидные особенности исследуемой выборки

Среди участников исследования было проведена анамнестическая и клинико-психопатологическая оценка преморбидных личностных и социальных особенностей, предрасполагающих к формированию СФ и РПП.

Среди значимой части участников отмечались трудности в семейных взаимоотношениях: недоверие к родителям или другим близким значимым родственникам, присутствовало непонимание, отсутствовала поддержка, отношения в семье были крайне напряженными, обследуемые часто становились свидетелями постоянных скандалов (84 человека).

При сборе анамнестических сведений у более чем половины участников (55,6%) отсутствовала нормальная модель семьи: развод родителей (особенно травматичен, в случае если происходил в более осознанном возрасте ребенка (на глазах) и тяжело переживался всеми членами семьи, сопровождаясь руганью и криками), воспитание одним из родителей (чаще матерью) – 59 человек.

Личностные особенности таких студентов были представлены шизоидной, сенситивной, психастенической и другими типами акцентуации характера, застенчивый либо тревожный характер в детстве, катастрофизация негативных событий и собственных недостатков и т.д. (78 пациентов).

Как правило, исследуемая категория студентов имела травматический опыт в прошлом: буллинг в школе, издевательства, оскорбления, публичные унижения (в том числе по поводу внешней непривлекательности, полноты, отсутствие возможности поделиться переживаниями с родителями по причине их эмоциональной холодности и низкой эмпатии). Дискриминация по поводу внешности и лишнего веса (86 пациентов).

Кроме того, часть студентов исследуемой выборки при сборе анамнеза отмечали «пищевые привычки» в семье (переедание, низкая двигательная активность, использование еды как главного источника удовольствия либо награды, несбалансированный рацион с преобладанием «быстрых» углеводов, мучных продуктов, рафинированных злаковых и др.) – 37 пациентов.

При проведении клинического осмотра в ходе сбора анамнеза выяснялось, что у студентов, вошедших в исследование, симптомы социофобии возникали в период обучения в университете. Участники исследования в зависимости от курса обучения выделяли *следующие стрессовые факторы*, воздействующие на них в период обучения в университете: необходимость сдачи студенческих экзаменов, вынужденная смена места жительства в связи с переездом к месту учебы, новый коллектив, межличностные конфликты в группе, трудности в учебе, отрыв от семьи, угроза отчисления, неудачи в отношениях, повышенная ответственность из-за нахождения в одиночестве в новом для себя городе, нехватка денежных средств, разочарованность в будущей профессии (Таблица 2.2). При этом в большинстве случаев студенты выделяли сочетание нескольких факторов, воздействующих на них в период обучения.

Таблица 2.2 – Распространенность стрессогенных учебных факторов у участников выборки

Учебные стрессогенные факторы	n (%)
Необходимость сдачи студенческих экзаменов	75 (70,8%)
Вынужденная смена места жительства в связи с переездом к месту учебы	45 (42,5%)
Новый коллектив	80 (75,5%)
Межличностные конфликты в группе	37 (34,9%)
Трудности в учебе	85 (80,2%)
Отрыв от семьи	34 (32,1%)
Угроза отчисления	17 (16,0%)
Неудачи в отношениях	8 (7,5%)
Повышенная ответственность из-за нахождения в одиночестве в новом для себя городе	27 (25,5%)
Необходимость взаимодействия с пациентами (с 3-го по 6 курс)	32 (30,2%)
Нехватка денежных средств	58 (54,7%)
Разочарованность в будущей профессии	35 (33,1%)

Примечание – n – абсолютное число студентов, % – относительное число студентов.

После проведения клинической беседы врачом-психотерапевтом, для изучения степени выраженности общей и социальной тревоги все пациенты были обследованы с помощью шкалы социальной тревоги Либовица и шкалы тревоги Бека. Кроме того, для изучения качественной и количественной оценки расстройств пищевого

поведения все пациенты были обследованы с помощью Голландского опросника пищевого поведения.

Для решения поставленных задач, была выполнена рандомизация выборки методом конвертов, которая позволила случайным образом распределить пациентов (N=106), вошедших в исследование на 4 группы. Основным расстройством у всех пациентов выборки была социальная фобия, коморбидная с расстройствами пищевого поведения.

В первую группу (I гр.) вошли 26 студентов, направленных на индивидуальную когнитивно-поведенческую терапию (КПТ). Нозологические формы (коморбидные расстройства) в I группе были представлены следующими: F 40.1 – социальная фобия (n=26), F50.0 – нервная анорексия (n=9), F50.2 – нервная булимия (n=17).

Во вторую группу (II гр.) вошло 24 студента. Соотношение нозологических форм (коморбидные расстройства) в II группе: F 40.1 – социальная фобия (n=24), F50.0 – нервная анорексия (n=8), F50.2 – нервная булимия (n=16). Пациентам данной группы помимо КПТ, был назначен антидепрессант из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) в дозировках, соответствующих стандартам лечения социальной фобии (Сертралин 100 мг/сут). Препарат принимался однократно утром в течение 60 суток.

В третью группу (III гр.) вошло 29 студентов, получавшие только психофармакотерапию без КПТ. Нозологические формы (коморбидные расстройства) в III группе были представлены: F 40.1 – социальной фобией (n=29), F50.0 – нервной анорексией (n=11), F50.2 – нервной булимией (n=18).

В четвертую группу (IV гр.) вошло 27 человек, проходивших когнитивно-поведенческую групповую психотерапию (КПГТ). Нозологические формы (коморбидные расстройства) в IV группе были представлены F 40.1 – социальной фобией (n=27), F50.0 – нервной анорексией (n=11) и F50.2 – нервной булимией (n=16).

Выбор в качестве фармакотерапии Сертралина в настоящем исследовании обусловлен наличием убедительных данных, подтверждающих его эффективность в терапии социального тревожного расстройства [73, 159].

Основными жалобами, которые участники исследования предъявляли в процессе беседы, являлись: сложности при взаимодействии с окружающими, страх находиться в компании малознакомых людей, либо выступать перед большой аудиторией, пониженное настроение, пессимистические мысли, беспричинная тревожность, нарушения сна, чувство сердцебиения, одышка, желудочно-кишечные расстройства.

Из общего числа пациентов группы ($n=27$), проходившей КПГТ (4 группа), были сформированы 4 подгруппы (по 7 человек каждая и одна – 6 человек). Группы КПГТ, собирались с периодичностью раз в неделю на двухчасовые встречи, общее число которых в итоге составило 8. КПГТ проводили два психотерапевта.

2.5. Программа когнитивно-поведенческой терапии

Индивидуальная КПГТ проводилась лично автором. В работе психотерапевтической группы при использовании КПГТ помимо автора исследования принимал участие психотерапевт клиники ООО «Лион-Мед» г. Воронежа.

При проведении сеансов КПГТ после решения организационных вопросов участникам группы предлагалось коротко поделиться своими страхами и сформулировать задачи на предстоящее вмешательство. Психотерапевты помогали высказаться наиболее застенчивым.

Проводилось обсуждение симптоматики расстройства с участниками (сходные пугающие ситуации или проявления тревоги). Также участники делились своими страхами, что способствовало осознанию того, что у них общие проблемы.

На первой сессии проводилось обсуждение когнитивно-поведенческой модели СФ. Это продолжение того, что пациенты уже знают из вводной беседы с целью выяснения направленности вмешательства.

Участникам КПГТ пояснялся когнитивный компонент СФ — автоматические мысли (АМ), участвующие в поддержании и усилении тревоги. Основные психотерапевтические техники в рамках работы с СФ — ролевая экспозиция, когнитивное реструктурирование и выполнение домашнего задания на экспозицию in

vivo с последующим когнитивным анализом разъяснялись пациентам по ходу проведения КПГТ.

В конце первой сессии со студентами проводился тренинг когнитивного реструктурирования – выявление автоматических мыслей и последующий адаптивный ответ на них.

Для демонстрации техники работы с автоматическими мыслями один из психотерапевтов на примере ситуации из своей жизни рассказывал о своих АМ и фиксировал их на доске. Группе было необходимо провести анализ данных мыслей, оценить их иррациональность либо ошибочность. Далее участники должны были задавать вопросы, помогающие более корректно взглянуть на ситуацию.

Второй психотерапевт помогал участникам в случае возникновения сложностей с формулированием вопросов. После стадии конфронтации психотерапевты вместе с группой подводили итог работы и давали адаптивный ответ из нескольких предложений. Данная техника позволяла понять механизм работы когнитивных техник без признания собственных мыслей иррациональными или ошибочными.

Далее участники группы по очереди делились между собой личными АМ, возникшими на первом сеансе КПГТ, а один из психотерапевтов в то время фиксировал их на доске или бумаге. По окончании первой сессии психотерапевты опровергали данные АМ.

Домашнее задание после первой сессии представляло собой фиксацию и последующее построение когнитивной концептуализации всех тревожных ситуаций за последующую неделю с перечислением АМ в каждой ситуации.

На втором сеансе КПГТ после заполнения шкал участники разбирали домашнее задание за прошедшую неделю. Несколько АМ каждого из участников фиксировались на доске либо бумаге для последующего разбора во время упражнений. Также психотерапевты на второй сессии предлагали участникам ознакомиться с перечнем ошибок мышления.

Психотерапевты кратко характеризовали каждый тип ошибок мышления. Далее всеми участниками группы проводилось выявление ошибок мышления в каждой АМ, записанной во время анализа домашнего задания.

Со студентами проводился разбор основных вариантов ошибок мышления. Мышление по типу «все или ничего» (синонимы: черно-белое, поляризованное или дихотомическое мышление): ситуация расценивается лишь в двух категориях, без континуума. Предвосхищение негативных исходов: ожидание, что произошло либо вскоре произойдет что-то ужасное. Катастрофизация: убеждение себя в том, что случилось либо неизбежно случится самый негативный исход, без представления о возможных других, менее плохих, исходах. Также рассматривались такие ошибки мышления, как отрицание (либо отклонение) позитивного, навешивание ярлыков, чрезмерная генерализация, чтение мыслей и др.

В последующем при проведении когнитивного реструктурирования участникам было необходимо дать адаптивный ответ на автоматические мысли и сформулировать рациональные ответы либо опровержение АМ.

АМ участников КПГТ в целом соответствовали социальному тревожному расстройству, основными АМ были: «обо мне плохо подумают окружающие», «я выгляжу нелепо, все будут надо мною смеяться», «во время выступления перед аудиторией у меня трясутся руки и я краснею», «когда на меня смотрит множество человек, я начинаю сильно потеть и плохо пахнуть», «если я первый обращусь к незнакомому человеку, обо мне подумают, что я сошла с ума» (Рисунок 2.1).

Участники задавали следующие оспаривающие вопросы для опровержения своих выявленных АМ: «Полностью ли я уверен в том, что обо мне плохо подумают?» «Уверен ли я на все 100%, что буду выглядеть смешно?» «Действительно ли от меня плохо пахнет?»

После 3 сессии в работе группы использовался сходный формат. После заполнения шкал с участниками проводился анализ домашнего задания. Также на сессиях студенты по очереди проводили экспозиции в виде проигрывания ролей.

Между сессиями психотерапевты обсуждали между собой экспозиции для каждого из участников группы и очередность проведения экспозиций.

Обычно на каждой сессии проводились три ролевые экспозиции, что давало возможность каждому из участников группы регулярно проводить экспозиции. В конце каждой сессии участники получали домашнее задание на будущую неделю.

Участникам нужно было проводить экспозиции *in vivo* с последующим когнитивным реструктурированием.

Важной задачей при анализе экспозиции являлось выявление АМ, способствовавших усилению тревоги (иррациональных мыслей), либо снижению тревоги (рациональные мысли, имеющие цель совладания с переживаемым стрессом). Также пациентов спрашивали о том, какие из приобретенных во время проведения экспозиции навыков могут быть, по их мнению, применимы в жизненных ситуациях.

Первая часть *последней сессии* в целом по формату соответствовала предыдущим сессиям, однако количество экспозиций составляло не три, а одну. Вторая часть была посвящена подведению итогов и обсуждению достигнутых студентами результатов терапии, оценке адаптивных ответов, которые могут быть использованы ими в дальнейшем, постановке задач для последующей самостоятельной работы по окончании вмешательства (Рисунок 2.1).

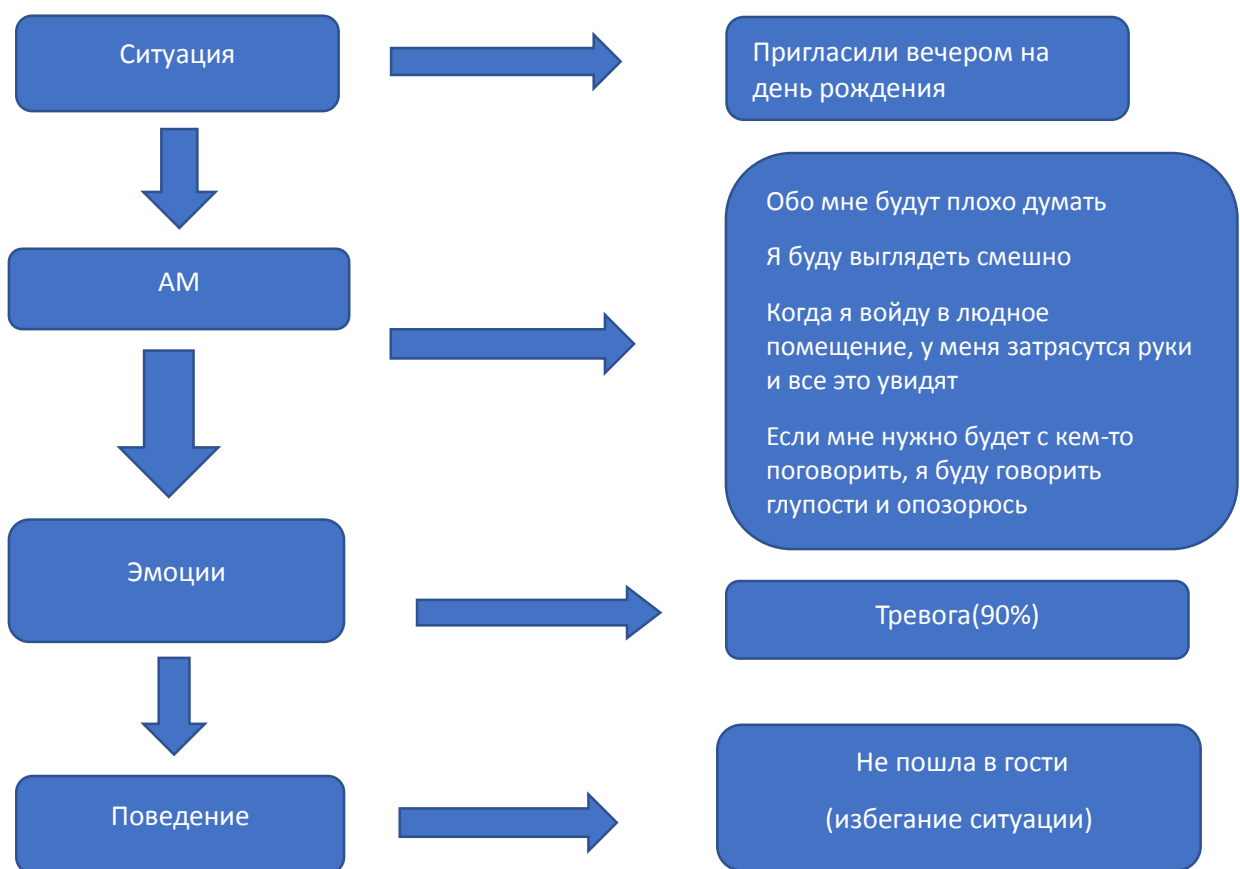


Рисунок 2.1 – Блок-схема: когнитивная концептуализация участника когнитивно-поведенческой групповой терапии с социальным тревожным расстройством

2.6. Статистический метод

Статистический анализ проводился с применением программы SPSS 17.0, предназначенной для проведения прикладных исследований в медицине и социальных науках, а также программы Statistica 13.0. Использовались методы описательной статистики, в т.ч. таблицы сопряженности; полученные в них распределения показателей анализировались с помощью критерия χ^2 Пирсона (Pearson K., 1900). При сравнении различий между выборками использовались непараметрические методы, в т.ч. U-критерий Манна-Уитни (Mann H.B., Whitney D.R., 1947). Также использовался метод корреляционного анализа. Критерий Стьюдента t не использовался, так как при оценке переменных с помощью F-критерия Фишера не было достигнуто равенство дисперсий, а распределение отличалось от нормального. Для сокращения числа переменных применялся факторный анализ методом варимакс-вращений. Для изучения влияния социофобии на нарушения пищевого поведения применялся множественный регрессионный анализ. Оценку модели проводили по значению R^2 и скорректированный R^2 , а также используя критерий Дарбина-Уотсона. Различия считались статистически значимыми при двустороннем уровне $p < 0,05$.

ГЛАВА 3. АНАЛИЗ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЫРАЖЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ ФОБИИ И ПИЩЕВЫХ НАРУШЕНИЙ

В данной главе изучались клинико-психологические показатели выраженности социальной фобии и нарушений пищевого поведения с помощью программы ЭВМ «Диагностика и мониторинг социальной тревоги и коморбидных нарушений пищевого поведения у студентов», разработанной автором исследования. С этой целью были обследованы 1166 человек (70% очно, 30% дистанционно). Среди них юноши – 249 (21,4%) человек, девушки – 917 (78,6%) человек (Таблица 3.1).

Таблица 3.1 – Распределение респондентов по полу

Пол	Абс.	Отн. (%)
Женский	917	78,6%
Мужской	249	21,4%

Средний возраст обследуемых пациентов составил $22,63 \pm 3,76$ года. Среди участников исследования 48,2% (562 человека) – обучающиеся лечебного факультета, 24,0% (280 человек) – педиатрического факультета, 14,8% (173 человека) – стоматологического факультета, 8,0% (93 человека) – медико-профилактического факультета, 3,8% (44 человека) – института сестринского образования, 0,4% (5 человек) – международного института медицинского образования и сотрудничества, 0,8% (9 человек) – фармацевтического факультета (Таблица 3.2).

Таблица 3.2 – Распределение респондентов по факультетам

Факультет	Абс.	Отн. (%)
Лечебный факультет	562	48,2%
Педиатрический факультет	280	24,0%
Стоматологический факультет	173	14,8%
Медико-профилактический факультет	93	8,0%
Институт сестринского образования	44	3,8%
Международный институт медицинского образования и сотрудничества	5	0,4%
Фармацевтический факультет	9	0,8%

3.1. Результаты исследования уровней тревоги по шкале Либовица и шкале Бека у респондентов из общей выборки

Для оценки уровня тревоги применялись шкала социальной тревоги Либовица и шкала тревоги Бека в составе программы ЭВМ.

Среди всех опрошенных студентов (1166 человек) социальная тревога по шкале Либовица отсутствовала у 952 (81,65%) студентов. Значимый уровень тревоги был выявлен у 214 (18,35%) человек. У данных студентов средняя длительность наличия симптомов тревоги составила $1,5 \pm 1,4$ года. Выраженная социальная тревога обнаружена у 24,7% (53 человека), умеренная – у 30,4% (65 человек), слабая социальная тревога – у 44,9% (96 человек) (Рисунок 3.1).

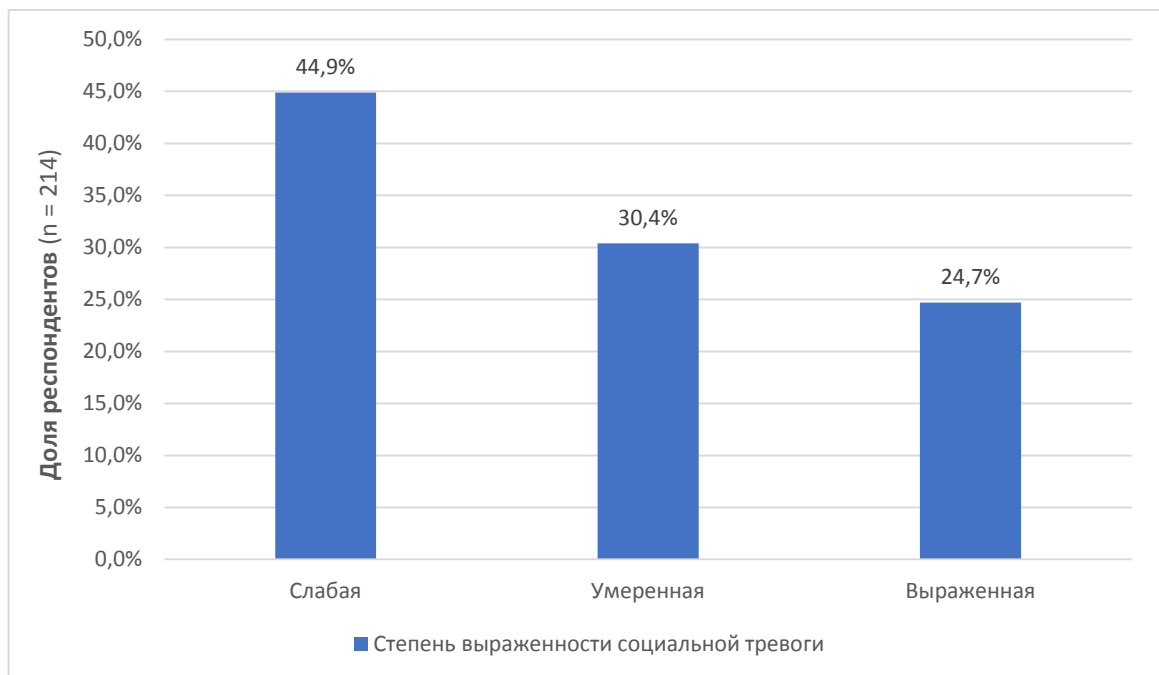


Рисунок 3.1 – Распределение студентов по степени тяжести социальной тревоги, измеренной шкалой Либовица

Из рисунка 3.1 следует, что наибольший процент студентов (75,3%) имеет слабую и умеренную выраженность социальной тревоги и у 24,7% студентов выявляется выраженная социальная тревога.

На рисунке 3.2 представлен средний балл социальной тревоги в зависимости от курса обучения по шкале Либовица. Наиболее выраженные значения уровня тревоги наблюдаются у студентов 1, 5 и 6 курсов обучения.



Рисунок 3.2 – Величина среднего балла социальной тревоги по шкале Либовица в зависимости от курса обучения

Средний балл социальной тревоги среди всех курсов составил $73,1 \pm 17,3$, что соответствует умеренной выраженности социальной фобии по опроснику Либовица.

Анализ шкалы тревоги Бека показал, что тревога отсутствует у 953 (81,7%) студентов. У 213 студентов выявляется различная выраженность тревоги. Средний балл по шкале тревоги Бека составил $28,75 \pm 1,87$. Очень высокая тревога определяется у 23,5% (50 человек), средняя выраженность тревоги – у 30,5% (65 человека), незначительный уровень тревоги – у 46,1% (98 человека).

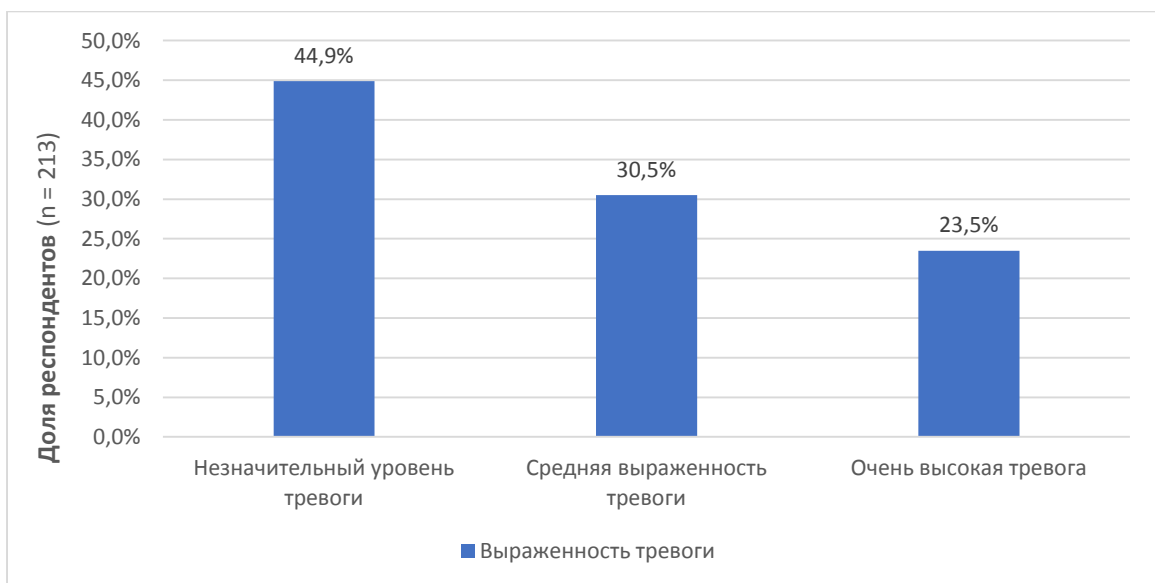


Рисунок 3.3 – Распределение студентов по степени выраженности тревоги, измеренной шкалой Бека

3.2. Факторный анализ стрессогенных событий у респондентов общей выборки

Для изучения возможных причин высоких уровней тревоги у студентов осуществлялся анализ стрессогенных событий, с последующим проведением факторного анализа. Распространенность стрессогенных факторов среди студентов медицинского университета была различной. Так, участники с 1 и 2 курсов обучения выделяли в качестве наиболее травмирующих событий следующие: вынужденная смена места жительства в связи с переездом к месту учебы, новый коллектив, отрыв от семьи, повышенная ответственность из-за нахождения в одиночестве в новом для себя городе, нехватка денежных средств, разочарованность в будущей профессии. Для студентов 3 и 4 курсов стрессовыми факторами были: угроза отчисления, необходимость сдачи экзаменов, необходимость взаимодействия с пациентами, межличностные конфликты в группе, нехватка денежных средств. Студенты 5 и 6 курсов обучения в качестве стрессогенных факторов отмечали трудности в учебе, неудачи в отношениях, нехватку денежных средств, сдачу государственных экзаменов (Таблица 3.3).

Таблица 3.3 – Распространенность стрессогенных учебных событий у участников выборки в зависимости от курса обучения

Курс	Учебные стрессогенные события
1, 2	<ul style="list-style-type: none"> • Вынужденная смена места жительства в связи с переездом к месту учебы • Новый коллектив • Отрыв от семьи • Повышенная ответственность из-за нахождения в одиночестве в новом для себя городе • Нехватка денежных средств • Разочарованность в будущей профессии
3, 4	<ul style="list-style-type: none"> • Угроза отчисления • Необходимость сдачи экзаменов • Необходимость взаимодействия с пациентами • Межличностные конфликты в группе • Нехватка денежных средств
5, 6	<ul style="list-style-type: none"> • Трудности в учебе • Неудачи в отношениях • Нехватка денежных средств • Сдача государственных экзаменов

С целью выделения стрессогенных факторов, был проведен факторный анализ с варимакс-вращением, который позволил выделить стрессогенные факторы, их факторные веса и процент объясняемой этим фактором общей дисперсии. Полученные результаты показали, что студенты 1 и 2 курсов оказались наиболее уязвимой категорией в отношении воздействия на них следующих стрессогенных факторов с общим процентом дисперсии – 64,1%: жизненные изменения, материальный фактор и разочарованность в будущей профессии. Для студентов 3 и 4 курсов наиболее стрессогенными были факторы трудности в учебе, социальный и материальный с общим процентом дисперсии 55,4%. У студентов 5 и 6 курсов выделены следующие стрессогенные факторы: трудности в учебе, неудачи в отношениях и материальный (общий процент дисперсии 65,4%) (Таблица 3.4).

Таблица 3.4 – Результаты факторного анализа значимости стрессогенных факторов для студентов изучаемой выборки в зависимости от курса обучения

Фактор	Стрессогенные причины	r	Собственное значение фактора	% дисперсии
1, 2 курс				
Жизненные изменения	Вынужденная смена места жительства в связи с переездом к месту учебы	0,843	5,27	32,2
	Новый коллектив	0,729		
	Отрыв от семьи	0,712		
	Повышенная ответственность из-за нахождения в одиночестве в новом для себя городе	0,805		
Материальный	Нехватка денежных средств	0,763	2,73	17,6
Разочарованность в будущей профессии	Разочарованность в будущей профессии	0,718	1,92	14,3
3, 4 курс				
Трудности в учебе	Угроза отчисления	0,724	4,74	28,7
	Необходимость сдачи экзаменов	0,773		
	Необходимость взаимодействия с пациентами	0,711		
Социальный	Межличностные конфликты в группе	0,855	2,56	14,2
Материальный	Нехватка денежных средств	0,793	2,18	12,5
5, 6 курс				
Трудности в учебе	Трудности в учебе	0,767	6,42	35,6
	Сдача государственных экзаменов	0,784		
Неудачи в отношениях	Неудачи в отношениях	0,722	2,89	16,3
Материальный	Нехватка денежных средств	0,831	2,11	13,4

На фоне развивающейся социофобии для снятия имеющейся тревоги и напряжения, у студентов в качестве патологической адаптации отмечались эпизоды переедания, которые через несколько месяцев приводили к повышению веса тела, недовольству своей внешностью, и, как следствие, к эпизодам отказа от еды, вызыванию рвоты после еды, прибеганию к различным методам похудения. Проявляющуюся вышеописанную клиническую симптоматику мы рассматривали в рамках начальных форм расстройств пищевого поведения, которые выступали, своего рода, дезадаптивными реакциями как ответ на происходящие в жизни студентов стрессовые события.

3.3. Результаты исследования Голландского опросника пищевого поведения у респондентов из общей выборки

Для изучения пищевого поведения у студентов всей выборки (1166 человек) в составе программы ЭВМ применялся Голландский опросник пищевого поведения.

Как видно из представленных на рисунке 3.4 данных, при анализе полученных результатов ограничительный тип пищевого поведения наиболее часто встречался у студентов 2-го, эмоциогенный – у студентов 3-го, 4-го, 5-го и 6 курсов обучения. У студентов 1-го курса чаще выявлялся экстернальный тип пищевого поведения.

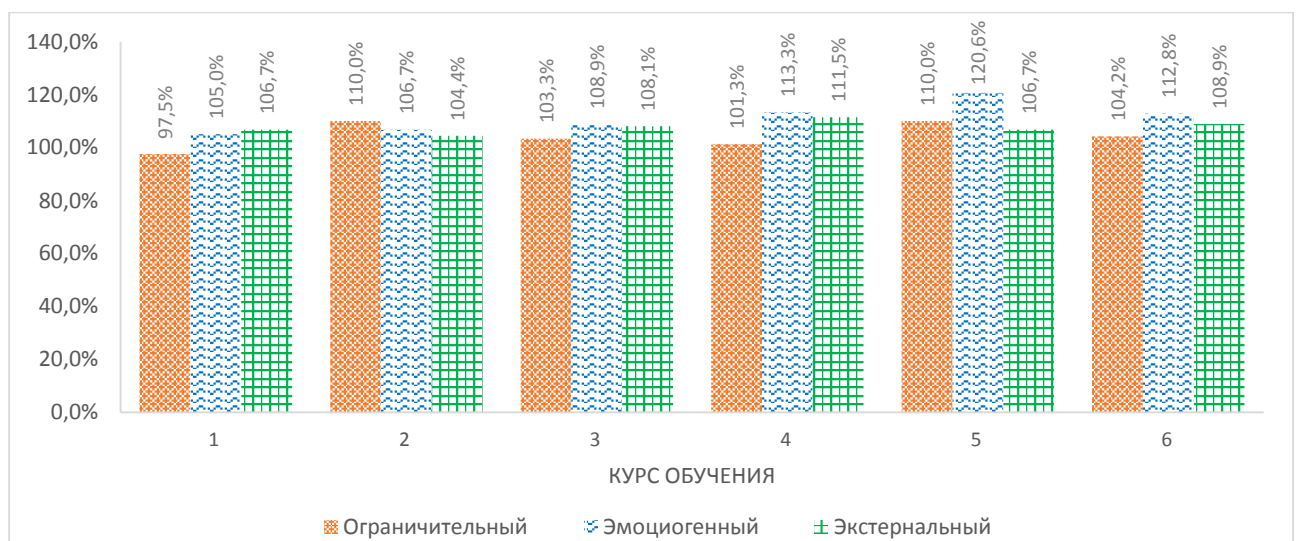


Рисунок 3.4 – Соотношение типов пищевого поведения у респондентов разных курсов обучения (за 100% принят средний балл для типа поведения, полученный на выборке в целом N=1166)

В таблице 3.5 представлен средний балл при ответе респондентов в зависимости от курса обучения в ВУЗе по Голландскому опроснику пищевого поведения.

Таблица 3.5 – Средний балл, полученный при обработке результатов опроса респондентов по DEBQ в зависимости от курса обучения

Курс	Ограничительное (норма до 2,4 балла)	Эмоциогенное (норма до 1,8 балла)	Экстернальное (норма до 2,7 балла)
1-й	2,34±0,98	1,89±0,83	2,88±0,69
2-й	2,64±1,04	1,92±0,81	2,82±0,66
3-й	2,48±1,1	1,96±0,79	2,92±0,68
4-й	2,43±1,16	2,04±0,93	3,01±0,62
5-й	2,64±1,12	2,17±1,03	2,88±0,75
6-й	2,5±1,07	2,03±0,94	2,94±0,72

Результаты опросника DEBQ показали, что нарушения пищевого поведения имеют 214 (18,2%) студентов, при этом из этого числа некоторые респонденты имели комбинированные нарушения (Рисунок 3.5).

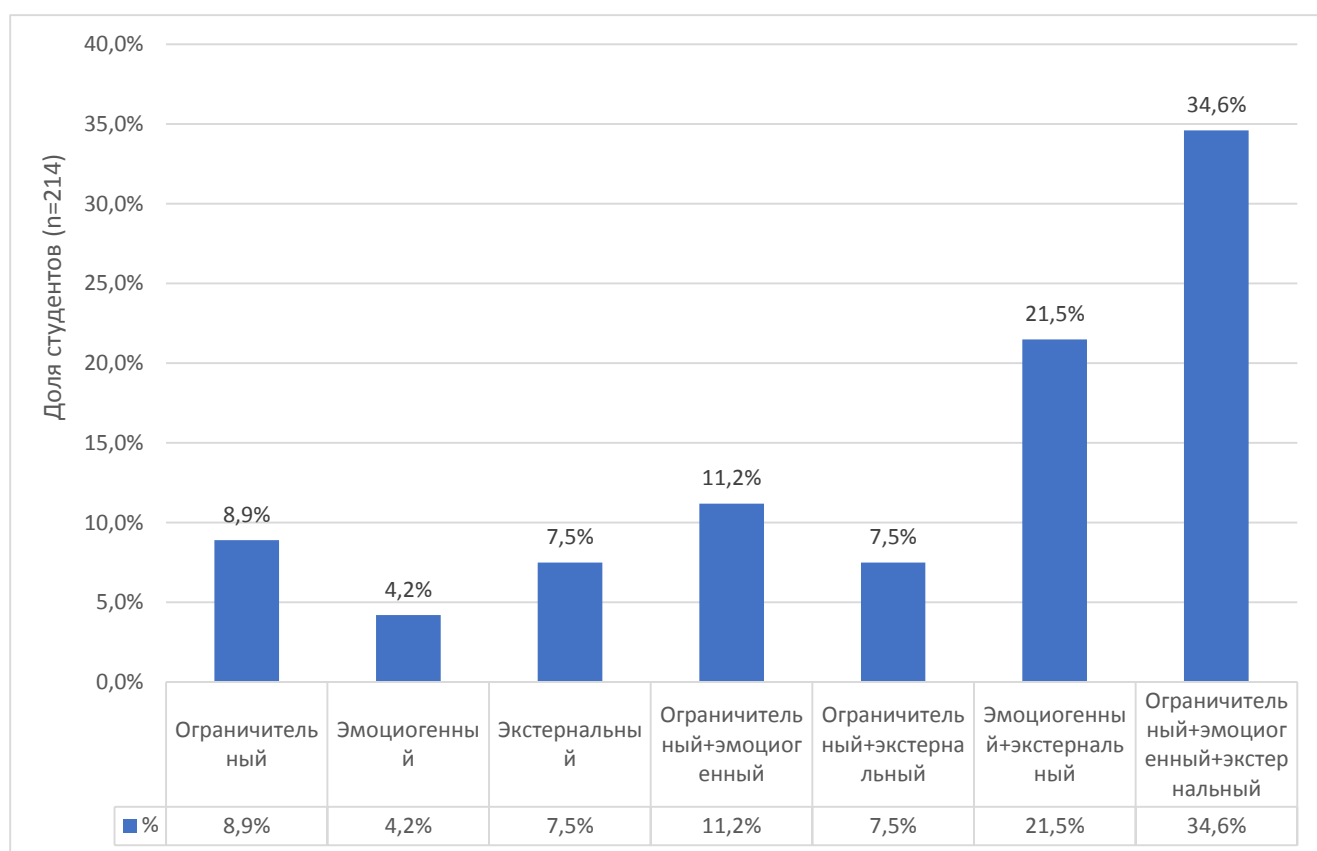


Рисунок 3.5 – Распределение студентов по типу нарушений пищевого поведения

Смешанные формы нарушений пищевого поведения встречались у 74,8% студентов. Среди них наиболее часто встречающимся типом пищевого поведения был ограничительный+эмоциогенный+экстернальный (34,6%). Эмоциогенный+экстернальный тип встречался у 21,5% студентов. Ограничительный+эмоциогенный и ограничительный+экстернальный встречались с частотой 11,2% и 7,5% соответственно. Нарушения одного компонента пищевого поведения встречались в 20,6% случаев. Ограничительный тип нарушений встречался чаще всего у 8,9% студентов. Экстернальный тип нарушений был выявлен у 7,5% студентов. Эмоциогенный – у 4,2% студентов.

У женщин статистически значимо чаще 89 (41,6%), чем у мужчин 24 (11,2%) обнаруживался ограничительный тип пищевого поведения (хи-квадрат Пирсона, $p=0,026$) и эмоциогенный (у женщин – 52 (24,3%), у мужчин – 13 (6,1%)) (хи-квадрат Пирсона, $p=0,039$). По экстернальному типу пищевого поведения статистически значимых различий в зависимости от пола выявлено не было.

В таблице 3.6 представлены результаты корреляционного анализа полученных по выборке данных.

Таблица 3.6 – Корреляционные взаимосвязи выбора варианта ответа на вопрос голландского опросника с полом и курсом обучения²

Формулировка вопроса	Пол	Курс
Если ваш вес начинает нарастать, вы едите меньше обычного?	-0,207**	-0,004
Стараетесь ли вы есть меньше, чем вам хотелось бы во время обычного приёма пищи?	-0,178**	0,004
Часто ли вы отказываетесь от еды и питья из-за того, что беспокоитесь о своём весе?	-0,189**	0,077*
Аккуратно ли вы контролируете количество съеденного?	-0,075*	0,043
Выбираете ли вы пищу преднамеренно, чтобы похудеть?	-0,193**	0,140**
Если вы переели, будете ли вы на следующий день есть меньше?	-0,139**	0,021
Стараетесь ли вы есть меньше, чтобы не поправиться?	-0,238**	0,038
Часто ли вы стараетесь не есть между обычными приёмами пищи из-за того, что следите за своим весом?	-0,137**	0,022

Примечание – статистически значимые взаимосвязи при $p < 0,05$ отмечены *, при $p < 0,01$ отмечены ** согласно таблице критических значений корреляции Пирсона при количестве наблюдений более 1000.

² Цит. по Афанасьев, С.О. Социальная тревога и расстройства пищевого поведения среди студентов медицинского вуза / С.О. Афанасьев, О.Ю. Ширяев, И.С. Махортова // Неврологический вестник. – 2021. – Том LIII, № 3. – С. 11-18. DOI 10.17816/nb71580

Продолжение таблицы 3.6

Формулировка вопроса	Пол	Курс
Часто ли вы стараетесь не есть вечером из-за того, что следите за своим весом?	-0,198**	0,078*
Имеет ли значение ваш вес, когда вы едите?	-0,190**	0,107**
Возникает ли у вас желание есть, когда вы раздражены?	-0,095*	0,048
Возникает ли у вас желание есть, когда вам нечего делать?	-0,217**	0,133**
Возникает ли у вас желание есть, когда вы подавлены или обескуражены?	-0,141**	0,069*
Возникает ли у вас желание есть, когда вам одиноко?	-0,147**	0,131**
Возникает ли у вас желание есть, когда вас кто-либо подвёл?	-0,091*	0,099**
Возникает ли у вас желание есть, когда вам что-либо препятствует, встаёт на вашем пути, или нарушаются ваши планы, либо что-то не удаётся?	-0,130**	0,110**
Возникает ли у вас желание есть, когда вы предчувствуете какую-либо неприятность?	-0,099**	0,095**
Возникает ли у вас желание есть, когда вы встревожены, озабочены или напряжены?	-0,080*	0,057
Возникает ли у вас желание есть, когда «всё не так», «всё валится из рук»?	-0,127**	0,089*
Возникает ли у вас желание есть, когда вы испуганы?	0,009	0,023
Возникает ли у вас желание есть, когда вы разочарованы, когда разрушены ваши надежды?	-0,158**	0,064*
Возникает ли у вас желание есть, когда вы взволнованы, расстроены?	-0,168**	0,052
Возникает ли у вас желание есть, когда вы скучаете, утомлены, беспокойны?	-0,154**	0,065*
Едите ли вы больше чем обычно, когда еда вкусная?	0,045	0,064*
Если еда хорошо выглядит и хорошо пахнет, едите ли вы больше обычного?	0,033	0,079*
Если вы видите вкусную пищу и чувствуете её запах, едите ли вы больше обычного?	0,023	0,074*
Если у вас есть что-либо вкусное, съедите ли вы это немедленно?	-0,065*	0,017
Если бы проходите мимо булочной (кондитерской), хочется ли вам купить что-либо вкусное?	-0,087*	-0,029
Если вы проходите мимо закусочной или кафе, хочется ли вам купить что-либо вкусное?	-0,066*	-0,003
Если вы видите, как едят другие, появляется ли у вас желание есть?	-0,050	0,027
Можете ли вы остановиться, если едите что-либо вкусное?	-0,026	0,088*
Едите ли вы больше чем обычно в компании (когда едят другие)?	0,046	0,115**
Когда вы готовите пищу, часто ли вы её пробуете?	-0,061*	-0,083 *

Примечание – статистически значимые взаимосвязи при $p < 0,05$ отмечены *, при $p < 0,01$ отмечены ** согласно таблице критических значений корреляции Пирсона при количестве наблюдений более 1000.

Как видно из таблицы 3.6, «женщины чаще отказываются от еды и напитков из-за того, что беспокоятся о своём весе, чем мужчины ($p < 0,01$), что положительно коррелирует с курсом обучения. Также девушки чаще выбирают определённую пищу, чтобы похудеть ($p < 0,01$), учитывают свой вес во время приёма пищи

($p < 0,01$)»³. «По результатам выбора ответов на вопросы DEBQ, девушки чаще отмечают желание есть, когда им нечего делать либо они подавлены, испытывают чувство одиночества [«Возникает ли у вас желание есть, когда вам одиноко?» ($p < 0,01$), «Возникает ли у вас желание есть, когда вы подавлены или обескуражены?» ($p < 0,01$)], что увеличивается к старшим курсам ($p < 0,01$)»⁴.

«Также по результатам анализа ответов респондентов на вопросы Голландского опросника пищевого поведения было установлено, что девушки чаще, чем юноши, испытывают желание есть при переживании неприятных жизненных событий [«Возникает ли у вас желание есть, когда вас кто-либо подвёл?» ($p < 0,05$), «Возникает ли у вас желание есть, когда вы разочарованы, когда разрушены ваши надежды?» ($p < 0,01$), «Возникает ли у вас желание есть, когда вы скучаете, утомлены, беспокойны?» ($p < 0,01$). Данные характеристики чаще встречаются на старших курсах ($p < 0,05$). Для женщин более характерно ограничение в пище при нарастании веса, чем для мужчин ($p < 0,01$), а также уменьшение количества съеденного на следующий день в случае переедания ($p < 0,01$). По данным анализа ответов студентов на вопросы DEBQ также выявлено, что девушки значительно чаще, чем юноши, отмечали желание есть в ситуациях влияния рекламы либо вкусного вида и запаха продуктов [«Если у вас есть что-либо вкусное, съедите ли вы это немедленно?» ($p < 0,05$), «Если вы проходите мимо булочной (кондитерской), хочется ли вам купить что-либо вкусное?» ($p < 0,05$)]. Выбор ответов на данные вопросы не коррелирует с курсом обучения»⁵.

В целом, по данным исследования, ограничительный ($r = -0,218$, $p < 0,01$) и эмоциогенный типы ($r = -0,164$, $p < 0,01$) нарушений пищевого поведения коррелируют с женским полом и более старшим курсом обучения (ограничительный тип: $r = 0,066$, $p < 0,01$; эмоциогенный тип: $r = 0,105$, $p < 0,01$). Значимых корреляций пола респондентов и курса обучения в отношении

³ Цит. по Афанасьев, С.О. Социальная тревога и расстройства пищевого поведения среди студентов медицинского вуза / С.О. Афанасьев, О.Ю. Ширяев, И.С. Махортова // Неврологический вестник. – 2021. – Том LIII, № 3. – С. 11-18. DOI 10.17816/nb71580

⁴ Там же.

⁵ Там же.

экстернального типа нарушения пищевого поведения выявлено не было (Таблица 3.7).

Таблица 3.7 – Корреляционные взаимосвязи выбора варианта ответа на вопрос голландского опросника с полом и курсом обучения

Тип пищевого поведения	Пол	Курс
Ограничительный тип поведения	-0,218**	0,066*
Эмоциогенный тип поведения	-0,164**	0,105**
Экстернальный тип поведения	-0,038	0,052

Примечание – статистически значимые взаимосвязи при $p < 0,05$ отмечены *, при $p < 0,01$ отмечены ** согласно таблице критических значений корреляции Пирсона при количестве наблюдений более 1000.

В таблице 3.8 представлены корреляционные взаимосвязи выбора варианта ответа на вопрос опросника шкалы социальной тревожности Либовица с полом и курсом обучения.

Таблица 3.8 – Корреляционные взаимосвязи выбора варианта ответа на вопрос опросника шкалы социальной тревожности Либовица с полом и курсом обучения

Вопросы шкалы социальной тревожности Либовица	Пол		Курс обучения	
	Страх или тревога	Избегание ситуации	Страх или тревога	Избегание ситуации
Говорить по телефону в общественных местах	0,022	0,085*	0,083*	0,093*
Участвовать в деятельности небольшой группы	-0,060*	-0,013	0,017	-0,029
Есть в общественных местах	-0,146**	-0,050*	0,013	-0,018
Пить в общественных местах	-0,049	-0,043	0,030	0,010
Говорить с начальством (вышестоящим лицом)	-0,195**	-0,037	0,024	0,099
Выполнять какие-либо действия или говорить перед аудиторией	-0,104**	0,038	0,061*	0,093*
Участвовать в вечеринке, идти в гости	0,000	0,060*	0,024	0,051*
Работать под наблюдением (в присутствии) кого-либо	-0,079*	0,085*	0,031	0,055*
Писать текст под наблюдением (в присутствии) кого-либо	-0,089*	0,018	0,014	-0,040
Говорить по телефону с малознакомым человеком	-0,139**	-0,080*	0,039	-0,054*
Говорить с глазу на глаз с малознакомым человеком	-0,115**	-0,045	-0,001	0,015
Встречаться с незнакомыми людьми	-0,213**	-0,056*	-0,028	-0,080*
Мочиться в общественном туалете	0,001	-0,054*	0,004	-0,065*
Входить в комнату, где уже сидят другие люди	-0,127**	-0,065*	0,044	-0,025
Быть в центре внимания	-0,101**	-0,034	0,085*	0,07*1
Выступать на собрании без подготовки	-0,209**	-0,048	0,034	0,062*

Примечание – статистически достоверные взаимосвязи при $p < 0,05$ отмечены *, при $p < 0,01$ отмечены ** согласно таблице критических значений корреляции Пирсона при количестве наблюдений более 1000.

Продолжение таблицы 3.8

Вопросы шкалы социальной тревожности Либовица	Пол		Курс обучения	
	Страх или тревога	Избегание ситуации	Страх или тревога	Избегание ситуации
Тестироваться на умения, способности знания	-0,149**	-0,036	0,120**	0,026
Выражать неодобрение или несогласие с малознакомым человеком	-0,129**	-0,021	0,109**	0,093*
Смотреть прямо в глаза малознакомому человеку	-0,056*	-0,018	0,008	-0,006
Выступать с подготовленной речью перед группой людей	-0,153**	-0,002	0,119**	0,085*
Пытаться познакомиться с кем-то	-0,065*	0,007	0,078*	0,086*
Возвратить товар в магазин или договориться о выплате компенсации	-0,112**	-0,091*	0,110**	0,057*
Организовать вечеринку /пригласить гостей	0,004	0,054*	0,052*	-0,004
Устоять перед настойчивыми предложениями продавца	-0,106**	-0,034	0,086*	-0,021

Примечание – статистически достоверные взаимосвязи при $p < 0,05$ отмечены *, при $p < 0,01$ отмечены ** согласно таблице критических значений корреляции Пирсона при количестве наблюдений более 1000.

Было выявлено, что ситуации разговора по телефону в общественных местах чаще избегаются юношами, чем девушками, что положительно коррелирует с курсом обучения ($p < 0,05$). Кроме того, телефонные разговоры при посторонних вызывают большую тревогу к последующим годам обучения ($p < 0,05$).

Участие в деятельности группы чаще избегается девушками, чем юношами ($p < 0,05$) и не коррелирует с годом обучения в ВУЗе. Прием пищи в общественных местах вызывает страх ($p < 0,01$) и желание избежать подобной ситуации ($p < 0,05$), чаще у девушек и не зависит от курса.

Выполнение каких-либо действий перед аудиторией вызывает тревогу чаще у девушек ($p < 0,01$), данные ситуации вызывают большую тревогу и желание избежать в зависимости от года обучения, нарастая к более старшим курсам ($p < 0,05$).

Также, при анализе ответов студентов на вопросы Шкалы социальной тревоги Либовица (LSAS) отмечено, что девушки испытывают больший страх и желание избежать следующих ситуаций, чем юноши: общение по телефону («Говорить по телефону с малознакомым человеком») ($p < 0,01$), написание текста («Писать текст под наблюдением (в присутствии) кого-либо») ($p < 0,05$), «Выражать неодобрение

или несогласие с малознакомым человеком» ($p < 0,01$), что положительно коррелирует с более старшим курсом обучения ($p < 0,05$).

При попытке устоять перед настойчивыми предложениями продавца девушки чаще испытывают чувство страха, чем юноши ($p < 0,01$), что нарастает к последующим годам обучения ($p < 0,05$).

При ответе на вопрос LSAS о возврате товара в магазин («Возвратить товар в магазин или договориться о выплате компенсации») девушки чаще, чем юноши отмечали у себя чувство страха ($p < 0,01$), намерение избежать тревожащего события ($p < 0,05$). Отмечено, что тревога в связи с подобными ситуациями достоверно нарастает к старшим курсам ($p < 0,01$), также увеличивается желание их избежать ($p < 0,05$).

3.4. Результаты множественного линейного регрессионного анализа

Для изучения влияния социофобии на нарушения пищевого поведения, а также для изучения влияния расстройств пищевого поведения на социофобические симптомы, проводился множественный линейный регрессионный анализ. В анализ были взяты данные 214 студентов, имеющих уровень социальной тревоги по шкале Либовица и по шкале тревоги Бека выше нормативных, а также имеющие нарушения пищевого поведения по голландскому опроснику. Были построены несколько моделей. В первой модели зависимой переменной (переменной отклика) выступал уровень социальной тревоги по опроснику Либовица, независимыми переменными (предикторами), включенными в анализ, были три шкалы Голландского опросника пищевого поведения (ограничительный, эмоциогенный и экстернальный типы), пол и курс. Вторая, третья и четвертая модели включали поочередно в качестве зависимой переменной шкалы DEBQ (ограничительный, эмоциогенный и экстернальный типы), а в качестве независимых переменных выступал уровень социальной тревоги по опроснику Либовица, пол и курс. Для выбора наилучшей модели использовали пошаговое добавление переменных в модель.

В первую модель в качестве зависимой переменной вошла переменная

уровень социальной тревоги по шкале Либовица. В качестве предикторов шкалы DEBQ (ограничительный, эмоциогенный и экстернальный типы), а также курс обучения. В данном случае с помощью множественного линейного регрессионного анализа мы получим ответ на вопрос, как влияют включенные в модель предикторы на уровень LSAS (величину балла, характеризующего степень социофобии). После проведенных расчетов

Полученное итоговое уравнение первой модели следующее:

$$\text{LSAS} = 0,235 + 2,013 * \text{ОП} + 7,639 * \text{ЭмП} + 4,895 * \text{ЭкП} + 0,832 * \text{Курс}$$

В данной модели предикторы интерпретируются следующим образом. Ограничительный тип (ОП, $b=2,013$). Данная переменная показывает, что при увеличении значений ограничительного типа пищевого поведения на одну единицу, уровень социофобии (LSAS) возрастает на 2,013 балла при условии, что остальные переменные остаются неизменными. Это значит, что чем больше у респондентов выражен ограничительный тип пищевого поведения, тем более высокий уровень социофобии у него выявляется. Иными словами, высокий уровень ограничительного поведения связан с более высоким уровнем социофобии.

Эмоциогенный тип (ЭмП, $b=7,639$). Коэффициент 7,639 указывает на то, что с увеличением эмоциогенного типа на одну единицу уровень социофобии увеличивается на 7,639 балла. Это самый существенный предиктор в модели, показывающий сильное влияние эмоциогенного типа на уровень социофобии.

Экстернальный тип (ЭкП, $b=4,895$). Коэффициент 4,895 означает, что увеличение экстернального типа на одну единицу связано с увеличением уровня социофобии на 4,895 балла. Это также значительный фактор, влияющий на социофобию.

Курс обучения (Курс, $b=0,832$). Коэффициент 0,832 показывает воздействие курса обучения на уровень социофобии. Увеличение курса (например, переход студента на более высокий курс обучения) увеличивает LSAS на 0,832 балла, что указывает на некоторую тенденцию роста социофобии по мере перехода на более старший курс обучения. Исходя из полученных коэффициентов, можно сделать

вывод, что все три типа нарушений пищевого поведения имеют значительное влияние на уровень социофобии, причем эмоциогенный тип оказывает наибольшее воздействие. Курс обучения также оказывает небольшой, но значимый эффект. Статистическая значимость каждого коэффициента находится на уровне $p < 0,05$, что свидетельствует, что выявленные эффекты не случайны.

Кроме того, коэффициент детерминации R^2 показывает, какую долю изменчивости зависимой переменной (отклика) объясняет предиктор. В данном случае скорректированный $R^2_{adj} = 0,55326241$. Значение критерия Дарбина-Уотсона, в данном случае составило 1,821 ($p = 0,012$), что говорит о том, что условие независимости остатков соблюдается. Таким образом, все переменные, использованные в первой модели, оказывают статистически значимое влияние на уровень социальной тревоги студентов (Таблица 3.9).

Таблица 3.9 – Результаты применения множественного линейного регрессионного анализа (Модель 1)

N=1166	Regression Summary for Dependent Variable: LSAS (Spreadsheet1)					
	R= ,71713154 R ² = ,59481421 Adjusted R ² = ,55326241 F(4, 1166)=59,157 p<,00001 Std.Error of estimate: ,844517					
	b ₀	Std.Err. of b ₀	b	Std.Err. of b	t(1166)	p-value
Intercept			0,235	3,095	-0,076	0,9391
ОП	0,092	0,028	2,013	0,616	3,270	0,0014
ЭмП	0,288	0,031	7,639	0,830	9,201	0,0001
ЭкП	0,147	0,080	4,895	0,998	4,904	0,0001
Курс	0,058	0,0271	0,832	0,388	2,147	0,032

Примечание – Intercept – свободный коэффициент; b₀ – константа, Std.Err. of b₀ – стандартная ошибка b₀; b – коэффициент бета (угловой коэффициент); t – эмпирическое значение t-критерия для проверки статистической значимости соответствующего коэффициента; Std.Err. of b – стандартная ошибка коэффициента бета; R² – коэффициент детерминации; Adjusted R² – скорректированный R²; p-value – уровень статистической значимости; ОП – ограничительный тип; ЭмП – эмоциогенный тип; ЭкП – экстернальный тип.

Во вторую модель в качестве зависимой переменной была включена переменная Эмоциогенный тип по DEBQ. В качестве предикторов уровень социальной тревоги по шкале Либовица, а также пол.

Полученное итоговое уравнение второй модели следующее:

$$DEBQ(ЭмП) = 31,910 - 0,301 * Пол + 0,013 * LSAS.$$

В данной модели предикторы интерпретируются следующим образом. Пол

($b=-0,301$). Пол кодируется двоично (например, 0 для женщин и 1 для мужчин). Коэффициент $-0,301$ означает, что, когда переменная Пол увеличивается на одну единицу (то есть при переходе от женщин к мужчинам), среднее значение DEBQ уменьшается на $0,301$, если LSAS остается неизменным. Это указывает на то, что в среднем мужчинам свойственно более низкое значение эмоциогенного пищевого поведения в исследуемой выборке.

LSAS ($b=0,013$). Коэффициент $0,013$ показывает, что на каждое увеличение LSAS (уровня социофобии) на единицу, среднее значение DEBQ увеличивается на $0,013$, если Пол остается неизменным. Это свидетельствует о том, что более высокий уровень социофобии ассоциируется с несколько более выраженным эмоциогенным пищевым поведением. Хотя влияние LSAS невелико, оно статистически значимо в рамках этой модели.

Скорректированный R^2 данной модели составил $0,5145742$. На основании полученных данных можно утверждать, что на уровень эмоциогенного типа пищевого нарушения оказывает влияние пол и уровень социальной тревоги по шкале LSAS (Таблица 3.10). Статистика Дарбина-Уотсона составила $d=1,924$; $p=0,038$, что также свидетельствует о том, что условие независимости остатков соблюдается.

Таблица 3.10 – Результаты применения множественного линейного регрессионного анализа (Модель 2)

N=1166	Regression Summary for Dependent Variable: DEBQ (ЭмП) (Spreadsheet2) R= ,68225173 R ² = ,5616232 Adjusted R ² = ,51145742 F(3, 1166)=76,132 p<,00001 Std.Error of estimate: ,78674					
	b ₀	Std.Err. of b ₀	b	Std.Err. of b	t(1166)	p-value
Intercept			31,910	5,959	5,354	0,000
Пол	-0,140089	0,027	-0,301	0,059	-5,125	0,000
Курс	0,042	0,027	0,022	0,015	1,527	0,127
LSAS	0,358	0,027	0,013	0,001	13,057	0,000

Примечание – Intercept – свободный коэффициент; b₀ – константа, Std.Err. of b₀ – стандартная ошибка b₀; b – коэффициент бета (угловой коэффициент); t – эмпирическое значение t-критерия для проверки статистической значимости соответствующего коэффициента; Std.Err. of b – стандартная ошибка коэффициента бета; R² – коэффициент детерминации; Adjusted R² – скорректированный R²; p-value – уровень статистической значимости; LSAS – уровень социофобии по опроснику Либовица.

Проведенный множественный линейный регрессионный анализ, где в качестве зависимой переменной выступал ограничительный и экстернальный типы пищевого поведения, показал, что предсказательная сила построенных моделей была низкой, поэтому их результаты не приводятся.

Таким образом, у студентов медицинского вуза отмечается высокая частота социальной фобии (наибольший процент студентов (75,3%) имел слабую и умеренную выраженность социальной тревоги и у 24,7% студентов выявлялась выраженная социальная тревога), а также выделяются особенности пищевого поведения, предрасполагающие к расстройствам пищевого поведения. У студентов с высоким уровнем социальной тревоги в высоком проценте случаев (у 74,8%) встречались смешанные формы нарушений пищевого поведения. Среди них наиболее часто встречающимся типом пищевого поведения был ограничительный + эмоциогенный + экстернальный (34,6%). Эмоциогенный + экстернальный тип встречался у 21,5% студентов. Ограничительный + эмоциогенный и ограничительный + экстернальный встречались с частотой 11,2% и 7,5% соответственно. Нарушения одного компонента пищевого поведения встречались в 20,6% случаев. Ограничительный тип нарушений встречался чаще всего у 8,9% студентов. Экстернальный тип нарушений был выявлен у 7,5% студентов. Эмоциогенный – у 4,2% студентов.

Уровень тревоги среди обучающихся снижался на последующих годах обучения, но затем вновь возрастал к выпускным курсам (5-му и 6-му), что, свидетельствует о повышении тревоги среди обучающихся в связи со сдачей выпускных экзаменов, аккредитацией, дальнейшим трудоустройством либо поступлением в ординатуру. Студенты 1 и 2 курсов оказались наиболее уязвимой категорией в отношении воздействия на них следующих стрессогенных факторов: жизненные изменения, материальный фактор и разочарованность в будущей профессии. Для студентов 3 и 4 курсов наиболее стрессогенными были факторы трудности в учебе, социальный и материальный. У студентов 5 и 6 курсов выделены стрессогенные факторы: трудности в учебе, неудачи в отношениях и материальный.

На фоне развивающейся социофобии для снятия переживаемой тревоги и напряжения, у студентов в качестве патологической адаптации отмечались эпизоды переедания, которые через несколько месяцев приводили к повышению веса тела, недовольству своей внешностью, и, как следствие, к эпизодам отказа от еды, вызыванию рвоты после еды, прибеганию к различным методам похудения. Проявляющуюся вышеописанную клиническую симптоматику мы рассматривали в рамках начальных форм расстройств пищевого поведения, которые выступали, своего рода, дезадаптивными реакциями как ответ на происходящие в жизни студентов стрессовые события.

Признаки нарушений пищевого поведения преобладали среди девушек, признаки ограничительного и эмоциогенного пищевого поведения коррелировали с курсом обучения (чем старше курс, тем чаще возникают данные типы пищевого паттерна).

Таким образом, по результатам проведенного множественного линейного регрессионного анализа можно сделать следующий вывод о влиянии пищевого поведения на уровень социофобии. Все три типа пищевого поведения в разной степени выраженности влияют на уровень социальной фобии (при увеличении уровней пищевого поведения по опроснику DEBQ повышается уровень социофобии). Кроме того, увеличение курса обучения (переход на более старший курс) также оказывает влияние на повышение социофобии.

Также определена обратная зависимость. Повышение уровня социофобии ассоциируется с усилением эмоциогенного пищевого поведения. При этом мужчинам свойственно более низкое значение эмоциогенного пищевого поведения, что может свидетельствовать о гендерных различиях в реакциях на социофобию через пищевое поведение.

ГЛАВА 4. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ВЫРАЖЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ ФОБИИ И ПРОЯВЛЕНИЙ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ ПО ГРУППАМ

4.1. Клинико-психопатологические особенности пациентов и их динамика на фоне проведенного лечения

Для решения задачи по изучению клинических проявлений социальной фобии в сочетании с нарушениями пищевого поведения у студентов, и проведению анализа динамики клинико-психопатологической и клинико-психологической симптоматики из 214 респондентов (клинико-психологическое описание которых представлено в 3 главе) были отобраны 118 человек, изъявивших желание продолжить участие в исследовании и дали согласие продолжить обследование и лечение у врача-психотерапевта психотерапевтического кабинета ВУЗа. Из этого числа в процессе лечения по различным причинам выбыло 12 студентов. В связи с этим в итоговый статистический анализ вошли 106 респондентов, которые рандомизировано методом конвертов были распределены на 4 группы, в которых применялись различные методы лечения.

4.1.1. Клинико-психопатологические особенности пациентов I группы и их динамика на фоне индивидуальной когнитивно-поведенческой терапии

В первую группу (I гр.) вошли 26 студентов, направленных на индивидуальную когнитивно-поведенческую терапию (КПТ).

Нозологические формы в данной группе были представлены начальными формами социальной фобии (F40.1, n=26), нервной анорексии (F50.0, n=9), нервной булимии (F50.2, n=17).

Среди участников I группы были диагностированы следующие симптомы социофобии: страхи нахождения в людных местах у 26 студентов (100%),

выступления перед аудиторией у 19 (73,1%) студентов из 26, заговорить первым с другим человеком у 15 (57,7%), сложности с посещением общественного туалета у 4 (15,4%) и страх приема пищи на людях у 7 (26,9%) студентов. Из этого числа у 9 (34,6%) студентов отмечались клинические проявления нервной анорексии в сочетании с симптомами социофобии: ИМТ менее 18 у 9 (34,6%) человек от общего количества участников в группе, соблюдали строгую диету 9 человек (34,6%), проводили регулярную изнуряющую физическую нагрузку 8 (30,8%) студентов, вызывали рвоту 6 (23,1%) студентов, применяли диуретики и слабительные препараты 3 (10,3%), использовали лекарства, снижающие аппетит 3 (10,3%) студента (Рисунок 4.1).

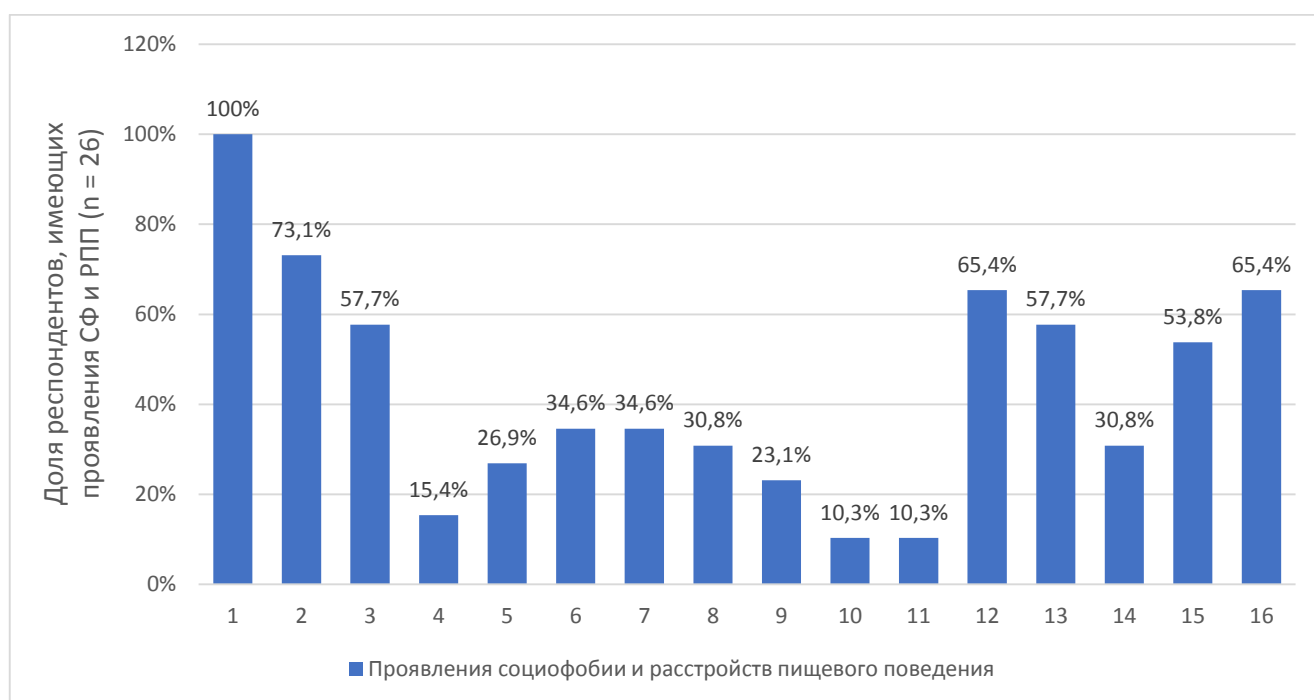


Рисунок 4.1 – Частота проявлений социофобии и расстройств пищевого поведения пациентов I группы

Примечание – 1 – страх нахождения в людных местах; 2 – страх выступления перед аудиторией; 3 – страх заговорить первым с другим человеком; 4 – сложности с посещением общественного туалета; 5 – страх приема пищи на людях; 6 – ИМТ менее 18; 7 – соблюдение строгой диеты; 8 – регулярная изнуряющая физическая нагрузка; 9 – вызывание рвоты; 10 – применение диуретиков и слабительных препаратов; 11 – использование лекарств, снижающих аппетит; 12 – эпизоды переедания; 13 – вызывание рвоты; 14 – применение диуретиков и слабительных препаратов; 15 – неспособность контролировать качество принимаемой пищи; 16 – переоценка значимости своего веса и внешней красоты.

Следует отметить, что среди студентов с нервной анорексией всех групп в исследовании принимали участие только пациенты с ИМТ не ниже 16, т.к. большой дефицит массы требует госпитализации и оказания неотложной помощи.

У 17 (65,4%) студентов отмечались клинические признаки нервной булимии (F50.2): эпизоды переедания у 17 (65,4%) из 26 студентов, вызывание рвоты у 15 (57,7%), применение диуретиков и слабительных препаратов у 8 человек (30,8%), неспособность контролировать качество принимаемой пищи у 14 (53,8%), переоценка значимости своего веса и внешней красоты у 17 (65,4%) в сочетании с симптомами социальной фобии.

На фоне проведенной индивидуальной КПТ через один месяц лечения среди студентов I группы отмечалась положительная динамика. Вместе с тем страх нахождения в людных местах оставался у 18 (69,2%) студентов из 26. Уменьшение напряженности данного симптома СФ, вероятно, можно объяснить когнитивной работой (выявление и анализ стрессовых ситуаций социального взаимодействия, использование техники адаптивного ответа, проверка автоматических мыслей, таких как: «когда я войду, на меня сразу все обратят внимание», «я выгляжу нелепо», «в людных помещениях я сразу потеряю самоконтроль и буду вести себя как сумасшедшая» и т.д.), страх выступления перед аудиторией у 16 (84,2%), страх заговорить первым с другим человеком у 12 (80%). Данные ситуации были предложены участникам в качестве «домашнего задания» – студентам необходимо было, несмотря на нарастающее чувство тревоги, обратиться первым к незнакомому человеку либо вызваться сделать доклад на какую-либо тему на семинаре. В результате данных экспозиционных техник уровень стресса в социальных ситуациях у части группы заметно снизился, поскольку регулярное пребывание в стрессовой ситуации постепенно уменьшает субъективное ощущение тревоги. Симптом «страх приема пищи на людях» диагностировался у 5 участников (71,4%), сложности с посещением общественного туалета у 4 (100% – без динамики).

Параллельно отмечалась значительная динамика в выраженности симптомов анорексии. Через один месяц ИМТ менее 18 (но более 16) отмечался у 8 (88,9%) из

9 пациентов с анорексией, что было связано с уменьшением строгости диеты в процессе психотерапии. Пациентам предлагалось для питания «Правило трех» – три больших приема пищи и три перекуса. Основные приемы пищи обязательно включали в себя углеводы (гречку, рис, хлеб, макароны и т.д.), белок (рыбу, мясо, птицу либо растительный белок – горох, бобовые, нут и др.), жиры (сливочное, оливковое, подсолнечное масло и др.) и еду «для удовольствия» (сюда может относиться любой продукт, который хочется пациенту, даже из списка т.н. «запрещенных» продуктов – сахар, сладкое, выпечка). В качестве перекуса могли быть использованы любые продукты. На фоне рекомендации применения данного режима питания для участников симптом «соблюдение строгой диеты» по-прежнему оставался у 7 (77,8%) студентов, регулярная изнуряющая физическая нагрузка – у 6 (75%), вызывание рвоты у 4 (66,7%) студентов. Применение диуретиков и слабительных препаратов через один месяц индивидуальных психотерапевтических интервенций по-прежнему оставалось у трех человек (как и изначально). Использование лекарств, снижающих аппетит – у одного студента (33,3%).

Среди 17 пациентов с СФ и НБ также диагностировалась положительная динамика. Через один месяц следующие симптомы булимии наблюдались у участников: эпизоды переедания у 14 (82,3%) из 17, вызывание рвоты у 10 (66,7%). Следует подчеркнуть, что в процессе психотерапии проводился когнитивный анализ использования рвоты как компенсаторной стратегии на фоне эпизодов переедания. Оценивались как положительные стороны рвоты (например, сохранение веса на прежнем уровне, субъективное чувство эйфории и облегчения от чувства вины после эпизода переедания), так и отрицательные – нагрузка на вены пищевода с риском кровотечений при частых рвотных актах, негативное влияние на состояние полости рта и зубов в частности, закрепление патологического пищевого поведения, обезвоживание, недополучение витаминов и питательных веществ и др. Применение диуретиков и слабительных препаратов выявлялось через один месяц у 6 человек (75%), неспособность контролировать

качество принимаемой пищи у 12 студентов (85,7%), чрезмерная озабоченность внешностью встречалась у 16 (94,1%) студентов.

Таким образом, полученные результаты через один месяц лечения свидетельствовали о положительном терапевтическом ответе на применение индивидуальной КПТ среди студентов медицинского ВУЗа с сочетанной симптоматикой СФ и РПП. Без динамики оставались такие симптомы как «сложности с посещением общественного туалета» и «применение диуретиков и слабительных препаратов». ИМТ достиг значения 18 лишь у 1 участника из 9 в подгруппе с симптомами НА, что, вероятно, связано со стойкой vomитоманией и изнуряющими физическими нагрузками.

После проведенного лечения, спустя 2 месяца индивидуальной КПТ отметились следующее изменение по наличию симптомов социофобии: страх нахождения в людных местах сохранялся у 10 (38,4%) студентов, страх выступления перед аудиторией у 9 из 19 (47,3%), страх заговорить первым с другим человеком – у 4 (26,6%), страх приема пищи на людях – у одного (14,3%). Наличие у участников симптома «сложности с посещением общественного туалета» осталось у трех студентов из 4 изначально – 75%). Полученные результаты свидетельствуют об эффективности протоколов когнитивно-поведенческой терапии при сочетанной симптоматике СФ и РПП. Повторяющаяся на каждой сессии когнитивная работа по проверке автоматических мыслей на достоверность, применение техники адаптивного ответа и регулярные экспозиции ситуаций социального взаимодействия с последующим их разбором на сессии с психотерапевтом способствовали уменьшению выраженности симптомов социофобии среди участников первой группы. Отсутствие значимого результата в сложностях с посещением общественного туалета свидетельствует о необходимости более долгосрочной работы с данным проявлением СФ, что не было возможным в рамках двухмесячного исследования (Рисунок 4.2).

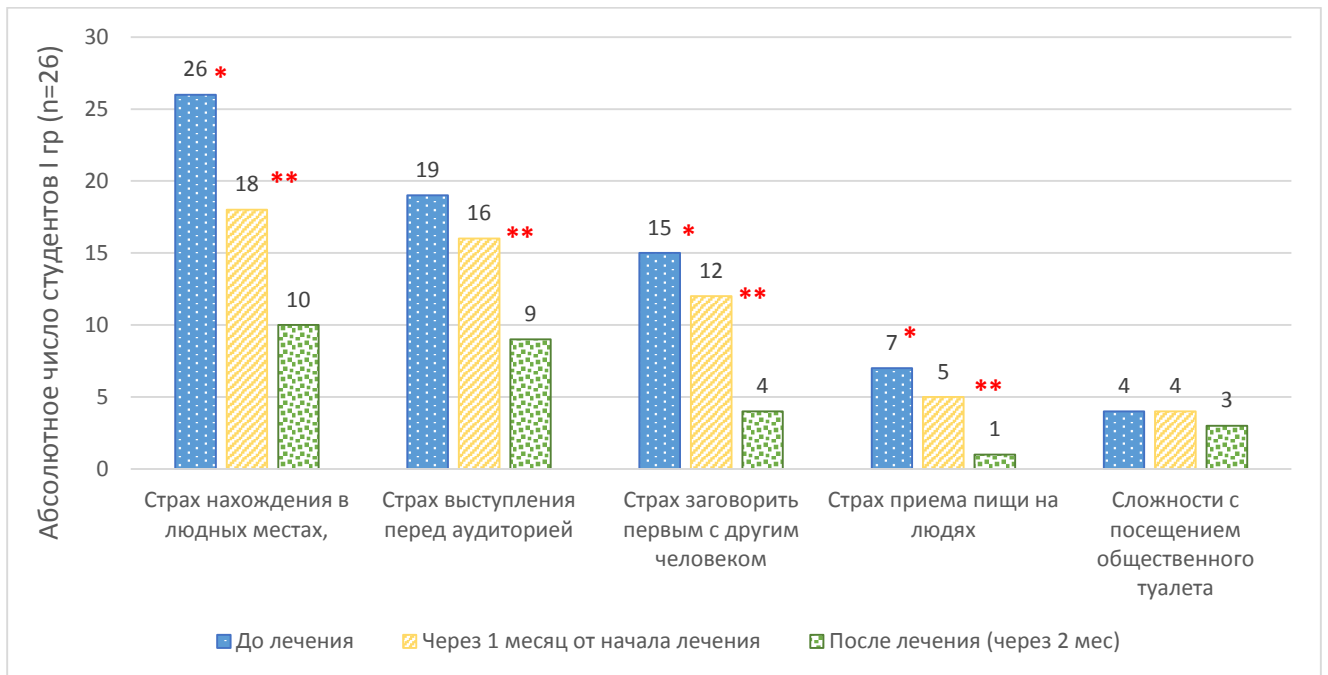


Рисунок 4.2 – Динамика клинической симптоматики социофобии у студентов I группы до и после лечения

Примечание – различия между двумя зависимыми группами статистически значимы при $p < 0,05$: * – различия между группой до лечения и через 1 месяц от начала лечения; ** – различия между группой через 1 месяц от начала лечения и после лечения.

Среди участников с симптомами НБ в сочетании с социофобией через два месяца терапии эпизоды переедания наблюдались у 7 (41,2%) из 17 человек, вызывание рвоты у 6 (40%).

Снижение частоты эпизодов вомитомании у участников исследования через два месяца индивидуальной КПТ, сложной курабельности данного симптома, можно объяснить спецификой контингента пациентов – обучающиеся высшей медицинской школы имеют высокую эрудированность в вопросах здоровья человека и в целом хорошие интеллектуальные способности, высокий уровень мотивации участников исследования, поскольку работа проводилась только с добровольцами, а также достаточный уровень комплаенса, отсутствие пациентов с расстройствами личности (критерий исключения из диссертационного исследования). Наличие у пациента расстройств личности обычно служит значимой помехой для приверженности лечению либо выполнению домашнего задания, установлению полноценного психотерапевтического раппорта, низкой эффективности когнитивных техник. Особенности контингента исследуемой

выборки определили возможность полноценного использования когнитивных техник, понимание студентами-пациентами поставленной перед ними задачи в рамках психотерапевтического договора (т.е. выполнение домашнего задания как обязательный компонент работы и как критерий успеха, самоанализ, выполнение экспозиционных техник). Определенную роль, очевидно, сыграло также наличие сочетанной симптоматики СФ.

По окончании лечения применение диуретиков и слабительных препаратов было отмечено у 2 (25%) человек, неспособность контролировать качество принимаемой пищи у 7 (50%) студентов, чрезмерная озабоченность внешностью у 12 (70,6%) студентов (Рисунок 4.3).

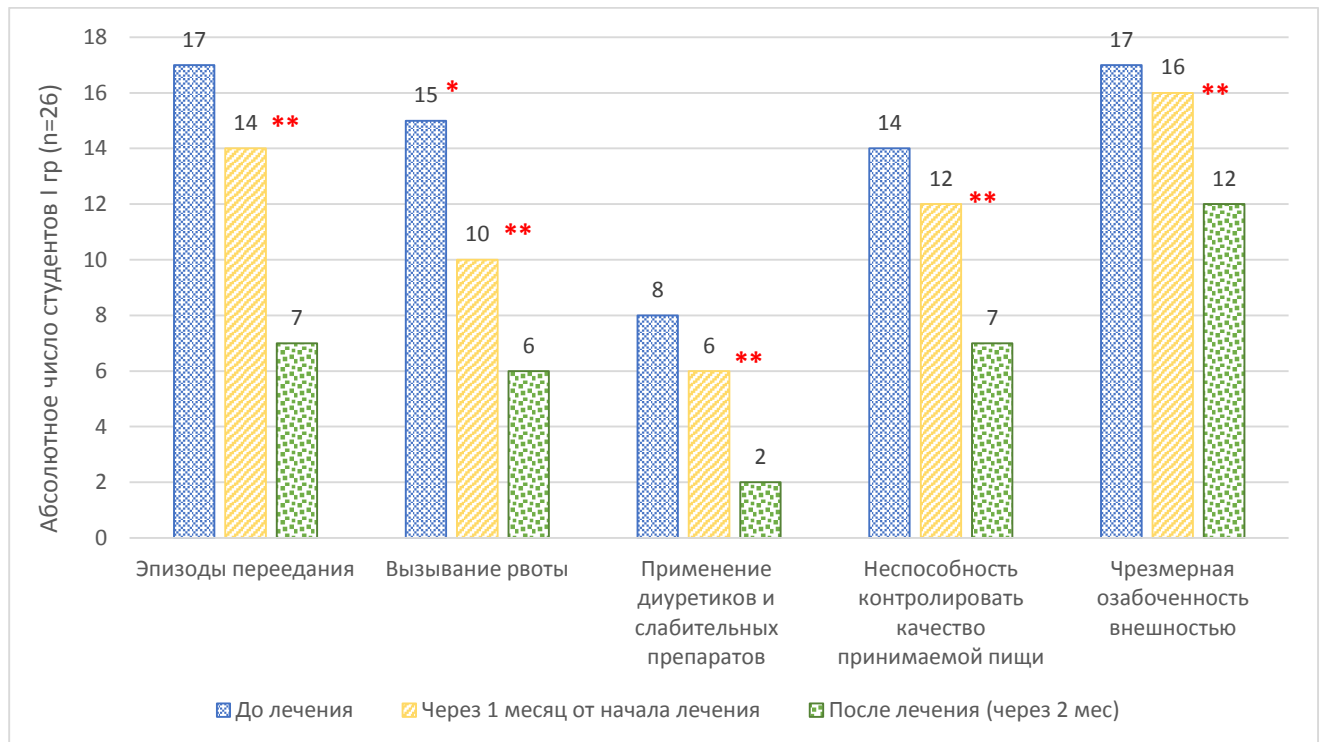


Рисунок 4.3 – Динамика клинической симптоматики нервной булимии у студентов I группы до и после лечения

Примечание – различия между двумя зависимыми группами статистически значимы при $p < 0,05$: * – различия между группой до лечения и через 1 месяц от начала лечения; ** – различия между группой через 1 месяц от начала лечения и после лечения.

У участников с клиническими проявлениями НА и СФ после терапии ИМТ менее 18 отмечался у 5 (55,6%), соблюдение строгой диеты у 4 (44,4%), регулярная изнуряющая физическая нагрузка у 5 (62,5%), вызывание рвоты у 2 (33,3%), применение диуретиков и слабительных препаратов у 2 (66,7%). Использование

лекарств, снижающих аппетит у участников через 2 месяца терапии, выявлено не было. Полученные данные демонстрируют продолжающееся уменьшение выраженности симптомов сочетанной патологии у участников I группы через 2 месяца лечения. ИМТ в подгруппе СФ+НА остался <18 у 5 студентов (55,6%). Использование лекарств, снижающих аппетит по окончании исследования, у пациентов не наблюдалось (n=0) (Рисунок 4.4).

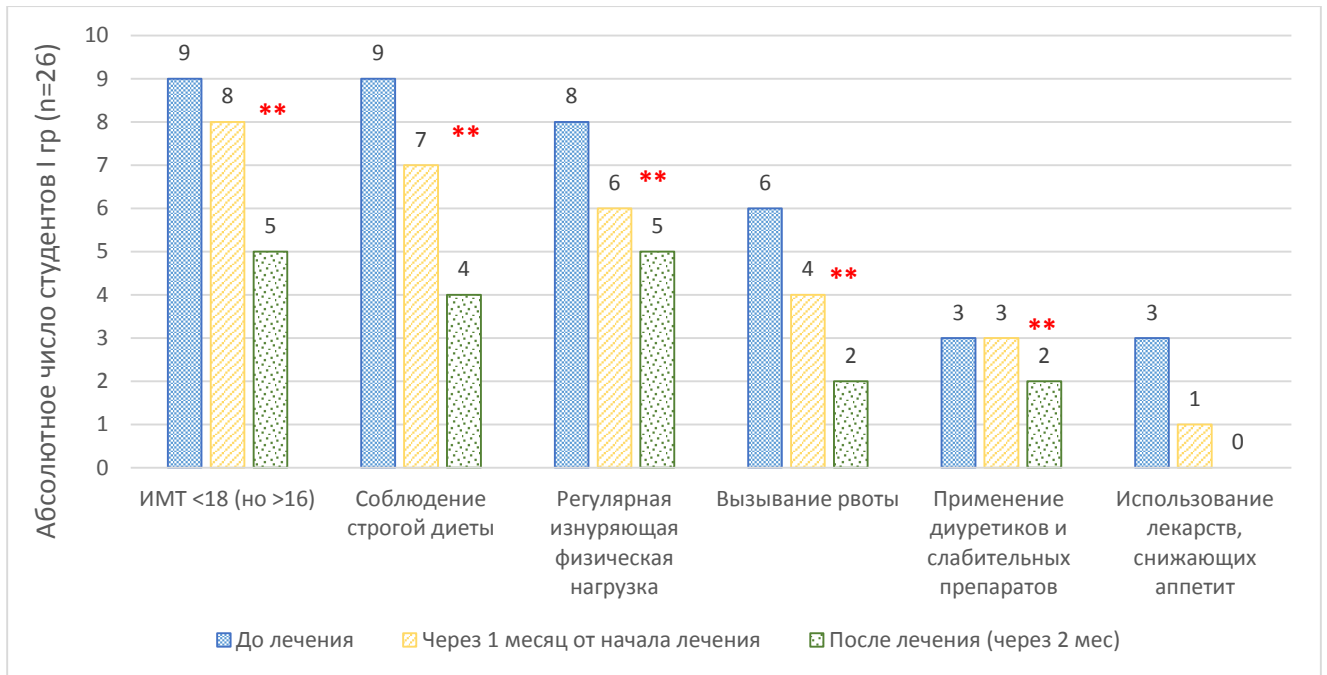


Рисунок 4.4 – Динамика клинической симптоматики нервной анорексии у студентов I группы до и после лечения

Примечание – различия между двумя зависимыми группами статистически значимы при $p < 0,05$: * – различия между группой до лечения и через 1 месяц от начала лечения; ** – различия между группой через 1 месяц от начала лечения и после лечения.

4.1.2. Клинико-психопатологические особенности пациентов II группы и их динамика на фоне когнитивно-поведенческой терапии в сочетании с психофармакотерапией

Во вторую группу (II гр.) были включены 24 студента, которым, помимо КПТ, назначался антидепрессант из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) в дозировках, соответствующих стандартам лечения социальной фобии (Сертралин 100 мг/сут). Препарат принимался однократно утром в течение 60 суток.

Соотношение нозологических форм в группе: социальная фобия (F 40.1, n=24), нервная анорексия (F50.0, n=8), нервная булимия (F50.2, n=16).

Среди участников II группы отмечались следующие клинические проявления социальной фобии: страх нахождения в людных местах у 24 студентов (100%), выступления перед аудиторией у 17 студентов из 24 (70,8%), заговорить первым с другим человеком у 15 (62,5%), сложности с посещением общественного туалета выявлялись у 3 (12,5%) студентов, страх приема пищи на людях у 8 (33,3%).

В данной группе у 8 студентов (33,3%) выявлялись симптомы нервной анорексии (ИМТ менее 18), соблюдение строгой диеты у 8 человек (33,3%), регулярная изнуряющая физическая нагрузка у 6 студентов (25%), вызывание рвоты у 5 (20,8%), применение диуретиков и слабительных препаратов у 3 (12,5%), использование лекарств, снижающих аппетит 2 (8,3%) в сочетании с клиническими признаками социофобии (Рисунок 4.5).

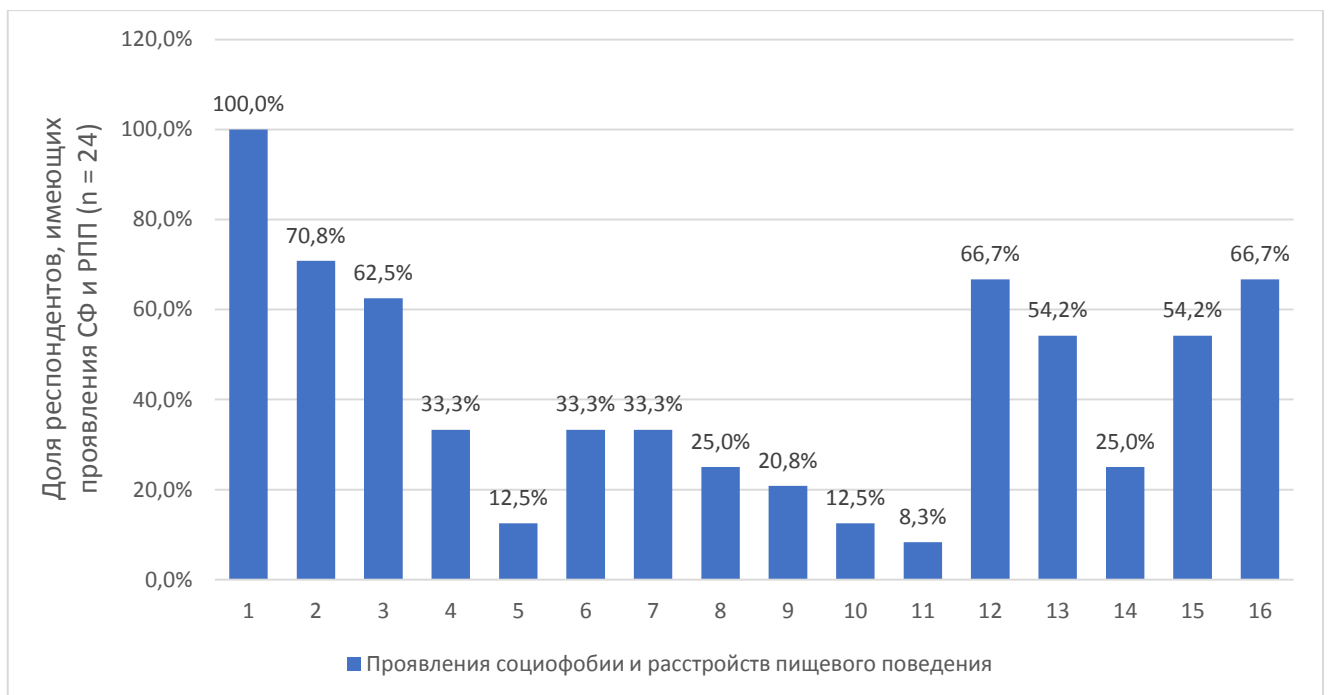


Рисунок 4.5 – Частота проявлений социофобии и расстройств пищевого поведения пациентов II группы

Примечание – 1 – страх нахождения в людных местах; 2 – страх выступления перед аудиторией; 3 – страх заговорить первым с другим человеком; 4 – сложности с посещением общественного туалета; 5 – страх приема пищи на людях ИМТ менее 18; 6 – соблюдение строгой диеты; 7 – проводят регулярную изнуряющую физическую нагрузку; 8 – вызывание рвоты; 9 – применение диуретиков и слабительных препаратов; 10 – использование лекарств, снижающих аппетит; 11 – эпизоды переедания; 12 – вызывание рвоты; 13 – применение диуретиков и слабительных препаратов; 14 – неспособность контролировать качество принимаемой пищи; 15 – переоценка значимости своего веса и внешней красоты.

У 16 (66,7%) студентов отмечались симптомы нервной булимии (F50.2): эпизоды переедания у 16 из 24 студентов (66,7%), вызывание рвоты у 13 (54,2%), применение диуретиков и слабительных препаратов у 6 человек (25%), неспособность контролировать качество принимаемой пищи 13 (54,2%), переоценка значимости своего веса и внешней красоты у 16 (66,7%) в сочетании с симптомами социальной фобии.

На фоне проведенной комплексной терапии через один месяц лечения во II группе выявлялась положительная динамика клинических проявлениях СФ. Страх нахождения в людных местах остался у 17 студентов (70,8%) из 24, страх выступления перед аудиторией у 14 (82,3%), страх заговорить первым с другим человеком у 11 (73,3%), страх приема пищи на людях у 6 (75%), сложности с посещением общественного туалета – у 3 (100%) студентов. Как видно из полученных данных, симптом «сложности с посещением общественного туалета», подобно, как и среди студентов I группы, достаточно устойчив к терапии и требует более углубленной психотерапевтической работы.

Относительно клинических проявлений НА через один месяц лечения ИМТ менее 18 отмечался у 7 из 8 пациентов с анорексией (87,5%), соблюдение строгой диеты встречалось у 7 (87,5%), регулярная изнуряющая физическая нагрузка была характерна для 4 (66,7%) студентов, вызывание рвоты у 4 (80%), применение диуретиков и слабительных препаратов у 2 (66,7%), использование лекарств, снижающих аппетит у 1 студента (50%). Полученные данные могут свидетельствовать о положительном влиянии когнитивного реструктурирования таких поведенческих компенсаторных стратегий, как чрезмерные тренировки, пребывание в спортзалах по несколько часов в день с целью «сжечь калории, которые «наели», а также в применении «off label» диуретиков либо слабительных средств для похудения.

Среди 16 участников с СФ и НБ также отмечалась положительная динамика. Через один месяц после начала лечения у участников наблюдались следующие симптомы булимии: эпизоды переедания у 12 из 16 (75%), вызывание рвоты у 11 (84,7%), применение диуретиков и слабительных препаратов у 5 человек (83,3%),

неспособность контролировать качество принимаемой пищи у 10 студентов (76,9%), чрезмерная озабоченность внешностью у 15 (93,7%). Сохранение симптома «чрезмерная озабоченность внешностью» через один месяц после начала лечения, вероятно, можно объяснить затрагиванием более глубоких слоев психики, требующих расширенной когнитивной проработки.

После проведенного комплексного лечения, спустя 2 месяца выявлялись следующие изменения по симптомам СФ: страх нахождения в людных местах остался у 9 (37,5%), страх выступления перед аудиторией у 7 (41,2%), страх заговорить первым с другим человеком сохранялся у 6 (40%), страх приема пищи на людях присутствовал у 2 (25%) студентов. Наличие у участников симптома «сложности с посещением общественного туалета» осталось у двоих студентов (66,7%) (Рисунок 4.6).

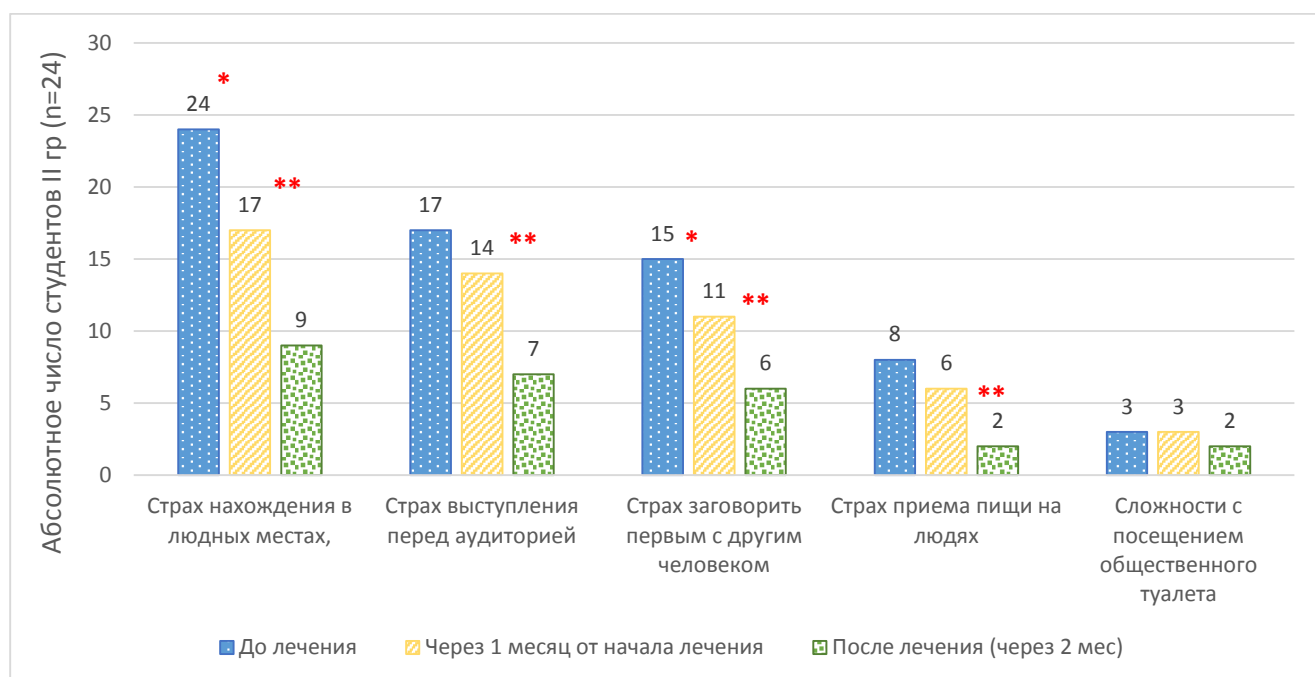


Рисунок 4.6 – Динамика клинической симптоматики социофобии у студентов II группы до и после лечения

Примечание – различия между двумя зависимыми группами статистически значимы при $p < 0,05$: * – различия между группой до лечения и через 1 месяц от начала лечения; ** – различия между группой через 1 месяц от начала лечения и после лечения.

Среди всех рассмотренных симптомов социофобии наиболее резистентными к лечению оказались трудности с посещением общественного туалета (66,7%), на второй позиции страх выступления перед аудиторией (41,2%). Данные клинические

симптомы СФ требуют длительной когнитивной проработки с обязательным включением экспозиционных техник (например, подготовить доклад, отвечать на вопросы преподавателя на лекции, либо заходить в общественную уборную и не покидать ее сразу же, если в это время там кто-либо находится).

Среди студентов с клиническими признаками НБ в сочетании с социофобией через два месяца терапии эпизоды переедания наблюдались у 8 из 16 человек (50%), вызывание рвоты у 6 (46,2%), применение диуретиков и слабительных препаратов у 2 (33,3%), неспособность контролировать качество принимаемой пищи у 5 студентов (38,5%), чрезмерная озабоченность внешностью у 11 (68,7%). Следует отметить, что напряженность симптома «чрезмерная озабоченность внешностью» осталась через два месяца терапии самой высокой из рассмотренных признаков НБ, что, вероятно можно объяснить наличием СФ, которая значимо усиливает мотивацию на то, чтобы «не опозориться» в обществе, либо избежать осуждения и насмешек со стороны сверстников по причине избыточного веса, либо внешней непривлекательности (Рисунок 4.7).

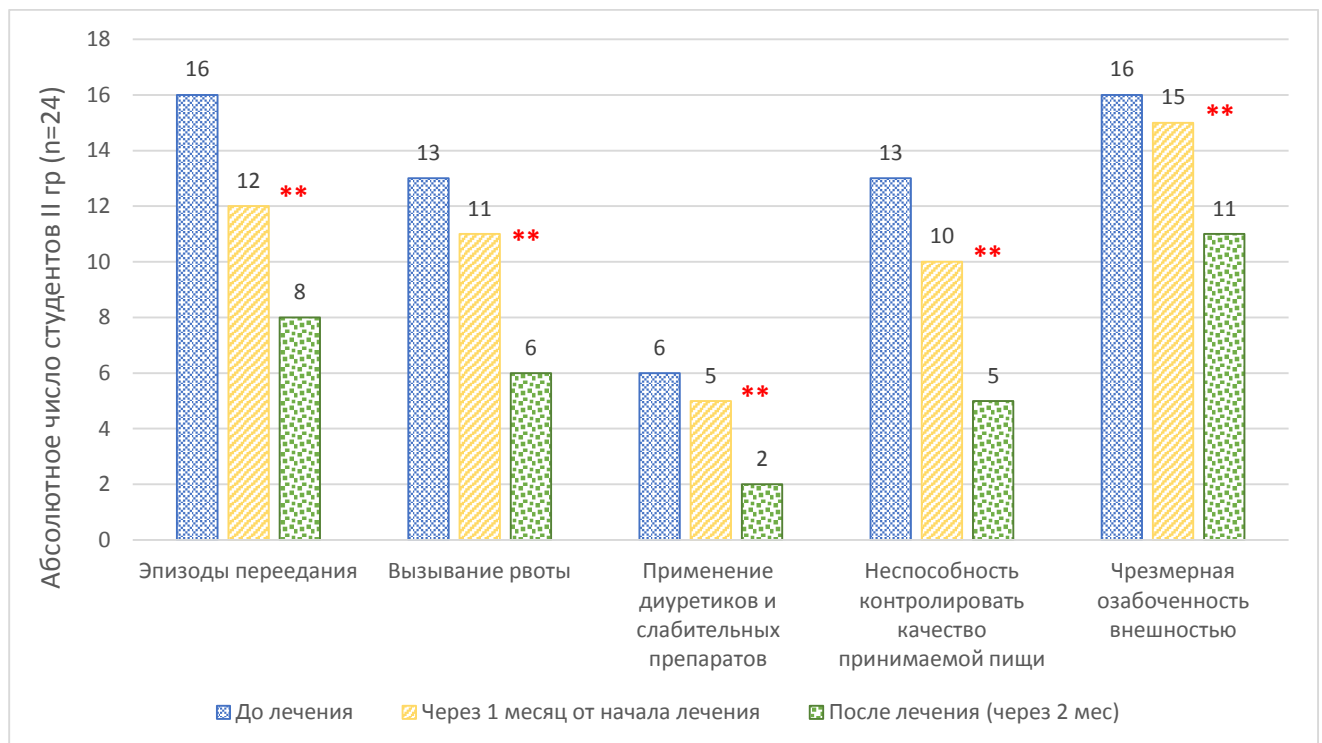


Рисунок 4.7 – Динамика клинической симптоматики нервной булимии у студентов II группы до и после лечения

Примечание – различия между двумя зависимыми группами статистически значимы при $p < 0,05$: * – различия между группой до лечения и через 1 месяц от начала лечения; ** – различия между группой через 1 месяц от начала лечения и после лечения.

У участников с клиническими проявлениями НА и СФ после терапии ИМТ менее 18 отмечался у 5 (62,5%), соблюдали строгую диету 4 (50%) студента, применяли регулярную изнуряющую физическую нагрузку 3 (50%) студента, вызывали рвоту 2 (40%) участника, применение диуретиков и слабительных препаратов отмечалось у 2 (66,7%) студентов, использование лекарств, снижающих аппетит у участников через два месяца терапии выявлено не было (Рисунок 4.8).

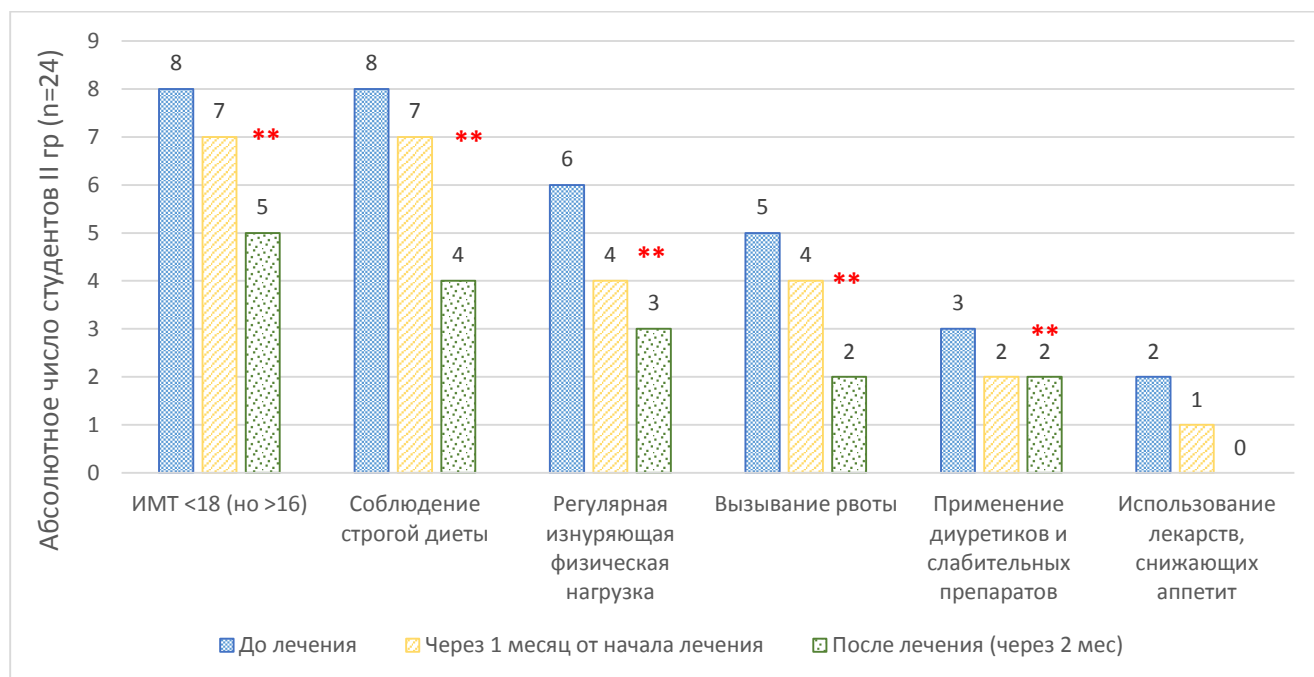


Рисунок 4.8 – Динамика клинической симптоматики нервной анорексии у студентов II группы до и после лечения

Примечание – различия между двумя зависимыми группами статистически значимы при $p < 0,05$:
* – различия между группой до лечения и через 1 месяц от начала лечения; ** – различия между группой через 1 месяц от начала лечения и после лечения.

Таким образом, можно сделать предположение, что наличие социофобии у пациентов с НА создает дополнительные трудности в лечении и придают устойчивый характер психопатологическим проявлениям, к примеру, студенты используют многочасовые тренировки в спортзале, эпизоды vomitomanii, применяют «off label» слабительные и мочегонные, чтобы сохранить стройность и не быть отверженной/ым обществом из-за несоответствия «идеалам» стройности и красоты.

Однако, как видно из представленных данных, за двухмесячный курс когнитивно-поведенческой психотерапии в сочетании с назначением Сертралина в

дозировке 100 мг/сут показал в целом хорошую эффективность в терапии СФ в сочетании с НА или НБ.

4.1.3. Клинико-психопатологические особенности пациентов III группы и их динамика на фоне психофармакотерапии

В третью группу (III гр.) вошло 29 студентов, получавших только психофармакотерапию без КПТ.

Нозологические формы в группе были представлены социальной фобией у 29 студентов (F40.1), нервной анорексией у 11 студентов (F50.0) и нервной булимией у 18 (F50.2).

Среди участников III группы диагностировались следующие симптомы социофобии: страх нахождения в людных местах у 29 студентов (100%), выступления перед аудиторией у 20 студентов из 29 (68,9%), страх заговорить первым с другим человеком у 13 (44,8%), сложности с посещением общественного туалета у 7 (24,1%), страх приема пищи на людях у 9 (31%) студентов.

Среди них у 12 (41,4%) студентов отмечались клинические проявления нервной анорексии: ИМТ менее 18, соблюдение строгой диеты у 9 человек (31%), регулярная изнуряющая физическая нагрузка у 11 студентов (37,9%), вызывание рвоты у 9 (31%), применение диуретиков и слабительных препаратов у 4 (13,8%), использование лекарств, снижающих аппетит у 5 (17,2%) студентов в сочетании с симптомами СФ.

У 17 (58,6%) студентов отмечались клинические признаки нервной булимии (F50.2): эпизоды переедания у 17 из 29 студентов (58,6%), вызывание рвоты у 14 (48,3%), применение диуретиков и слабительных препаратов у 7 человек (24,1%), неспособность контролировать качество принимаемой пищи у 14 (48,3%), переоценка значимости своего веса и внешней красоты у 17 (58,6%) в сочетании с симптомами социальной фобии (Рисунок 4.9).

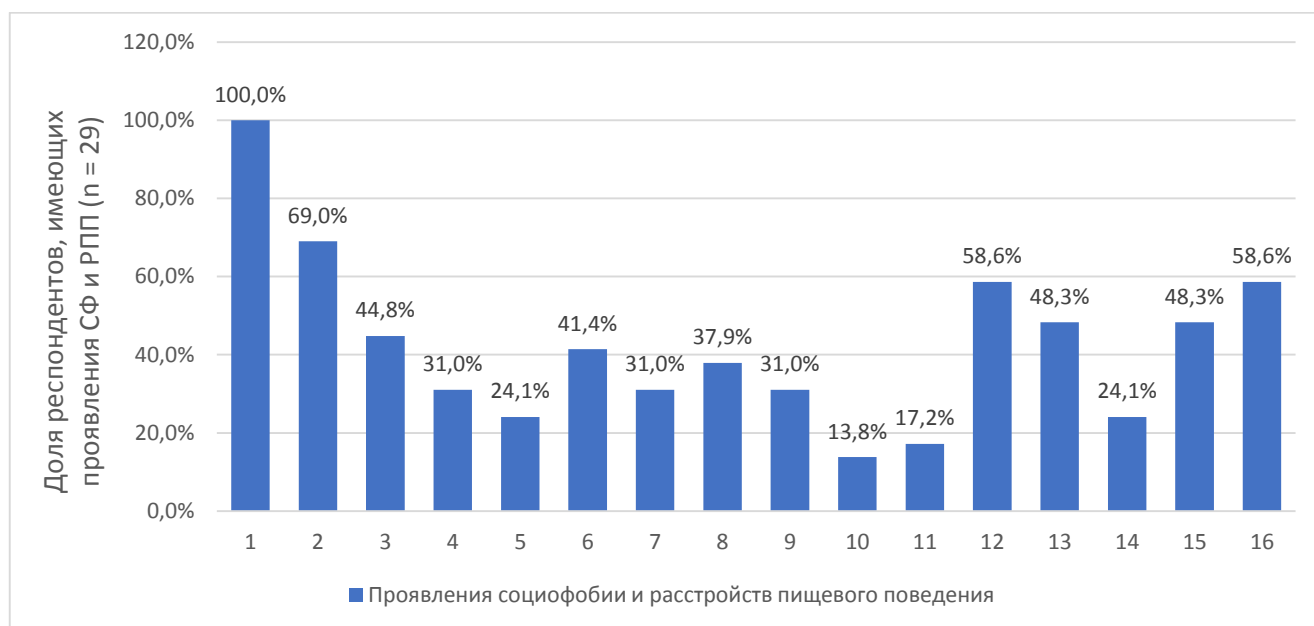


Рисунок 4.9 – Частота проявлений социофобии и расстройств пищевого поведения пациентов III группы

Примечание – 1 – страх нахождения в людных местах; 2 – страх выступления перед аудиторией; 3 – страх заговорить первым с другим человеком; 4 – сложности с посещением общественного туалета; 5 – страх приема пищи на людях; 6 – ИМТ менее 18; 7 – соблюдение строгой диеты; 8 – регулярная изнуряющая физическая нагрузка; 9 – вызывание рвоты; 10 – применение диуретиков и слабительных препаратов; 11 – использование лекарств, снижающих аппетит; 12 – эпизоды переедания; 13 – вызывание рвоты; 14 – применение диуретиков и слабительных препаратов; 15 – неспособность контролировать качество принимаемой пищи; 16 – переоценка значимости своего веса и внешней красоты.

На фоне проведенной терапии сертралином через один месяц лечения среди студентов III группы отмечалась положительная динамика в частоте встречаемости симптомов социофобии. Страх нахождения в людных местах выявлялся у 27 (93,1%) студентов из 29, страх выступления перед аудиторией у 19 (95%), страх заговорить первым с другим человеком у 11 (84,6%), страх приема пищи на людях остался без динамики у 9 (100%), сложности с посещением общественного туалета отмечались у 7 участников (100%).

Через один месяц среди участников с СФ и НА ИМТ менее 18 отмечался у 12 пациентов с анорексией (100%), соблюдение строгой диеты у 9 (100%), регулярная изнуряющая физическая нагрузка присутствовала у 10 (90,9%), вызывание рвоты осталось без изменений и выявлялось у 9 студентов (100%), применение диуретиков и слабительных препаратов у 3 человек (75%), использование лекарств, снижающих аппетит у 5 (100%). Менее выраженная динамика в терапии СФ и НА

у участников III группы через один месяц может свидетельствовать о том, что для получения видимых результатов в снижении частоты встречаемости симптомов социофобии либо РПП нужно более длительное время для лечения от начала приема данного антидепрессанта группы СИОЗС.

Среди 17 пациентов с СФ и НБ также диагностировалась положительная динамика. Через один месяц у участников наблюдались следующие симптомы булимии: эпизоды переедания у 17 (100%), вызывание рвоты у 13 (92,8%), применение диуретиков и слабительных препаратов у 6 человек (85,7%), неспособность контролировать качество принимаемой пищи у 13 студентов (92,8%), чрезмерная озабоченность внешностью у 17 (100%), что, вероятно, также связано с необходимостью большего времени от начала приема Сертралина.

После проведенного лечения сертралином, спустя 2 месяца у пациентов III группы отметились следующее изменение по наличию симптомов социофобии: страх нахождения в людных местах оставался у 19 (65,5%), страх выступления перед аудиторией у 16 (80%), страх заговорить первым с другим человеком у 10 (76,9%), страх приема пищи на людях у 7 (77,8%). Сложности с посещением общественного туалета сохранялась у 6 (85,7%) студентов (Рисунок 4.10).

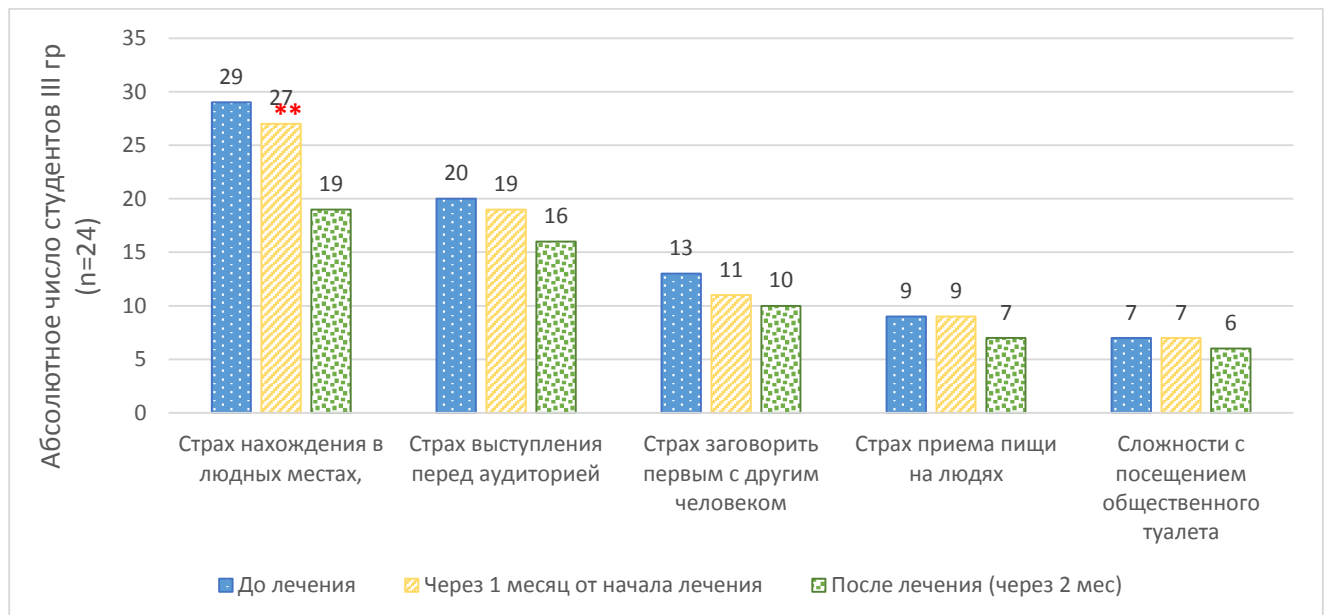


Рисунок 4.10 – Динамика клинической симптоматики социофобии у студентов III группы до и после лечения

Примечание – различия между двумя зависимыми группами статистически значимы при $p < 0,05$: * – различия между группой до лечения и через 1 месяц от начала лечения; ** – различия между группой через 1 месяц от начала лечения и после лечения.

Среди участников с симптомами НБ в сочетании с социофобией через два месяца терапии эпизоды переедания наблюдались у 13 (76,5%) из 17 человек, вызывание рвоты у 12 (85,7%), применение диуретиков и слабительных препаратов у 6 (85,7%), неспособность контролировать качество принимаемой пищи у 11 студентов (78,6%), чрезмерная озабоченность внешностью у 16 (94,1%) студентов (Рисунок 4.11).

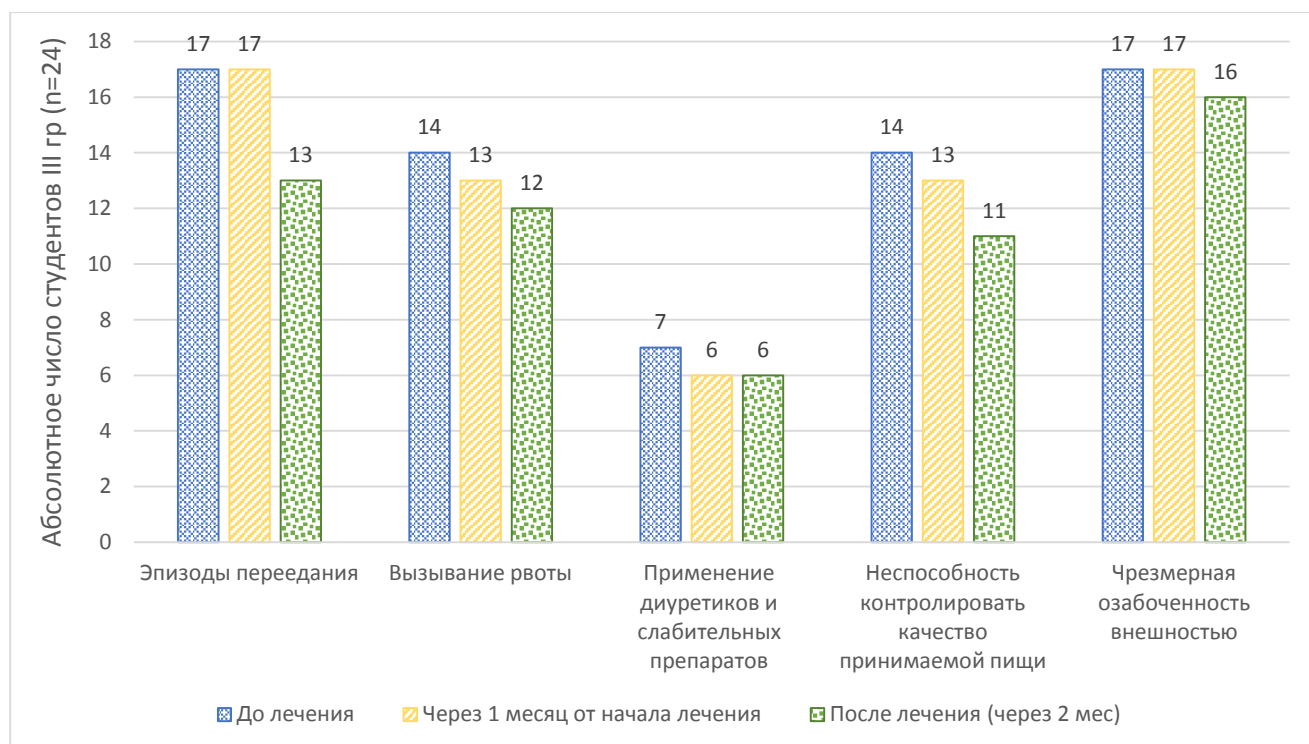


Рисунок 4.11 – Динамика клинической симптоматики нервной булимии у студентов III группы до и после лечения

Примечание – различия между двумя зависимыми группами статистически значимы при $p < 0,05$: * – различия между группой до лечения и через 1 месяц от начала лечения; ** – различия между группой через 1 месяц от начала лечения и после лечения.

У участников с клиническими проявлениями НА и СФ после терапии ИМТ менее 18 отмечался у 12 (100%) студентов, соблюдение строгой диеты у 8 (88,9%), регулярная изнуряющая физическая нагрузка у 9 (81,8%) студентов, вызывание рвоты у 9 (100%), применение диуретиков и слабительных препаратов сохранялось у 3 (75%), использование лекарств, снижающих аппетит у 4 участников (80%). Полученные результаты среди участников III группы (меньшая динамика в симптомах СФ, НА и НБ), вероятно, говорят о значимости когнитивной проработки дезадаптивных установок пациентов (к примеру, иерархии ценностей, критерии успешности, значимость наличия «идеальной формы» и в целом понятия

«идеальной фигуры». Отсутствие когнитивной работы и применения техник адаптивного ответа и оспаривания ошибочных суждений также лишает студентов возможности глубоко проанализировать свой взгляд на понятие красоты и внешней привлекательности, свои глубинные убеждения, а также взаимосвязь социальных страхов и РПП (Рисунок 4.12).

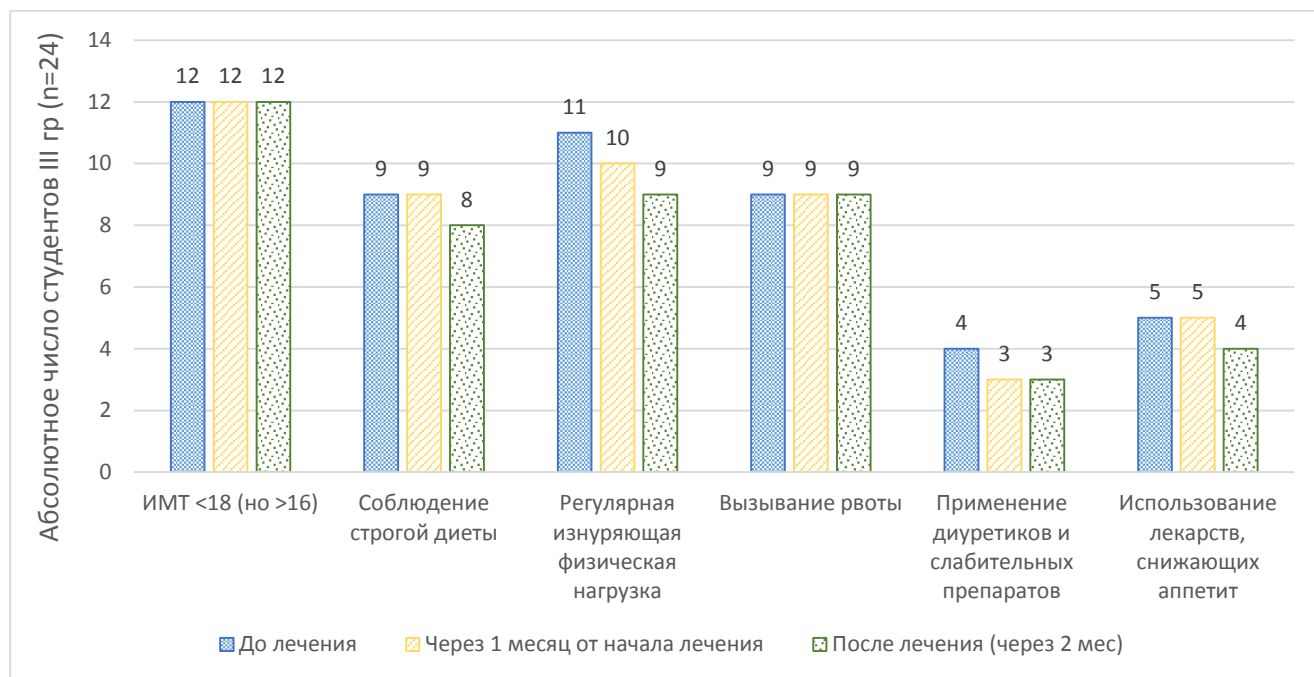


Рисунок 4.12 – Динамика клинической симптоматики нервной анорексии у студентов III группы до и после лечения

Примечание – различия между двумя зависимыми группами статистически значимы при $p < 0,05$:

* – различия между группой до лечения и через 1 месяц от начала лечения; ** – различия между группой через 1 месяц от начала лечения и после лечения.

Со студентами также не проводилось когнитивное реструктурирование плюсов и минусов эпизодов vomitomanii и других форм компенсаторного поведения, что, в рамках данного исследования, показывают большую эффективность применения индивидуальной КПТ либо сочетания индивидуальной КПТ и фармакотерапии Сертралином по сравнению с изолированной психофармакотерапией данным антидепрессантом за период двухмесячного исследования у обучающихся высшей медицинской школы.

4.1.4. Клинико-психопатологические особенности пациентов IV группы и их динамика на фоне когнитивно-поведенческой групповой психотерапии

Четвертую группу (IV гр.) составили 27 человек, проходивших когнитивно-поведенческую групповую психотерапию (КПГТ).

Нозологические формы в группе были представлены социальной фобией (F40.1) у 27 студентов, нервной анорексией (F50.0) у 11 студентов, нервной булимией (F50.2) у 16 студентов.

Среди студентов IV группы диагностировались клинические признаки СФ: страх нахождения в людных местах у 27 студентов (100%), страх выступления перед аудиторией у 16 студентов из 27 (59,2%), страх заговорить первым с другим человеком у 17 (62,9%), сложности с посещением общественного туалета у 2 (7,4%), страх приема пищи на людях у 10 (37%) студентов.

Из них у 11 (40,7%) студентов отмечены клинические проявления нервной анорексии: ИМТ менее 18 у 10 человек (37%), соблюдение строгой диеты у 10 человек (37%), регулярная изнуряющая физическая нагрузка у 7 студентов (25,9%), вызывание рвоты у 8 (29,6%), применение диуретиков и слабительных препаратов у 3 (11,1%), использование лекарств, снижающих аппетит у 3 (11,1%) в сочетании с симптомами СФ.

У 16 (59,2%) студентов отмечены клинические признаки НБ (F50.2): эпизоды переедания у 16 (59,2%) из 27 студентов, вызывание рвоты у 13 (48,1%), применение диуретиков и слабительных препаратов у 3 человек (11,1%), неспособность контролировать качество принимаемой пищи у 12 (44,4%), переоценка значимости своего веса и внешней красоты у 14 (51,8%) в сочетании с клинически диагностированной СФ (Рисунок 4.13).

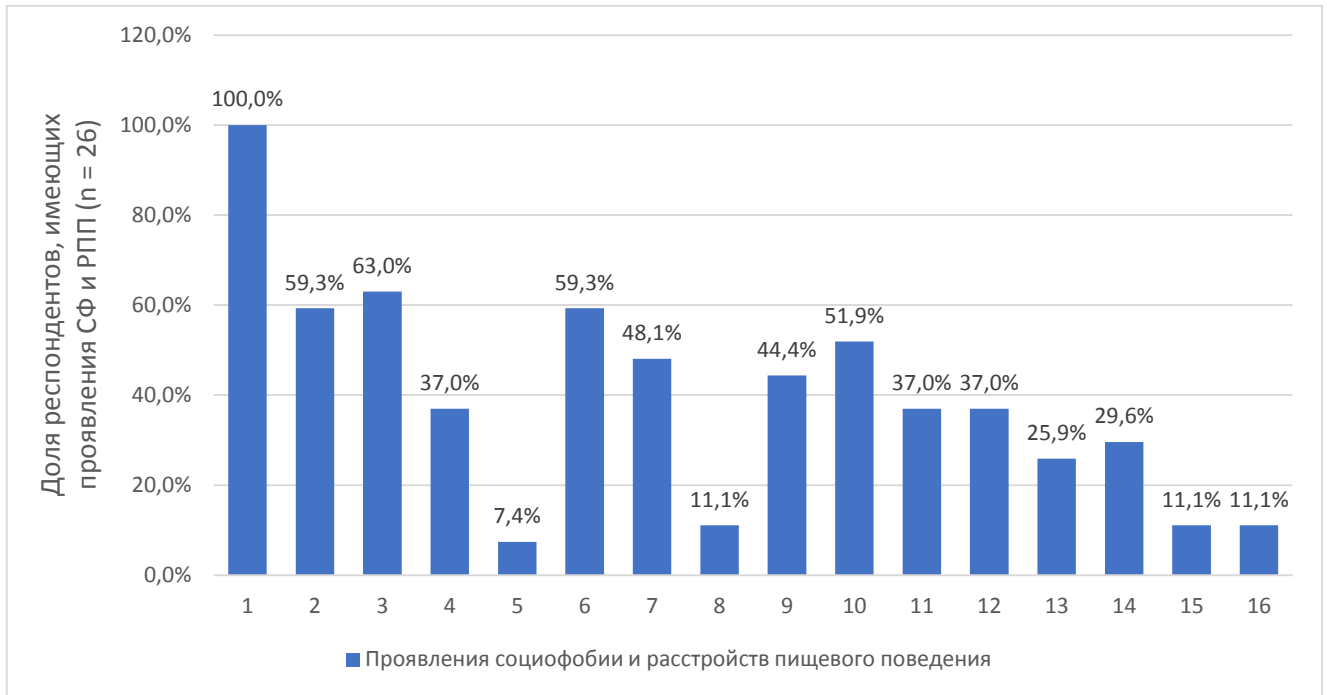


Рисунок 4.13 – Частота проявлений социофобии и расстройств пищевого поведения пациентов IV группы

Примечание – 1 – страх нахождения в людных местах; 2 – страх выступления перед аудиторией; 3 – страх заговорить первым с другим человеком; 4 – сложности с посещением общественного туалета; 5 – страх приема пищи на людях; 6 – ИМТ менее 18; 7 – соблюдение строгой диеты; 8 – регулярная изнуряющая физическая нагрузка; 9 – вызывание рвоты; 10 – применение диуретиков и слабительных препаратов; 11 – использование лекарств, снижающих аппетит; 12 – эпизоды переедания; 13 – вызывание рвоты; 14 – применение диуретиков и слабительных препаратов; 15 – неспособность контролировать качество принимаемой пищи; 16 – переоценка значимости своего веса и внешней красоты.

На фоне проведенной когнитивно-поведенческой групповой терапии через один месяц лечения среди студентов IV группы отмечалась положительная динамика в выраженности симптомов социофобии. Страх нахождения в людных местах оставался у 20 (74,1%) студентов из 27, страх выступления перед аудиторией у 13 (81,2%), страх заговорить первым с другим человеком у 12 (70,6%), страх приема пищи на людях у 7 (70%). Хорошая динамика через один месяц терапии симптомов СФ, вероятно, обусловлена применением протоколов когнитивно-поведенческой групповой терапии. Регулярное пребывание в малой социальной группе позволило снизить напряженность в ситуациях межличностного взаимодействия без целенаправленной экспозиционной работы, поскольку сама работа в группе представляет собой процесс экспозиции и привыкания к ситуациям взаимодействия в коллективе. Сложности с посещением общественного туалета

через один месяц терапии так же отмечены у двоих участников (100%).

Параллельно отмечались изменения в частоте встречаемости симптомов анорексии. Через один месяц ИМТ менее 18 отмечался у 10 пациентов с анорексией, соблюдение строгой диеты у 9 (90%), регулярная изнуряющая физическая нагрузка у 6 (85,7%), вызывание рвоты у 7 (87,5%) студентов, применение диуретиков и слабительных препаратов у 3 человек, использование лекарств, снижающих аппетит, встречалось у 2 студентов (66,7%).

Среди 16 пациентов с СФ и НБ также диагностировалась положительная динамика. Через один месяц следующие симптомы булимии наблюдались у участников: эпизоды переедания у 15 из 16 (93,7%), вызывание рвоты – 12 (92,3%), применение диуретиков и слабительных препаратов у 2 (66,7%), неспособность контролировать качество принимаемой пищи у 11 студентов (91,7%), чрезмерная озабоченность внешностью у 14 (100%). Менее выраженная динамика в клинических проявлениях РПП в процессе КПГТ по сравнению с симптомами СФ, предположительно, может быть объяснена тем, что протоколы КПТ для НА и НБ предполагают в первую очередь индивидуальное консультирование, нежели работу в группе.

После проведенного лечения методом когнитивно-поведенческой групповой терапии, спустя 2 месяца у пациентов IV группы произошла редукция симптомов социофобии: страх нахождения в людных местах остался у 7 (25,9%), страх выступления перед аудиторией у 8 (50%), страх заговорить первым с другим человеком сохранялся у 5 (29,4%), страх приема пищи на людях у 2 (20%) студентов. Наличие у участников симптома «сложности с посещением общественного туалета» осталось у одного участника (50%). Как видно из представленных данных, в группе с применением КПГТ отмечена значимая положительная динамика в редукции симптомов социофобии, поскольку сама работа в группе уже предполагает постоянное пребывание в межличностном общении с другими участниками, более того, студенты имеют возможность убедиться, что аналогичные сложности социального плана имеются не только у них, но и у других членов группы (Рисунок 4.14).

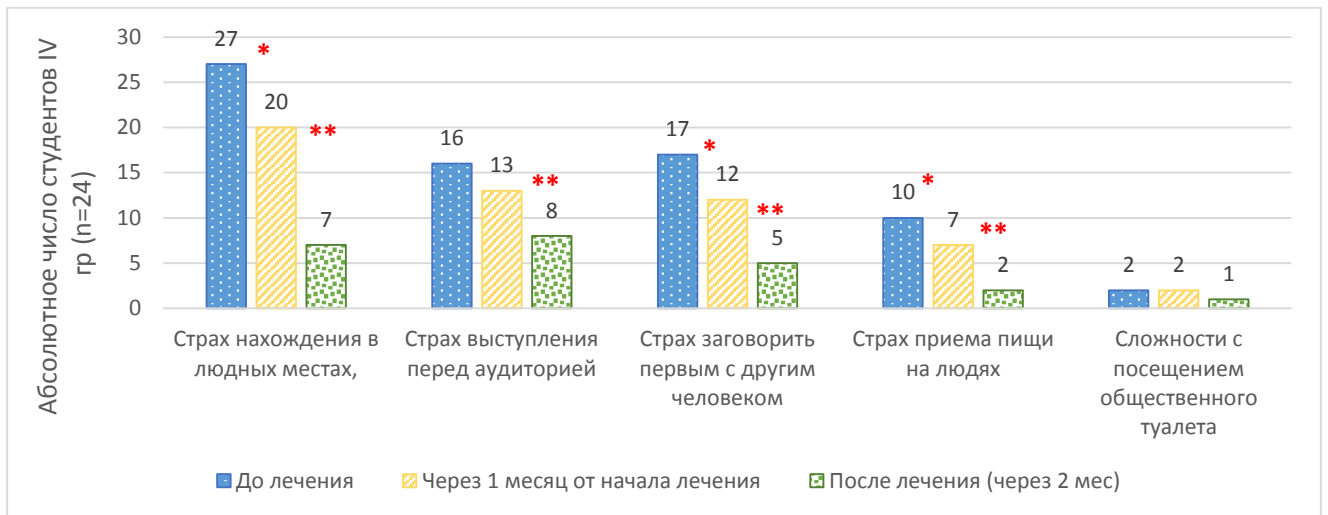


Рисунок 4.14 – Динамика клинической симптоматики социофобии у студентов IV группы до и после лечения

Примечание – различия между двумя зависимыми группами статистически значимы при $p < 0,05$: * – различия между группой до лечения и через 1 месяц от начала лечения; ** – различия между группой через 1 месяц от начала лечения и после лечения.

Среди участников с симптомами НБ в сочетании с социофобией через два месяца терапии эпизоды переедания наблюдались у 11 (68,7%) из 16 человек, вызывание рвоты у 10 (76,9%), применение диуретиков и слабительных препаратов у двоих студентов у 66,7%, неспособность контролировать качество принимаемой пищи у 9 (75%) студентов, чрезмерная озабоченность внешностью у 13 (92,8%) (Рисунок 4.15).

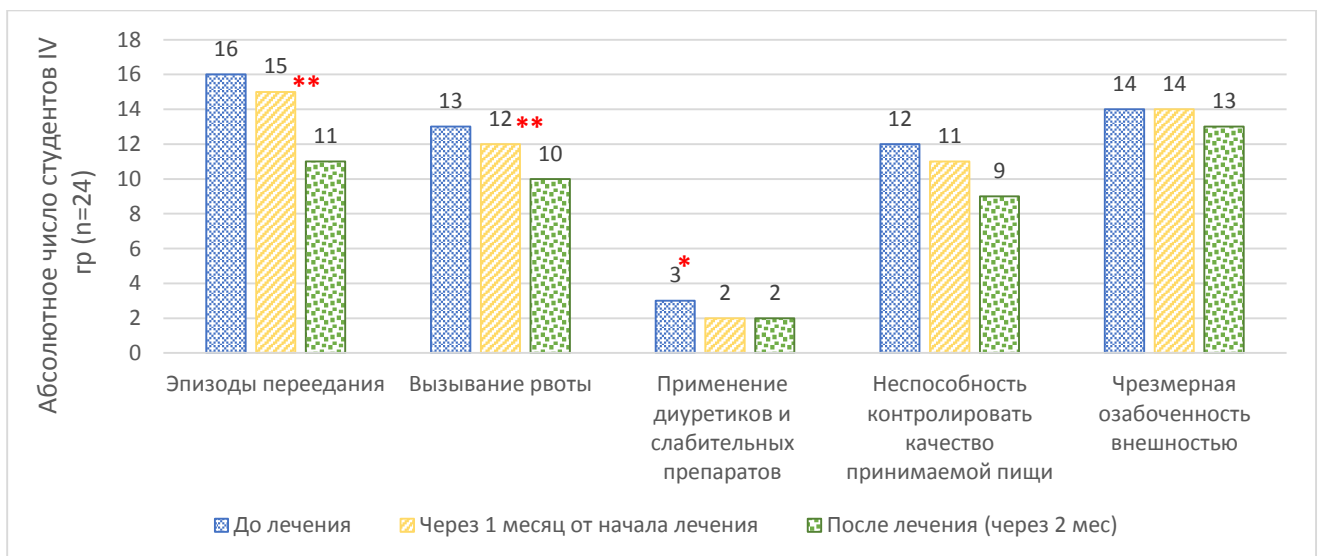


Рисунок 4.15 – Динамика клинической симптоматики нервной булимии у студентов IV группы до и после лечения

Примечание – различия между двумя зависимыми группами статистически значимы при $p < 0,05$: * – различия между группой до лечения и через 1 месяц от начала лечения; ** – различия между группой через 1 месяц от начала лечения и после лечения.

У участников с клиническими проявлениями НА и СФ после терапии ИМТ менее 18 отмечался у 7 (90%), соблюдение строгой диеты у 8 (80%), регулярная изнуряющая физическая нагрузка у 5 (71,4%), вызывание рвоты у 6 (75%), применение диуретиков и слабительных препаратов у 3 студентов (100%), использование лекарств, снижающих аппетит у 2 (66,7%) (Рисунок 4.16).

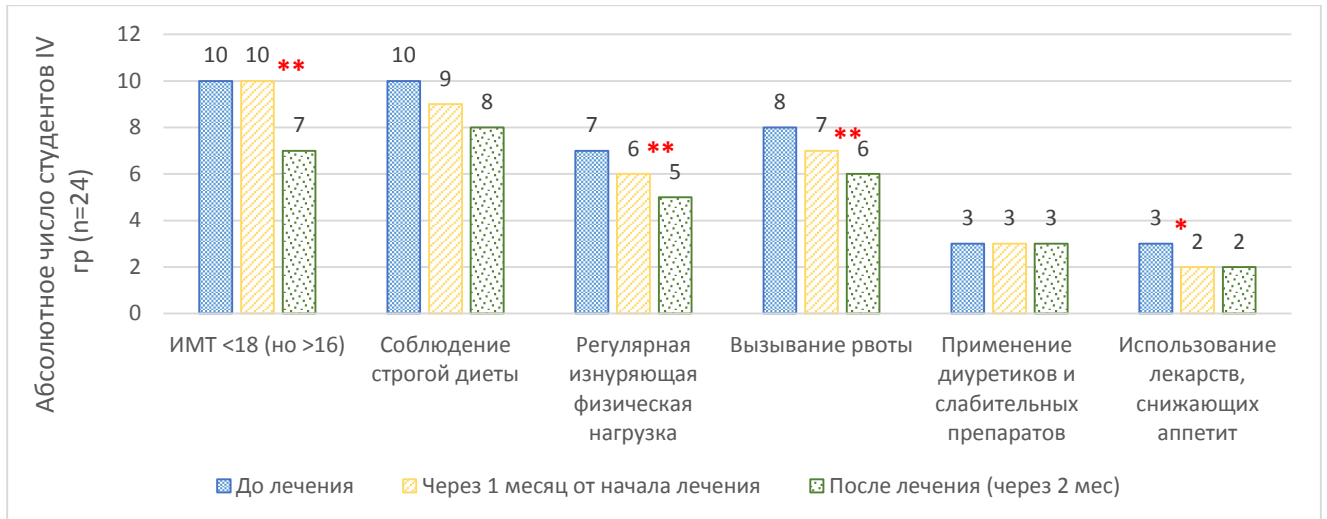


Рисунок 4.16 – Динамика клинической симптоматики нервной анорексии у студентов IV группы до и после лечения

Примечание – различия между двумя зависимыми группами статистически значимы при $p < 0,05$: * – различия между группой до лечения и через 1 месяц от начала лечения; ** – различия между группой через 1 месяц от начала лечения и после лечения.

4.1.5. Сравнительная динамика клиничко-психопатологических проявлений пациентов четырех групп на фоне проведенного лечения

Была оценена сравнительная динамика клиничко-психопатологических проявлений у пациентов с социофобией и расстройствами пищевого поведения во всех группах на фоне проведенного лечения (Таблица 4.1).

Симптом «страх нахождения в людных местах» среди участников I, II, III и IV групп встречался в 38,4%, 37,5%, 65,5% и 25,9% случаев соответственно ($p=0,021$; коэффициент хи-квадрат Пирсона; различия между группами статистически значимы). Обращает внимание то, что наименьшая частота персистирования данного проявления СФ отмечалась среди студентов IV группы (25,9%), что, вероятно, связано с регулярным пребыванием в малой терапевтической группе с постоянной экспозицией субъективного страха

нахождения в компании других людей. В I (индивидуальная КПТ), II (КПТ+фармакотерапия) и III группах (фармакотерапия) данный симптом оставался более выраженным, что обусловлено условиями проведения психотерапевтических сессий (индивидуальная КПТ в первой и второй группах), либо их отсутствием в третьей группе (фармакотерапия). Наиболее выраженная частота встречаемости данного симптома была представлена в III группе (65,5%). Такие данные можно объяснить отсутствием экспозиционной работы в процессе фармакотерапии без применения психотерапии. Результаты по данному симптому в I и II группах были сопоставимыми (38,4% и 37,5% от исходного уровня соответственно).

Симптом «страх выступления перед аудиторией» после лечения среди участников I, II, III и IV групп составил 47,3%, 41,2%, 80% и 50% соответственно ($p=0,017$; коэффициент хи-квадрат Пирсона; различия между группами статистически значимы). В данном случае частота встречаемости симптома была более всего выражена среди студентов III группы (80%), что также объяснялось отсутствием экспозиционных техник в лечебных интервенциях, применяемым к участникам III группы. Поэтому клиническая динамика симптома в третьей группе в сравнении с динамикой в других группах была статистически значимо менее выраженной.

Относительно страха заговорить первым с другим человеком получены следующие результаты: I группа – 26,6%, II – 40%, III – 76,9% и IV группа – 29,4% ($p=0,009$; коэффициент хи-квадрат Пирсона; различия между группами статистически значимы). Можно отметить, что среди участников I и IV групп процент персистирования симптома был менее выраженным, а лучший результат достигался участниками I группы (26,6%). В III группе, аналогично с другими симптомами СФ, показатели динамики оставались сравнительно невысокими (76,9% в сравнении с 26,6% в I группе и 29,4% в IV группе). Показатели во II группе также значительно превышали результаты III группы (40%), хотя и уступая I и IV группам.

Можно высказать предположение, что в данном случае индивидуальная КПТ дала более выраженные результаты среди участников, поскольку в работе с ними

значимый акцент делался на глубокой когнитивной проработке автоматических мыслей и дисфункциональных убеждений каждого участника, что позволило выявить иррациональные установки. Ими были: «Если я обращаюсь первым к другому человеку, со мной не станут даже разговаривать», «я выгляжу настолько плохо, что, стоит мне обратиться к другому человеку, я стану посмешищем», «если бы я была красивой, мне было бы легко устанавливать новые контакты, а так я даже пытаться не буду, ведь я уродливая» и др. В последнем дисфункциональном представлении ярко проявляется симптоматика пищевых нарушений, поскольку наличие дисморфофобических идей лишь усугубляет социальные страхи и опасения в отношении новых знакомств, контактов, установлении личностных связей. Например, чтобы суметь преодолеть глубинное убеждение «меня никто не любит» пациенты неосознанно вырабатывают целый комплекс мер и установок, как себя вести и какой / каким нужно быть чтобы «меня любили и принимали». К примеру, «иметь идеальную фигуру», «быть всегда интересной, веселой и в центре внимания», «иметь высокий социальный статус» и другие. Такие установки способствуют формированию социальной фобии в сочетании с пищевыми нарушениями, что в свою очередь, создает порочный круг взаимовлияния социальных страхов и пищевых нарушений.

Страх приема пищи на людях к окончанию терапии составил 14,3%, 25%, 77,8% и 20% среди I, II, III и IV групп соответственно ($p=0,011$; коэффициент хи-квадрат Пирсона; различия между группами статистически значимы). Следует отметить, что наиболее выраженные результаты были получены у участников групп (I, II, IV), в которых применялась психотерапия (индивидуальная или групповая).

На индивидуальных сессиях КПТ участники получали домашнее задание с необходимостью регулярного посещения столовых и буфетов в то время, когда там находилось большое количество людей (перерывы между лекциями, практическими занятиями и др.), с необходимостью отслеживания своих АМ, выраженности эмоций (тревоги или внутреннего дискомфорта).

В случае с групповой психотерапией реализация экспозиционных техник осуществлялась также предложением участникам приносить с собой еду, чтобы

после сессий вместе попить чай, кофе и т.д. для создания доверительных отношений и разговора на свободные темы между собой.

Сложности с посещением общественного туалета среди студентов I группы выявлялись в 75%, II – 66,7%, III – 85,7% и в IV группе – 50% случаев ($p=0,227$; коэффициент хи квадрат Пирсона; различия между группами статистически не значимы). Данный симптом среди всех симптомов СФ, анализируемых в данном исследовании, остался наиболее выраженным, что, очевидно, связано с недостаточным сроком психотерапевтических интервенций и фармакотерапии для выраженной его редукции (Рисунок 4.17).

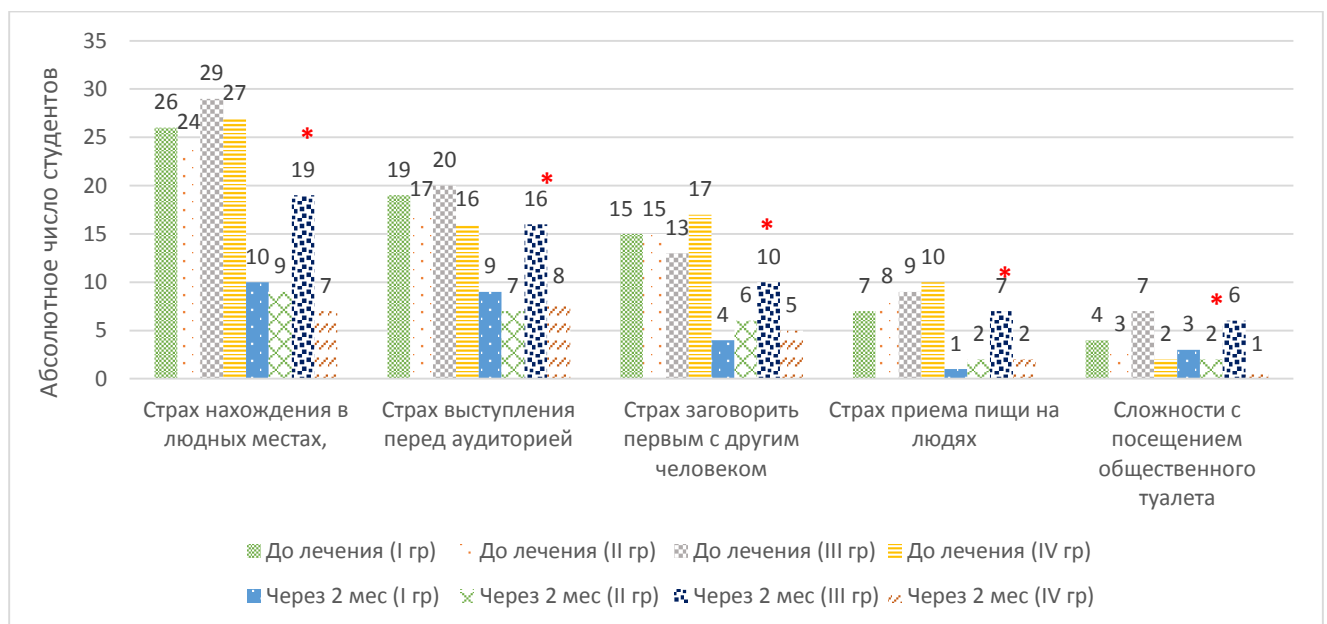


Рисунок 4.17 – Динамика клинической симптоматики социофобии у студентов I, II, III, IV групп до и через 2 месяца после лечения

Примечание – * выделены статистически значимые различия ($p<0,05$) между четырьмя группами после лечения (коэффициент хи-квадрат Пирсона).

В случае с эпизодами переедания среди участников I группы частота встречаемости к концу лечения составила 41,2%, во второй – 50%, в третьей – 76,5% и в четвертой – 68,7% ($p=0,006$; коэффициент хи-квадрат Пирсона; различия между группами статистически значимы). Наиболее выраженный ответ на терапию дали участники I и II групп (41,2% и 50% соответственно). Встречаемость данного симптома в IV группе (КПГТ) была выше первых двух групп (68,7% от исходного). Такие результаты можно объяснить форматом групповой психотерапии, который более удобен для проработки социальных страхов, нежели пищевых нарушений,

поэтому применение индивидуальной КПТ в первой и второй группах дало более значимый результат. В III группе отмечались наиболее низкие показатели динамики от исходного уровня (76,5%).

В целом, следует отметить среди всех групп относительно высокий результат по динамике вомитомании. Среди участников I, II, III и IV групп частота встречаемости вызова рвоты после лечения составила 40%, 46,2%, 85,7% и 76,9% соответственно ($p=0,001$; коэффициент хи-квадрат Пирсона; различия между группами статистически значимы).

Как было сказано выше, такие результаты можно объяснить наличием социофобии с расстройствами пищевого поведения (нервная булимия, нервная анорексия), а также контингентом участников (студенты-медики имеют высокие интеллектуальные способности, что предполагает хороший терапевтический ответ на применение когнитивных техник, а также высокий уровень комплаенса и мотивированности на терапию). Следует также отметить, что участие в исследовании проводилось только на добровольной основе, что, вероятно, оказало определенное положительное влияние на приверженность терапии, мотивацию и в общем на результат лечения.

Применение диуретиков и слабительных препаратов к окончанию терапии составило среди студентов I, II, III и IV групп 25%, 33,3%, 85,7% и 66,7% соответственно ($p=0,003$; коэффициент хи-квадрат Пирсона; различия между группами статистически значимы). Самые значительные результаты по редукции данного симптома от исходного уровня выявлялись среди участников I и II групп (результаты являются в целом сопоставимыми). Самые низкие результаты (85,7%) отмечались на фоне изолированной фармакотерапией сертралином. Можно предположить, что когнитивная проработка «плюсов» и «минусов» компенсаторного поведения в виде приема off label диуретиков и слабительных, анализом последствий для организма (обезвоживание, дефицит электролитов и др.) оказала значительное влияние на результат лечения.

Касательно неспособности контролировать качество принимаемой пищи были получены следующие данные: в I группе 50%, II группе – 38,5%, III – 78,6%

и IV – 75% от исходного уровня ($p=0,011$; коэффициент хи-квадрат Пирсона; различия между группами статистически значимы). Самые высокие результаты также представлены среди участников I и II групп, результаты в III и IV группах являются сопоставимыми (78,6% и 75%), что, вероятно, связано с невозможностью полноценной индивидуальной работы на фоне групповой психотерапии и отсутствием психотерапии как таковой в III группе (Рисунок 4.18).

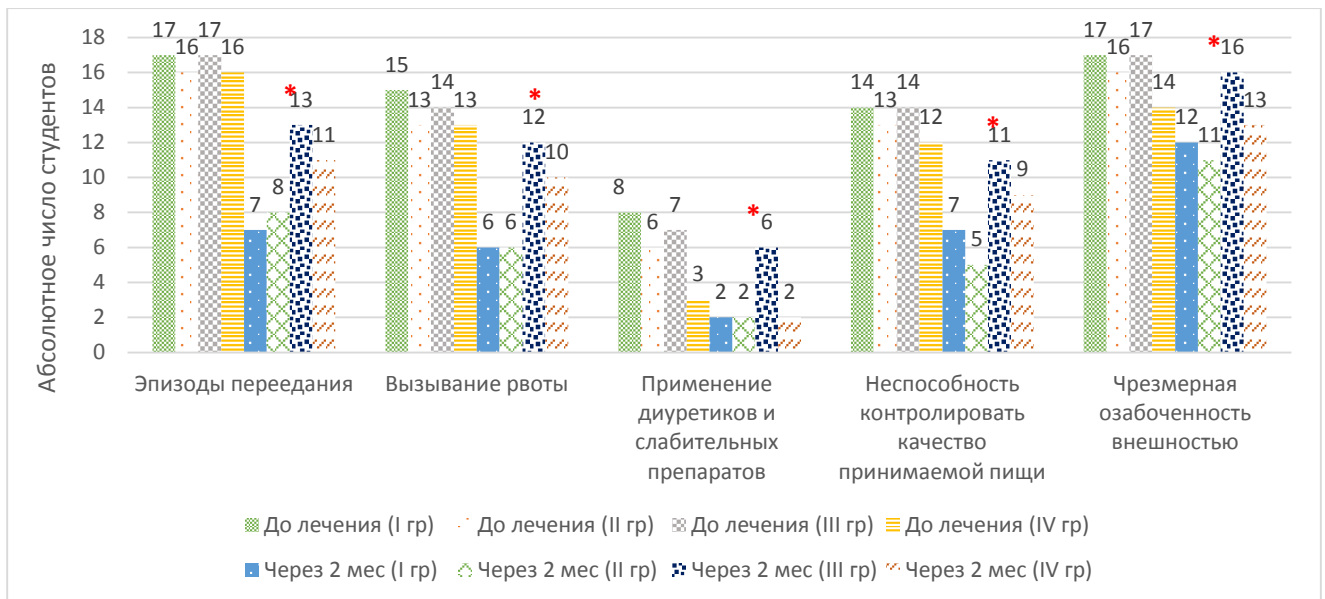


Рисунок 4.18 – Динамика клинической симптоматики булимии у студентов I, II, III, IV групп до и через 2 месяца после лечения

Примечание – * выделены статистически значимые различия ($p<0,05$) между четырьмя группами после лечения (коэффициент хи-квадрат Пирсона).

Чрезмерная озабоченность внешностью среди пациентов с нервной булимией составила среди студентов I, II, III и IV групп 70,6%, 68,7%, 94,1% и 92,8% соответственно. Относительно высокий процент встречаемости от исходного уровня (в III и IV группах), вероятно, связан с невозможностью за период двухмесячного исследования повлиять на глубинное самовосприятие пациента и в целом на иерархию ценностей. Более глубокая переработка данного симптома, с которым пациенты живут почти всю свою жизнь, требует большего числа сессий и более долгосрочной терапии. Однако в данном случае также можно говорить о тенденции к наиболее выраженной статистически значимой результативности в первой и второй группах (70,6% и 68,7% в I и II группах в сравнении с 94,1% и 92,8% среди студентов III и IV групп соответственно) ($p=0,026$; коэффициент хи-

квадрат Пирсона; различия между группами статистически значимы).

В случае сочетания СФ и НА среди участников через два месяца терапии ИМТ остался на уровне ниже 18 (но >16) в следующей градации от исходного: среди студентов I группы – 55,6%, II – 62,5%, III группы – без динамики (100%), IV группы – 90% ($p=0,029$; коэффициент хи-квадрат Пирсона; различия между группами статистически значимы). Сопоставимые положительные результаты среди участников I и II группы, вероятно, связаны с когнитивным анализом плюсов и минусов ограничительного поведения (к примеру, соблюдение строгой диеты), либо компенсаторного поведения в виде изнуряющих нагрузок в спортзале, актов vomитомании, применение диуретиков и слабительных, препаратов, снижающих аппетит и др., а также проработкой социальных страхов, поддерживающих тенденцию к использованию ограничительного и компенсаторного поведения с целью «не быть отвергнутым в обществе» по причине того, что нет, по мнению пациентов, «идеальной фигуры».

Также достижение нормального значения ИМТ, видимо, связано со следованием режиму питания «Правило трех», обеспечивающему участников, в случае правильного следования рекомендациям, всеми необходимыми нутриентами для стабилизации обмена веществ и восполнения дефицита массы тела.

«Соблюдение строгой диеты к окончанию терапии отмечалось среди участников в 44,4%, 50%, 88,9% и 80% среди I, II, III и IV групп соответственно ($p=0,032$; коэффициент хи-квадрат Пирсона; различия между группами статистически значимы). Регулярная изнуряющая физическая нагрузка была представлена среди студентов I группы у 62,5%, II – 50%, в III группе у 81,8%, в IV в 71,4% от исходного уровня наличия симптома».⁶

«Использование лекарств, снижающих аппетит, к окончанию терапии во

⁶ Цитировано по статье Динамика клинических проявлений социальной фобии, нервной булимии и нервной анорексии у студентов медицинского вуза в ходе когнитивно-поведенческой психотерапии и фармакотерапии сертралином / С. О. Афанасьев, О. Ю. Ширяев // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2024. – № 8(175). – С. 999-1009. – DOI 10.33920/med-01□2408□05

второй и первой группах с сочетанием СФ и НА отмечено не было (0%), в третьей – 80% и в четвертой – 66,7%»⁷ (Рисунок 4.19).

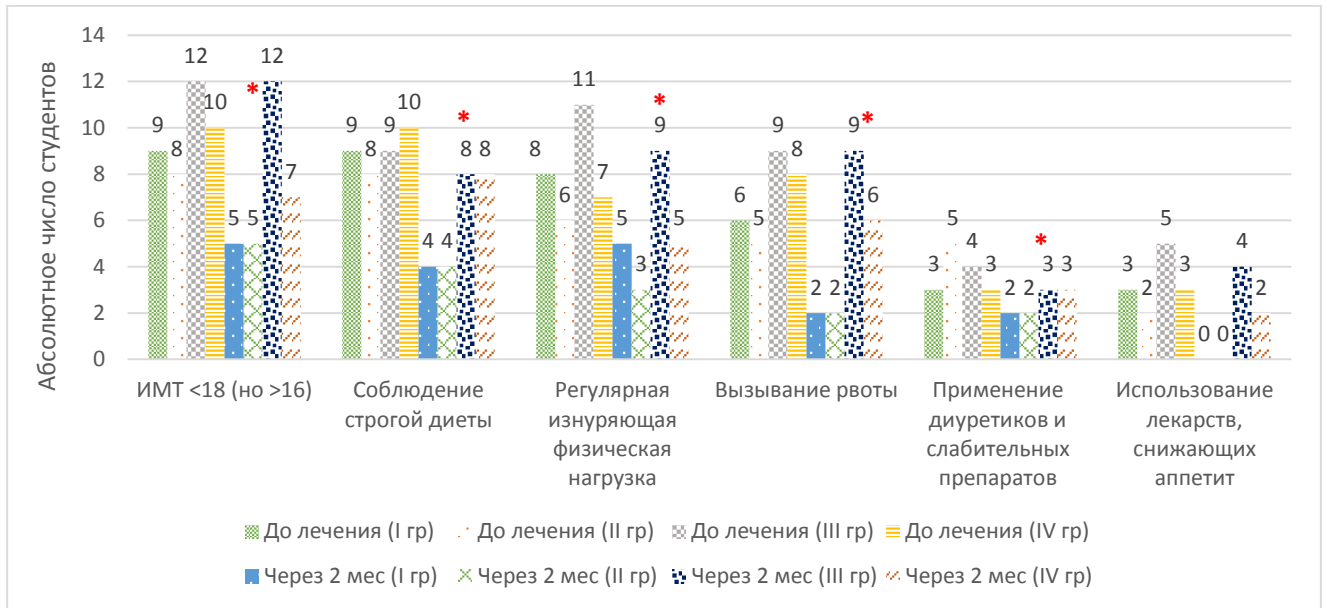


Рисунок 4.19 – Динамика клинической симптоматики анорексии у студентов I, II, III, IV групп до и через 2 месяца после лечения

Примечание – * выделены статистически значимые различия ($p < 0,05$) между четырьмя группами после лечения (коэффициент хи-квадрат Пирсона).

Вышеуказанные данные могут свидетельствовать в целом о положительной динамике сочетанных симптомов СФ, НА и НБ среди участников всех групп. Сравнивая результаты между группами исследования, можно отметить высокую эффективность применения методик индивидуальной КПТ и сочетания КПТ и фармакотерапии сертралином среди участников первой и второй групп. Хорошая динамика выявлялась как в случае с симптомами социальной тревоги, так и в отношении пищевых нарушений (например, страх нахождения в людных местах среди участников I и II групп после лечения составлял 38,4% и 37,5% соответственно, частота встречаемости эпизодов переедания 41,2% и 50% среди участников с сочетанием СФ и НБ в I и II группах соответственно). Результаты в обеих группах являются сопоставимыми (Таблица 4.1).

⁷ Цитировано по статье Динамика клинических проявлений социальной фобии, нервной булимии и нервной анорексии у студентов медицинского вуза в ходе когнитивно-поведенческой психотерапии и фармакотерапии сертралином / С. О. Афанасьев, О. Ю. Ширяев // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2024. – № 8(175). – С. 999-1009. – DOI 10.33920/med-01□2408□05

Таблица 4.1 – Сравнительная динамика клинической симптоматики нервной булимии, нервной анорексии и социальной фобии у студентов всех групп на фоне лечения (цитировано по статье Афанасьев С.О., Ширяев О.Ю., 2024)⁸

Симптом	Группы	До лечения, n (%)				После лечения (через 2 мес), n (%)				p- уровень
		1	2	3	4	1	2	3	4	
<i>Динамика клинической симптоматики нервной булимии</i>										
Эпизоды переедания		17 (100)	16 (100)	17 (100)	16 (100)	7 (41,2)	8 (50)	13 (76,5)	11 (68,7)	0,006
Вызывание рвоты		15 (100)	13 (100)	14 (100)	13 (100)	6 (40)	6 (46,2)	12 (85,7)	10 (76,9)	0,001
Применение диуретиков и слабительных препаратов		8 (100)	6 (100)	7 (100)	3 (100)	2 (25)	2 (33,3)	6 (85,7)	2 (66,7)	0,003
Неспособность контролировать качество принимаемой пищи		14 (100)	13 (100)	14 (100)	12 (100)	7 (50)	5 (38,5)	11 (78,6)	9 (75)	0,011
Чрезмерная озабоченность внешностью		17 (100)	16 (100)	17 (100)	14 (100)	12 (70,6)	11 (68,7)	16 (94,1)	13 (92,8)	0,026
<i>Динамика клинической симптоматики нервной анорексии</i>										
ИМТ <18 (но >16)		9 (100)	8 (100)	12 (100)	10 (100)	5 (55,6)	5 (62,5)	12 (100)	7 (90)	0,029
Соблюдение строгой диеты		9 (100)	8 (100)	9 (100)	10 (100)	4 (44,4)	4 (50)	8 (88,9)	8 (80)	0,032
Регулярная изнуряющая физическая нагрузка		8 (100)	6 (100)	11 (100)	7 (100)	5 (62,5)	3 (50)	9 (81,8)	5 (71,4)	0,011
Вызывание рвоты		6 (100)	5 (100)	9 (100)	8 (100)	2 (33,3)	2 (40)	9 (100)	6 (75)	0,004
Применение диуретиков и слабительных препаратов		3 (100)	3 (100)	4 (100)	3 (100)	2 (66,7)	2 (66,7)	3 (75)	3 (100)	0,043
Использование лекарств, снижающих аппетит		3 (100)	2 (100)	5 (100)	3 (100)	0	0	4 (80)	2 (66,7)	0,567
<i>Динамика клинической симптоматики социальной фобии</i>										
Страх нахождения в людных местах,		26 (100)	24 (100)	29 (100)	27 (100)	10 (38,4)	9 (37,5)	19 (65,5)	7 (25,9)	0,021
Страх выступления перед аудиторией		19 (100)	17 (100)	20 (100)	16 (100)	9 (47,3)	7 (41,2)	16 (80)	8 (50)	0,017
Страх заговорить первым с другим человеком		15 (100)	15 (100)	13 (100)	17 (100)	4 (26,6)	6 (40)	10 (76,9)	5 (29,4)	0,009
Страх приема пищи на людях		7 (100)	8 (100)	9 (100)	10 (100)	1 (14,3)	2 (25)	7 (77,8)	2 (20)	0,011
Сложности с посещением общественного туалета		4 (100)	3 (100)	7 (100)	2 (100)	3 (75)	2 (66,7)	6 (85,7)	1 (50)	0,227

Примечание – полужирным шрифтом выделены статистически значимые различия ($p < 0,05$) между четырьмя группами после лечения (критерий хи-квадрат Пирсона).

Меньшую эффективность в терапии СФ и РПП по данным двухмесячного исследования показала КПГТ. Уступая результатам полученным в I и II группах в

⁸ Динамика клинических проявлений социальной фобии, нервной булимии и нервной анорексии у студентов медицинского вуза в ходе когнитивно-поведенческой психотерапии и фармакотерапии сертралином / С. О. Афанасьев, О. Ю. Ширяев // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2024. – № 8(175). – С. 999-1009. – DOI 10.33920/med-01□2408□05

отношении терапии пищевых нарушений, данный метод психотерапевтического воздействия показал хорошие результаты в отношении социальных страхов, а в отношении определенных симптомов СФ даже превзошел их (в частности, страх нахождения в людных местах сохранялся лишь у 25,9% пациентов от исходного среди участников IV группы в сравнении с 38,4%, 37,5% и 65,5% среди студентов I, II, III групп соответственно) (Таблица 4.1).

Фармакотерапия сертралином без каких-либо психотерапевтических воздействий среди обучающихся медицинского ВУЗа, примененная в III группе участников, показала наименьшую результативность, значимо уступая результатам первой и второй групп как в отношении терапии СФ, так и в отношении РПП. Так, страх приема пищи на людях к окончанию терапии сохранялся у 14,3%, 25%, 77,8% и 20% среди I, II, III и IV групп соответственно). По отдельным симптомам результаты в III группе были сопоставимы с результатами применения КПГТ в IV группе (в частности, ИМТ оставался на уровне ниже 18 (но >16), среди респондентов III группы – без динамики (100%), IV группы – 90%, либо в отношении чрезмерной озабоченности внешностью среди пациентов с НБ среди III и IV группы результаты составили 94,1% и 92,8% соответственно) (Таблица 4.1).

4.2. Сравнительные результаты катамнестического наблюдения через 1 год после окончания лечения в четырех группах

Была проведена катамнестическая оценка состояния участников исследования через один год после окончания терапии. Для этой цели участники групп (I-IV) были приглашены на кафедру психиатрии и наркологии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко и в клинику «Лион-мед». Повторным обследованием через 1 год после окончания лечения удалось охватить 100% респондентов (106 человек), давших согласие пройти повторный осмотр врачом-психотерапевтом, а также заполнить психометрические опросники (шкала Социальной тревоги Либовица, Голландский опросник пищевого поведения, шкала тревоги Бека).

Проводилось клинико-психопатологическое обследование пациентов с целью оценки стабильности, достигнутых в процессе терапии результатов.

Среди участников I и II групп были получены схожие результаты. На фоне индивидуальной КПТ и сочетания КПТ с фармакотерапией сертралином спустя 1 год после окончания терапии отмечалась в целом высокая стабильность достигнутых результатов (Рисунки 4.20-4.21).

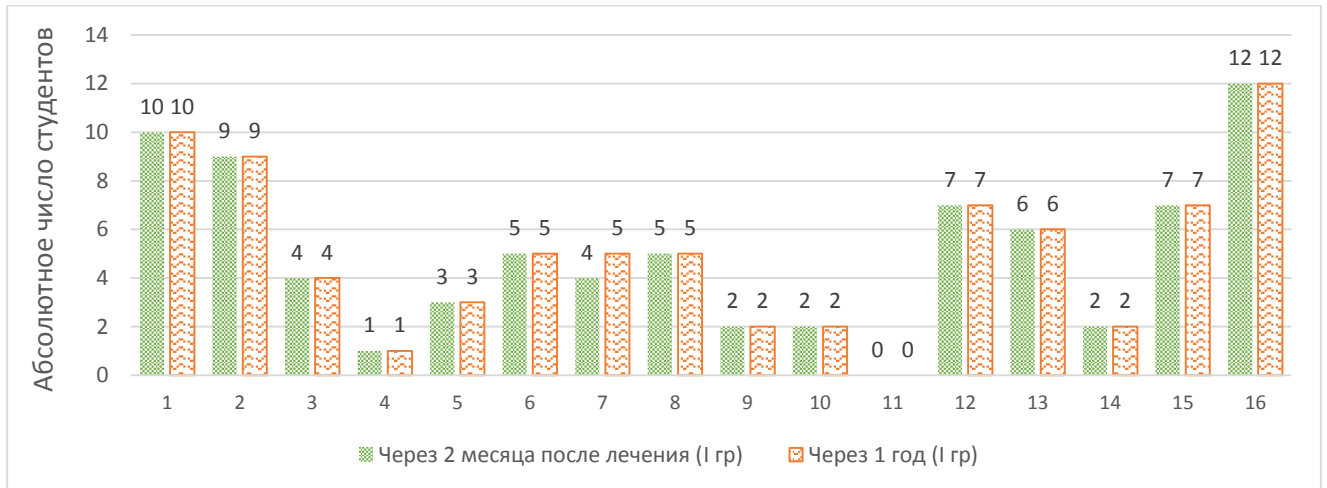


Рисунок 4.20 – Динамика клинической симптоматики у студентов I группы через 2 месяца после лечения и через 1 год после лечения (число студентов, имеющих симптоматику СФ, НА и НБ)

Примечание – 1 – страх нахождения в людных местах; 2 – страх выступления перед аудиторией; 3 – страх заговорить первым с другим человеком; 4 – сложности с посещением общественного туалета; 5 – страх приема пищи на людях; 6 – ИМТ менее 18; 7 – соблюдение строгой диеты; 8 – регулярная изнуряющая физическая нагрузка; 9 – вызывание рвоты; 10 – применение диуретиков и слабительных препаратов; 11 – использование лекарств, снижающих аппетит; 12 – эпизоды переедания; 13 – вызывание рвоты; 14 – применение диуретиков и слабительных препаратов; 15 – неспособность контролировать качество принимаемой пищи; 16 – переоценка значимости своего веса и внешней красоты.

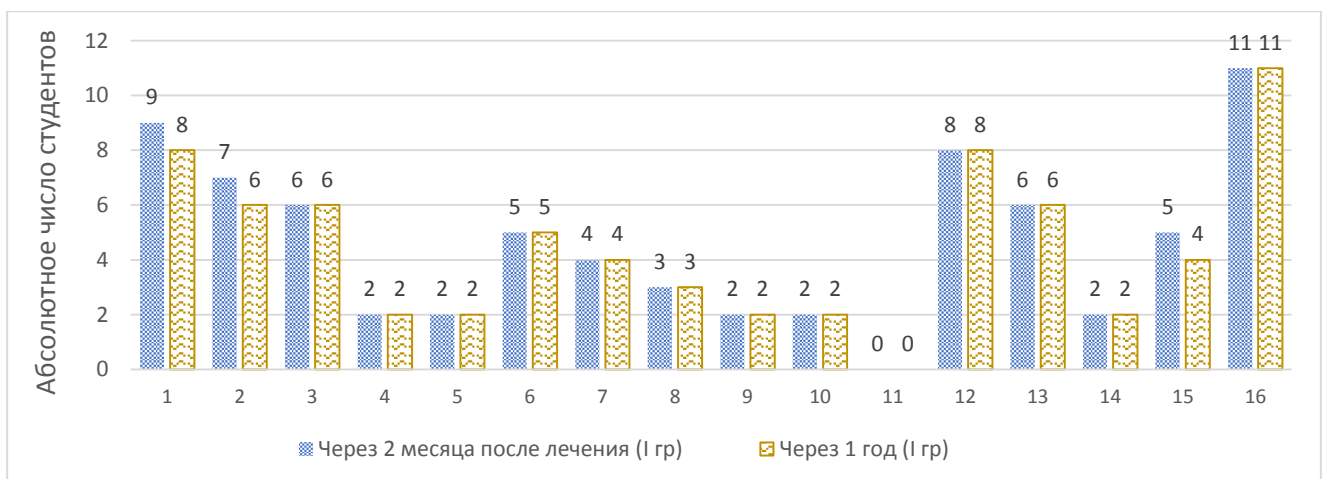


Рисунок 4.21 – Динамика клинической симптоматики у студентов II группы через 2 месяца после лечения и через 1 год после лечения (число студентов, имеющих симптоматику СФ, НА и НБ).

Примечание – нумерация и названия симптомов см. примечание рисунка 4.20.

Вероятно, обусловлено форматом психотерапевтических интервенций (индивидуальная терапия), давшим возможность диагностировать, обсудить и проработать «шаблоны» мышления пациентов в различных стрессовых ситуациях, как правило связанных со взаимодействием с социумом (в связи с особенностями контингента участников), когнитивные ошибки, а также дезадаптивные стратегии избегания пугающих ситуаций (приглашение на вечеринку, поездки на переполненном людьми общественном транспорте и др.), имеющиеся у пациентов пищевые расстройства, базирующиеся на негативном личном опыте, «токсической» обстановке в детстве в социальном окружении, семьях.

Участники исследования уяснили механизм развития социальной фобии, а также влияние расстройств пищевого поведения на ее утяжеление (к примеру, неудовлетворенность своей фигурой, избыточный вес при нервной булимии, дисморфофобические идеи и другие проявления РПП могут усиливать социальные страхи быть отверженным, осужденным за полноту, быть высмеянным). РПП выступают своего рода способом патологической адаптации к жизни в условиях воздействия на студентов, имеющих определенные преморбидные особенности, стрессогенных факторов (на фоне социофобии эмоциональный дискомфорт, высокая степень тревоги после пребывания в общественных местах может «заедаться» большим количеством сладкой и вкусной еды, приводя к кратковременному облегчению социальных страхов – до следующей необходимости находиться в социуме и взаимодействовать с окружающими).

Сам формат индивидуальной КПТ, очевидно, позволил обеспечить относительную устойчивость достигнутых результатов терапии также за счет возможности лично объяснить каждому пациенту механизм его заболевания, факторы, поддерживающие его течение и мыслительные ошибки, иррациональные выводы, которые делает пациент, анализируя самого себя и окружающий мир.

Положительную роль сыграл факт осознанной психотерапевтической работы, при участии в которой пациент обучался навыкам самопомощи.

Среди участников I и II групп через 1 год после окончания терапии состояний декомпенсации отмечено не было. Напротив, во II группе, улучшение в состоянии

произошло у 2-х студентов в виде редукции страхов нахождения в людных местах и выступления перед аудиторией, а также неспособности контролировать качество принимаемой пищи. Практически полное отсутствие рецидивов в обеих группах, а также отсутствие статистически значимых различий между двумя периодами по каждому из симптомов в обеих группах можно расценивать как свидетельство стабильности достигнутого эффекта от терапии.

Студенты, проходившие КПГТ (IV группа), показали менее выраженные положительные результаты. Среди 27 участников данной группы у 5 человек отмечался рецидив по следующим симптомам РПП: вызывание рвоты (у двух человек, $p < 0,05$), один пациент возобновил применение диуретиков и слабительных препаратов, двое пациентов вернулись к регулярным изнуряющим физическим нагрузкам ($p < 0,05$). Вероятно, это связано с недостаточно глубокой проработкой иррациональных установок и паттернов мышления, выработанных у пациентов в течении жизни (Рисунок 4.22).

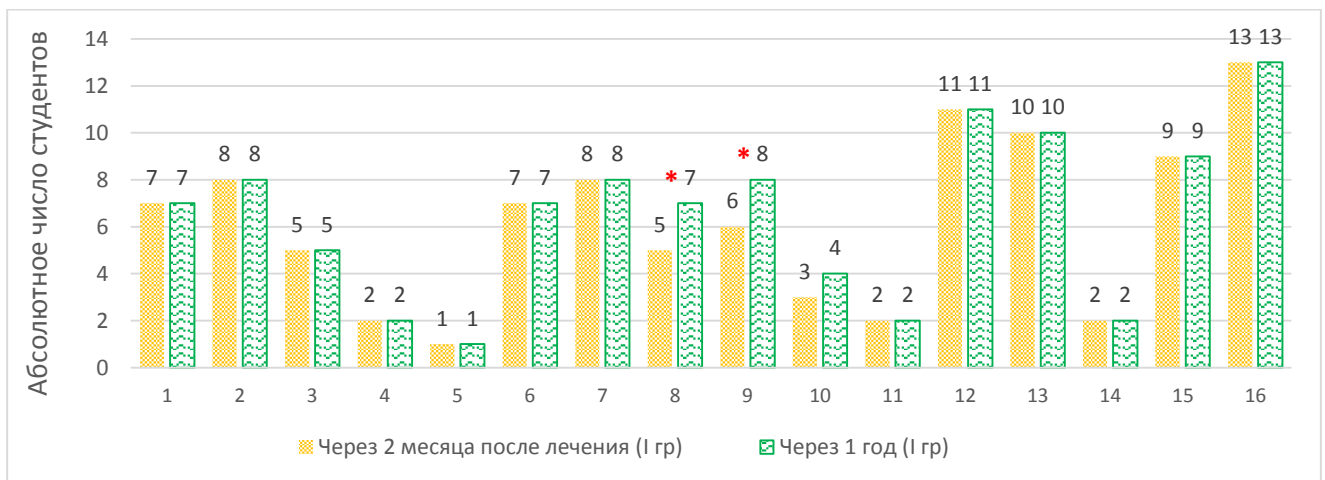


Рисунок 4.22 – Динамика клинической симптоматики у студентов IV группы через 2 месяца после лечения и через 1 год после лечения (число студентов, имеющих симптоматику СФ, НА и НБ)

Примечание – 1 – страх нахождения в людных местах; 2 – страх выступления перед аудиторией; 3 – страх заговорить первым с другим человеком; 4 – сложности с посещением общественного туалета; 5 – страх приема пищи на людях; 6 – ИМТ менее 18; 7 – соблюдение строгой диеты; 8 – регулярная изнуряющая физическая нагрузка; 9 – вызывание рвоты; 10 – применение диуретиков и слабительных препаратов; 11 – использование лекарств, снижающих аппетит; 12 – эпизоды переедания; 13 – вызывание рвоты; 14 – применение диуретиков и слабительных препаратов; 15 – неспособность контролировать качество принимаемой пищи; 16 – переоценка значимости своего веса и внешней красоты; * – различия между зависимыми группами статистически значимы ($p < 0,05$).

Прекращение курса групповой психотерапии, неглубокая проработка личностных аспектов поддержания РПП (глубинных убеждений, условных правил, копинг-стратегий и др.), с течением времени привели у части участников терапии к возврату к прежним моделям мышления и способам снятия ситуационного стресса («заедание» стресса, возвращение к применению диуретиков и vomитомании после еды с целью похудеть и др.)

Клинического ухудшения касательно проявлений СФ среди данной группы участников отмечено не было. Пациенты отмечали сохранение достигнутого уровня социального взаимодействия (например, выступление перед аудиторией, начать первым разговор с незнакомым человеком, прием пищи на людях и др.), выработанного ими в процессе групповой когнитивно-поведенческой психотерапии.

Среди пациентов III группы спустя один год отмечалась наименьшая среди всех групп стабильность достигнутых клинических результатов. Из 29 человек среди 8 пациентов отмечался рецидив по симптомам НА и НБ – трое пациентов, у которых по окончании двухмесячной терапии не диагностировались эпизоды переедания, вновь отметили данный симптом; двое пациентов возобновили соблюдение строгой диеты, у двоих отмечены эпизоды vomитомании, один пациент возобновил прием препаратов, снижающих аппетит (различия между двумя периодами наблюдения статистически значимые, $p < 0,05$).

Касательно симптомов СФ среди данной группы, возобновление страха заговорить первым с другим человеком спустя год от окончания курса фармакотерапии отметили 5 пациентов, страх выступления перед аудиторией – двое (различия между двумя периодами наблюдения статистически значимые, $p < 0,05$).

Большую частоту рецидивов клинических проявлений РПП и СФ спустя год по окончании исследования, вероятно, можно объяснить отсутствием в III группе участников элементов когнитивно-поведенческой терапии с глубокой проработкой личностных установок, убеждений, паттернов мышления, иррациональных суждений (Рисунок 4.23).

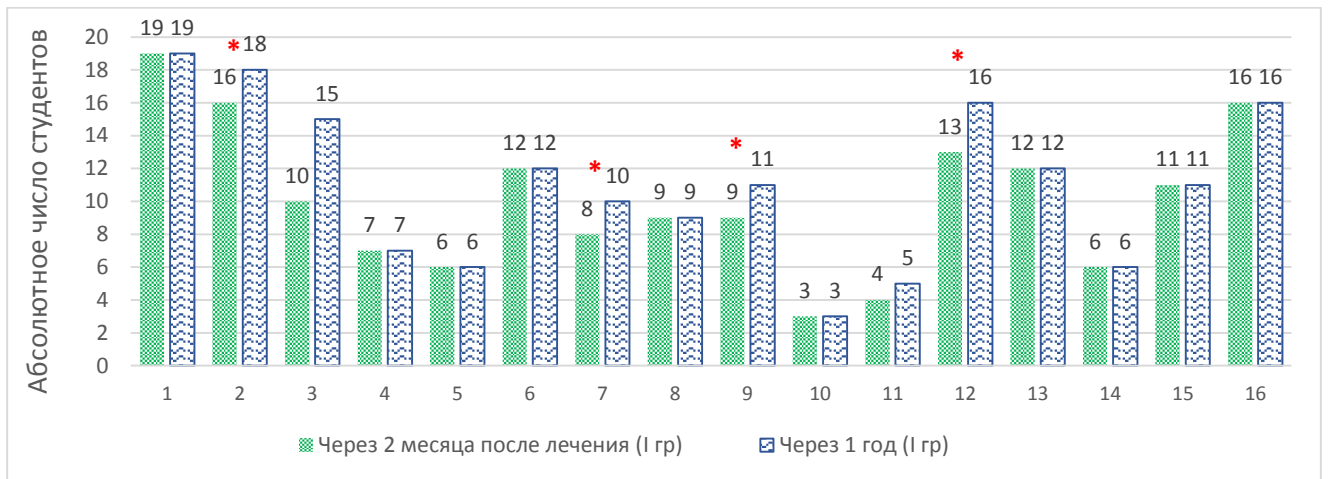


Рисунок 4.23 – Динамика клинической симптоматики у студентов III группы через 2 месяца после лечения и через 1 год после лечения (число студентов, имеющих симптоматику СФ, НА и НБ)

Примечание – 1 – страх нахождения в людных местах; 2 – страх выступления перед аудиторией; 3 – страх заговорить первым с другим человеком; 4 – сложности с посещением общественного туалета; 5 – страх приема пищи на людях; 6 – ИМТ менее 18; 7 – соблюдение строгой диеты; 8 – регулярная изнуряющая физическая нагрузка; 9 – вызывание рвоты; 10 – применение диуретиков и слабительных препаратов; 11 – использование лекарств, снижающих аппетит; 12 – эпизоды переедания; 13 – вызывание рвоты; 14 – применение диуретиков и слабительных препаратов; 15 – неспособность контролировать качество принимаемой пищи; 16 – переоценка значимости своего веса и внешней красоты; * – различия между двумя зависимыми группами статистически значимы ($p < 0,05$).

В случае со студентами III группы не проводилась оценка рациональности применения компенсаторных стратегий поддержания веса и физической формы в виде вызова рвоты, изнуряющих тренировок или жестких диет. Относительно симптомов СФ, также не была проведена детализация социальных страхов в парадигме КПТ, позволяющая проверять степень реальной опасности пребывания в социуме в качестве профилактики избегающего поведения, облигатно присутствующего в социофобии. Соответственно, после отмены препарата по окончании терапии у части пациентов возобновилась клиническая симптоматика по ряду симптомов нервной анорексии, нервной булимии и социальной фобии.

4.3. Сравнительная динамика психометрических показателей у пациентов четырех групп на фоне проведенного лечения

После клинической оценки психического состояния пациентов четырех групп, изучалась сравнительная динамика психометрических показателей, полученных при заполнении опросников LSAS, Бека, DEBQ.

Как видно из данных, представленных в таблице 4.2, в I группе (индивидуальная КПТ) статистически значимые отличия от исходного уровня социальной фобии, оцененной по шкале Либовица, отмечены на 60 день от начала терапии ($p=0,002$). По шкале тревоги Бека отличия от исходного уровня тревоги выявлены уже на 30 день терапии ($p=0,007$) и на 60 день ($p=0,001$).

Оценка уровней тревоги через 1 год в сравнении с периодом 60 день свидетельствует об отсутствии статистически значимых различий между ними, что подтверждается результатами клинической динамики симптомов СФ, НА, НБ за аналогичный период.

Во II группе участников терапии (индивидуальная КПТ в сочетании с фармакотерапией сертралином 100 мг/сут) наблюдаются статистически значимые различия между исходным уровнем социальной фобии и 60 день от начала лечения ($p=0,002$). Уровень общей тревоги (шкала Бека) достоверно снижался на 30 ($p=0,007$) и 60 день терапии ($p=0,001$). Оценка уровней тревоги через 1 год в сравнении с периодом 60 день также свидетельствует об отсутствии статистически значимых различий между ними, что подтверждается результатами клинической динамики симптомов СФ, НА, НБ за аналогичный период.

В III группе (сертралин 100 мг/сут) достоверных различий исходного уровня социальной фобии (шкала Либовица) за период исследования отмечено не было. По шкале Бека наблюдаются статистически значимые различия между исходным уровнем общей тревоги и выявленным на 60 день терапии ($p=0,043$). Через 1 год в сравнении с периодом 60 день обнаружено повышение уровней социальной тревоги (шкала Либовица, $p=0,011$) и тревоги по шкале Бека ($p=0,027$), являющееся статистически значимым. При оценке клинического состояния студентов, входящих в III группу, такие результаты подтверждались усилением тревожной симптоматики, а также рецидивами расстройств пищевого поведения (см. раздел 4.1.3).

В IV группе (КПТ) отмечались статистически значимые различия исходного уровня социофобии (шкала Либовица) от периода «60 день» терапии ($p=0,032$), по шкале Бека статистически значимые различия также диагностированы на 60 день

($p=0,007$). Через 1 год в сравнении с периодом 60 день выявлено незначительное статистически незначимое повышение уровня социальной тревоги (шкала Либовица, $p=0,133$), а также усиление тревоги по шкале Бека ($p=0,002$), являющееся статистически значимым (Таблица 4.2).

Таблица 4.2 – Динамика изменений уровня социофобии и общей тревоги в группах⁹

День терапии	Общий балл по шкале Либовица	Общий балл по шкале тревоги Бека	p	
			Шкала Либовица	Шкала Бека
Первая группа (индивидуальная КПТ)				
Начало лечения	75,56±6,12	29,12±1,05	–	–
15 день	73,12±5,84	27,34±0,77	0,776	0,191
30 день	64,1±5,04	25,7±0,82	0,164	0,007*
60 день	55,2±4,61	20,1±1,07	0,002*	0,0001*
Через 1 год	56,7±3,72	21,5±1,11	0,563	0,431
Вторая группа (индивидуальная КПТ + фармакотерапия)				
Начало лечения	74,32±5,13	28,98±1,08	–	–
15 день	64,27±5,61	25,32±0,74	0,772	0,189
30 день	58,13±5,21	24,02±0,75	0,163	0,006*
60 день	52,31±4,02	21,10±2,12	0,002*	0,001*
Через 1 год	51,65±3,32	20,10±1,65	0,271	0,264
Третья группа (фармакотерапия)				
Начало лечения	76,01±3,17	28,57±2,13	–	–
15 день	73,11±5,22	27,21±0,59	0,783	0,181
30 день	70,5±4,84	25,31±2,12	0,272	0,221
60 день	68,1±3,87	21,76±1,34	0,071	0,043*
Через 1 год	78,32±4,21	28,2±1,87	0,011**	0,027**
Четвертая группа (КПТ)				
Начало лечения	75,28±4,22	29,23±2,07	–	–
15 день	72,52±5,23	27,19±1,23	0,761	0,185
30 день	68±4,75	25,12±1,76	0,264	0,061
60 день	57,21±3,04	22,1±1,35	0,032*	0,007*
Через 1 год	59,46±4,37	26,1±2,22	0,133	0,002**

Примечание – * статистически значимые различия от уровня до начала лечения между сроками наблюдения внутри групп при $p<0,05$; ** – статистически значимые внутригрупповые различия между периодом «60 дней» и «через 1 год» лечения ($p<0,05$).

⁹ Цит. по Афанасьев, С.О. Клиника и лечение социальной тревоги и коморбидных пищевых расстройств у студентов медицинского вуза / С.О. Афанасьев, И.С. Махортова, О.Ю. Ширяев // Вестник новых медицинских технологий. – 2022. – Том 29, № 1. – С. 34-37. DOI 10.24412/1609-2163-2022-1-34-37

Результаты оценки DEBQ, представленные в таблице 4.3, свидетельствуют о том, что в целом нарушения пищевого поведения купировались в более короткие сроки и с большим у студентов I и II групп в I группе (индивидуальная КПТ) статистически значимые отличия от исходного уровня социальной фобии, оцененной по шкале Либовица, отмечены на 60 день от начала терапии ($p=0,002$). По шкале тревоги Бека отличия от исходного уровня тревоги выявлены уже на 30 день терапии ($p=0,007$) и на 60 день ($p=0,001$).

Оценка уровней тревоги через 1 год в сравнении с периодом 60 день свидетельствует об отсутствии статистически значимых различий между ними, что подтверждается результатами клинической динамики симптомов СФ, НА, НБ за аналогичный период.

Во II группе участников терапии (индивидуальная КПТ в сочетании с фармакотерапией сертралином 100 мг/сут) наблюдаются статистически значимые различия между исходным уровнем социальной фобии и 60 день от начала лечения ($p=0,002$). Уровень общей тревоги (шкала Бека) достоверно снижался на 30 ($p=0,007$) и 60 день терапии ($p=0,001$). Оценка уровней тревоги через 1 год в сравнении с периодом 60 день также свидетельствует об отсутствии статистически значимых различий между ними, что подтверждается результатами клинической динамики симптомов СФ, НА, НБ за аналогичный период.

В III группе (сертралин 100 мг/сут) достоверных различий исходного уровня социальной фобии (шкала Либовица) за период исследования отмечено не было. По шкале Бека наблюдаются статистически значимые различия между исходным уровнем общей тревоги и выявленным на 60 день терапии ($p=0,043$). Через 1 год в сравнении с периодом 60 день обнаружено повышение уровней социальной тревоги (шкала Либовица, $p=0,011$) и тревоги по шкале Бека ($p=0,027$), являющееся статистически значимым. При оценке клинического состояния студентов, входящих в III группу, такие результаты подтверждались усилением тревожной симптоматики, а также рецидивами расстройств пищевого поведения (см. раздел 4.1.3).

В IV группе (КПГТ) отмечались статистически значимые различия исходного уровня социофобии (шкала Либовица) от периода «60 день» терапии ($p=0,032$), по шкале Бека статистически значимые различия также диагностированы на 60 день ($p=0,007$). Через 1 год в сравнении с периодом 60 день выявлено незначительное статистически незначимое повышение уровня социальной тревоги (шкала Либовица, $p=0,133$), а также усиление тревоги по шкале Бека ($p=0,002$), являющееся статистически значимым (Таблица 4.2).

При оценке динамики нарушений пищевого поведения по DEBQ выявлено, что наиболее выраженные положительные результаты по всем трем типам пищевого поведения были получены в группе I. В данной группе среднее значение по ограничительному типу приходило к норме (2,4 балла) уже к 15 дню лечения. Среднее значение по эмоциогенному компоненту также снижалось до нормы (1,8 балла) к 15 дню, и более выраженное снижение наблюдалось к 30 дню лечения. По экстернальному компоненту – нормальные значения (ниже 2,7 балла) достигались к 30 дню лечения. Во II группе была похожая картина. В I и II группах все три компонента пищевого поведения через 1 год после лечения не претерпевали статистически значимых изменений. В группе III группы ограничительный и эмоциогенный компоненты практически не претерпевали изменений во всех периодах наблюдения, однако через 1 год после окончания лечения возрастал эмоциогенный компонент. По всей видимости, в условиях отсутствия когнитивной проработки дисфункциональных убеждений, касающихся возможностей справляться со стрессовыми ситуациями, пациенты постепенно возвращались к патологическим формам отреагирования негативных переживаний, что приводило к заеданию последних. Экстернальный компонент достигал нормальных значений лишь к 60 дню лечения. В IV группе средние значения всех трех компонентов приходили к нормальным значениям лишь на 60 день и удерживались в нормальных значениях через 1 год после лечения (Таблица 4.3).

Таблица 4.3 – Динамика уровня нарушений пищевого поведения (по DEBQ) в группах на фоне проведенного лечения

День терапии	Общий балл по DEBQ			p ₁	p ₂	p ₃
	Ограничительное (норма до 2,4 балла)	Эмоциогенное (норма до 1,8 балла)	Экстернальное (норма до 2,7 балла)			
Первая группа (индивидуальная КПТ)						
Начало лечения	2,51±1,04	2,01±0,93	2,90±0,62	–	–	–
15 день	2,51±0,87	1,95±0,84	2,82±0,74	0,514	0,785	0,648
30 день	2,34±0,94	1,73±0,76	2,61±0,78	0,092	0,125	0,154
60 день	2,10±0,96	1,50±0,89	2,43±0,71	0,003*	0,011*	0,006*
Через 1 год	2,09±0,92	1,53±0,85	2,45±0,76	0,358	0,436	0,376
Вторая группа (индивидуальная КПТ + фармакотерапия)						
Начало лечения	2,47±0,92	1,98±0,97	3,00±0,74	–	–	–
15 день	2,30±0,85	1,8±0,92	2,80±0,81	0,435	0,511	0,734
30 день	2,10±0,99	1,61±1,02	2,30±0,67	0,001*	0,001*	0,003*
60 день	1,60±0,94	1,30±0,88	2,13±0,77	0,011*	0,017*	0,023*
Через 1 год	1,62±0,97	1,34±0,91	2,17±0,78	0,567	0,349	0,164
Третья группа (фармакотерапия)						
Начало лечения	2,48±1,11	2,13±0,98	2,85±0,68	–	–	–
15 день	2,47±1,06	2,10±1,03	2,81±0,71	0,321	0,452	0,366
30 день	2,42±1,02	1,9±0,96	2,74±0,74	0,420	0,237	0,219
60 день	2,40±1,05	1,8±0,92	2,65±0,69	0,382	0,388	0,314
Через 1 год	2,7±1,21	2,5±1,04	2,65±0,81	0,129	0,012*	0,165
Четвертая группа (КПТ)						
Начало лечения	2,49±0,89	2,05±0,98	2,92±0,65	–	–	–
15 день	2,45±0,87	1,92±0,99	2,85±0,92	0,536	0,488	0,472
30 день	2,40±0,91	1,83±0,95	2,70±0,94	0,486	0,419	0,438
60 день	2,35±0,89	1,61±1,03	2,55±0,78	0,212	0,036*	0,014*
Через 1 год	2,40±0,91	1,70±1,01	2,66±0,82	0,187	0,163	0,182

Примечание – знаком * отмечены статистически значимые отличия от уровня «до начала лечения» между сроками наблюдения внутри групп при $p < 0,05$; p_1 – уровень статистической значимости при оценке различий периодов оценки терапии (ограничительный тип); p_2 – уровень статистической значимости при оценке различий периодов оценки терапии (эмоциогенный тип); p_3 – уровень статистической значимости при оценке различий периодов оценки терапии (экстернальный тип).

Для оценки размера эффекта и изучения различий в эффективности примененных методов лечения студентов четырех групп была применена следующая формула:

$$Z = 100\% - (A * B / C) \quad (1)$$

где:

A – среднее значение для типа поведения по DEBQ в начале лечения;

B – за 100% принято среднее значение для типа поведения по DEBQ, полученное в группе наблюдения в определенный период;

C – среднее значение для типа поведения по DEBQ, в исследуемый период (60 день);

100% – теоретическое значение максимально возможного эффекта от лечения (полная редукция симптоматики).

Z – размер эффекта, %.

Пример применения. Определение размера эффекта от лечения в I группе на 60 день. $A=2,10$; $B=100\%$; $C=2,51$ (Таблица 4.4). $Z=100\%-(2,10*100\%/2,51) = 16,33\%$.

Таким образом, анализируя результаты таблицы 4.4, можно отметить, что эффект от лечения, полученный во II группе, по трем типам пищевого поведения DEBQ на 60 день лечения превосходил все группы. В частности, по ограничительному типу DEBQ, статистически значимо в 2 раза превосходил эффект от лечения, наблюдаемый в I группе, в 10 раз превосходил эффект от лечения в 3 группе, и оказался в 5 раз выше, чем в IV группе. По эмоциогенному типу на 60 день лечения наблюдалась похожая картина – эффект от лечения в II группе статистически значимо преобладал над эффектом в I группе в 1,34 раза и 2 раза выше, чем в III группе. Эффект от лечения в IV группе 1,6 раза был менее выражен, чем во II группе. По экстернальному типу DEBQ также статистически значимо преобладал эффект от лечения в II группе в 1,8 раза над I группой, в 4 раза более выражен во II группе, чем в III. В четвертой группе эффект от лечения в 2,3 раза был менее выражен, чем во II группе (Таблица 4.4).

Таблица 4.4 – Динамика уровня нарушений пищевого поведения (по DEBQ) в группах на фоне проведенного лечения

День терапии	Размер эффекта по DEBQ		
	Ограничительное	Эмоциогенное	Экстернальное
Первая группа (индивидуальная КПТ)			
Начало лечения	100%	100%	100%
60 день	16,33%#	25,37%#	16,21%#
Вторая группа (индивидуальная КПТ + фармакотерапия)			
Начало лечения	100%	100%	100%
60 день	35,22%*	33,84%	29,00%*
Третья группа (фармакотерапия)			
Начало лечения	100%	100%	100%
60 день	3,23%**	12,49%**	7,02%**
Четвертая группа (КПТ)			
Начало лечения	100%	100%	100%
60 день	5,62%**	21,46%	12,67%**

Примечание – * различия между I и II группами по ограничительному и экстернальному типам ($p < 0,05$); ** различия между II и III, а также II и IV группами по ограничительному, эмоциогенному экстернальному типам ($p < 0,05$); # различия между I и III группами по трем типам пищевого поведения ($p < 0,05$) (использован χ^2 -Пирсона).

При построении когнитивной концептуализации случаев проявления социального тревожного расстройства (вхождение в людное помещение, установление новых контактов, знакомств, выступление на публике и т.д.) в первой и второй группах отмечалось более значимое снижение частоты и интенсивности (при субъективной оценке от 0 до 100%) автоматических мыслей, эмоционального дискомфорта, чувства тревоги (также оцененных субъективно от 0 до 100%), значительно реже отмечалось избегание пугающих ситуаций. Также у участников первой и второй групп отмечено клинически значимое снижение частоты реализации компенсаторного поведения, реже отмечалась пищевая рестрикция и эпизоды переедания в сравнении с другими группами исследования.

В третьей группе исследования (монотерапия сертралином) за период исследования клинические проявления социального тревожного расстройства уменьшились в наименьшей степени среди других групп сравнения. Пациентами отмечалось снижение эмоциональной реакции во время пребывания в ситуациях социального взаимодействия, однако, при отсутствии навыков выявления АМ, построения адаптивного ответа на них, частота поведенческих реакций избегания

за период наблюдения не изменилась. Также при проведении клинико-психопатологического обследования студентов данной группы не было выявлено значимого уменьшения проявлений нарушений пищевого поведения в виде эпизодов переедания, компенсаторного поведения и пищевой рестрикции.

В четвертой группе участников исследования с применением КПГТ также отмечалось уменьшение количества негативных оценочных АМ в ситуациях социального взаимодействия, интенсивность тревоги (оцененной от 0 до 100%), снизилось количество поведенческих реакций в виде избегания пугающих ситуаций. В меньшей мере, чем в первой и второй группах, снизилась частота эпизодов переедания, компенсаторного поведения и пищевой рестрикции.

Таким образом, в ходе клинико-психопатологического обследования участников исследования, наиболее заметная динамика клинических проявлений социальной фобии и расстройств пищевого поведения отмечалась в первой и второй группах исследования, что подтверждалось данными, полученными с помощью опросников социальной тревоги Либовица, шкалы тревоги Бека, а также голландского опросника пищевого поведения.

4.4. Клинические примеры

4.2.1. Клинический пример №1

Пациент: Анна О., студентка 3 курса лечебного факультета. Вес в начале терапии - 65 кг, рост - 168. ИМТ - 23.

Диагноз. Социальная фобия, нервная булимия, vomitomания.

Анамнез. Выросла в неполной семье, родители развелись, когда пациентке было 6 лет. Единственный ребенок в семье. Наследственных психических заболеваний у родственников не отмечает. После развода родителей проживала в основном с бабушкой. Отец с пациенткой не общается, имеет другую семью и детей в новом браке.

Мама сожительствует с мужчинами, поэтому Анне. О приходится жить с бабушкой. Отношения с матерью формальные, с эмоциональной дистанцией и отсутствием эмпатической поддержки. С бабушкой отношения лучше, значимых конфликтов не отмечается.

Хронических соматических заболеваний у пациентки не выявлено. Употребление спиртных напитков, табакокурение и прием наркотиков в настоящее время либо в прошлом отрицает. В школе отношения со сверстниками напряженные, имела несколько близких подруг, в коллективе уживалась плохо. Отмечает эпизоды буллинга и насмешек со стороны одноклассников за полноту в школе в прошлом. В ВУЗе отношения с коллективом более конструктивные, но присутствует постоянный страх и ожидание жестокого обращения и насмешек. Близких друзей в ВУЗе не имеет.

Студентка прошла онлайн-тестирование по выявлению повышенных показателей социальной тревоги по шкале Либовица (LSAS) и признаков нарушения пищевого поведения по Голландскому опроснику пищевого поведения (DEBQ). По причине завышенных показателей по данным шкалам, Анна была приглашена на работу с психотерапевтом в кабинете психотерапевтической помощи на базе кафедры психиатрии с наркологией ВГМУ им. Н.Н. Бурденко. Пациентка

предъявляла жалобы на трудности в общении с одноклассниками, тревогу при нахождении в людном месте либо выступлении перед аудиторией, ощущение сердцебиения и головокружения, страх потерять контроль над собой при нахождении в центре внимания. Также у пациентки отмечались эпизоды переедания с последующим компенсаторным поведением в виде приема панкреатина и актов vomитомании до двух раз в неделю, чрезмерная озабоченность своей внешностью, периодический прием слабительных (один раз в неделю). В результате клинико-психопатологического интервьюирования по критериям МКБ-10 были установлены диагнозы: F 40.1 Социальная фобия и F50.2 нервная булимия.

Результаты психометрии на момент обращения: Шкала социальной тревоги Либовица – 123 балла (соответствует тяжелой степени социальной фобии). Шкала депрессии Бека – 21 балл (депрессивный эпизод средней степени тяжести), Голландский опросник пищевого поведения – признаки нарушения ограничительного, эмоциогенного и экстернального пищевого поведения (2,7; 1,9 и 3,2 балла соответственно). Анна О. методом рандомизации была направлена на терапию в группу индивидуальной КПТ. Сессии проводились 1 раз в неделю, общее число составило 8. В начале лечения, на 15, 30 и 60 дни терапии выдавались для заполнения пациенткой шкалы Либовица, депрессии Бека, фиксировалась динамика клинических проявлений нервной булимии (частоты эпизодов переедания и последующего компенсаторного поведения в виде вызывания рвоты).

Проводилась оценка динамики клинических проявлений симптомов социофобии по данным ответов пациентки на вопросы Шкалы Социальной тревоги Либовица. По ходу терапии Анна отмечала снижение тревоги и желания избежать ситуаций социального взаимодействия (Симптомы соответствуют вопросам шкалы Либовица – № 2 – Участвовать в деятельности небольшой группы, №6 – Выполнять какие-либо действия или говорить перед аудиторией, №14 – Входить в комнату, где уже сидят другие люди и т.д.). Общий балл по Шкале Либовица на момент окончания терапии составил 71 балл (соответствует умеренной социальной фобии) Также, пациентка отметила уменьшение частоты

эпизодов переедания и последующего очистительного поведения. По результатам оценки пищевого поведения по Голландскому опроснику (DEBQ) показатели ограничительного, эмоциогенного и экстернального пищевого поведения были 2,4; 1,8 и 2,7 балла соответственно. По шкале депрессии Бэка на момент окончания терапии общий балл составил 10 (соответствует субдепрессии). Наилучшие результаты были отмечены к 60 дню терапии.

Для коррекции питания пациентке было предложено «Правило трех» - три больших приема пищи и три перекуса, что позволило избежать несбалансированности в рационе, а также снизить выраженность компенсаторной стратегии в виде голода в течении дня для того, чтобы не набрать вес от чрезмерного переедания вечером. Также в процессе когнитивного реструктурирования пациентка пришла к выводу о неэффективности и бесперспективности применения компенсаторных стратегий в виде вызова рвоты после еды либо применения слабительных. Был проведен анализ плюсов и минусов данных дезадаптивных механизмов поддержания веса после булимических актов, благодаря чему к 60 дню терапии студентка приняла решение отказаться от рвотных актов и приема любых препаратов после переедания.

На фоне редукции напряженности симптомов социальной фобии и снижения страха при общении с одногруппниками, облегчении межличностного взаимодействия и пребывания в людном помещении удалось добиться снижения значимости для пациентки внешнего вида и привлекательности, а также чувства вины после актов булимии. Данные результаты могут рекомендовать применение индивидуальной КПТ при социальной фобии в сочетании с нервной булимией у студентов медицинских ВУЗов.

Катамнез через один год

В целях оценки стабильности достигнутых результатов терапии пациентка Анна О. была приглашена через один год по окончании лечения на консультацию психотерапевта на кафедру психиатрии с наркологией ВГМУ им. Н.Н. Бурденко.

Было проведено измерение веса и подсчет ИМТ на приеме. Вес – 64 кг (при росте 168 см), ИМТ – 22,7. Было проведено психометрическое обследование:

Шкала социальной тревоги Либовица – 73 балла (соответствует умеренной степени социальной фобии). Шкала депрессии Бека – 11 баллов (субдепрессия), Голландский опросник пищевого поведения – ограничительное, эмоциогенное и экстернальное пищевое поведение составило 2,3; 1,8 и 2,5 балла соответственно (соответствуют нормальным значениям).

Пациентка продолжила принимать пищу по «правилу трех» (три больших приема пищи и три перекуса), поскольку когнитивный анализ плюсов и минусов сбалансированного питания без компенсаторных вызовов рвоты либо приема слабительных был пациенткой осознан и принят, что обеспечило долгосрочность следования ему и отсутствием мотивации к использованию прежних дезадаптивных копинг стратегий поддержания веса. Булимические эпизоды с последующим компенсаторным поведением пациенткой отмечались не чаще раза в месяц по окончании терапии.

Также Анна О. отметила относительную стабильность результатов терапии касательно социального взаимодействия, достигнутые навыки межличностного взаимодействия не были утрачены с течением времени за счет использования освоенных в процессе когнитивно-поведенческой терапии техник когнитивного реструктурирования, изготовления копинг-карточек (по типу автоматическая мысль – адаптивный ответ), и других приемов когнитивной работы.

Данные результаты оценки катамнеза пациентки через один год по окончании исследования демонстрируют достаточную устойчивость достигнутых результатов, вероятно, благодаря акценту на понимание пациентом сути происходящего во время психотерапии, освоения когнитивных техник, что позволяет рекомендовать использование протоколов когнитивно-поведенческой терапии в лечении сочетанных СФ и РПП.

4.2.2. Клинический пример №2

Пациент: Наталья Н., студентка 2 курса педиатрического факультета. Вес на начало исследования 51 кг, рост – 171 см. ИМТ – 17.4

Диагноз. Социальная фобия, нервная анорексия.

Анамнез. Хронических психических наследственных заболеваний у родственников не отмечает. Выросла в неполной семье, отец умер, когда пациентке было около трех лет. Проживает в настоящее время с матерью, бабушкой и отчимом. В школе отношения со сверстниками сложные, отмечался буллинг, социальная изоляция за наличие лишнего веса. Периодически соблюдала строгие диеты, но без значимого результата, поскольку не могла долго придерживаться и «срывалась».

Хронические соматические заболевания, табакокурение, употребление алкоголя и наркотиков в настоящее время и в прошлом отрицает. Значимое снижение веса отмечает в начале обучения в ВУЗе, когда, со слов пациентки, «взяла себя в руки и смогла похудеть».

Студентка Наталья Н., после прохождения онлайн-тестирования, обнаружения завышенных результатов по шкале социальной фобии Либовица (LSAS) и признаков наличия нарушения пищевого поведения по Голландскому опроснику пищевого поведения (DEBQ), была приглашена, после получения от нее информированного согласия, на работу с психотерапевтом в кабинет психотерапевтической помощи на кафедру психиатрии с наркологией ВГМУ им. Н.Н. Бурденко.

В ходе клинико-психопатологического обследования были установлены диагнозы: F 40.1 – социальная фобия и F50.0 нервная анорексия

Отмечались клинические проявления нервной анорексии: ИМТ менее 18, соблюдение строгой диеты, регулярная изнуряющая физическая нагрузка, вызывание рвоты до 4 раз в неделю, применение топирамата в дозировке 50-100 мг/сут с целью снижения аппетита, чрезмерная озабоченность внешностью в сочетании с симптомами СФ: страх негативной оценки со стороны окружающих (в основном, за непривлекательный внешний вид), сложности с нахождением в наполненной людьми комнате, выступления перед аудиторией и в межличностной коммуникации (заговорить первой с собеседником, позвонить, уточнить непонятную информацию и др.).

Результаты психометрии на момент обращения: шкала социальной тревоги Либовица – 115 баллов (соответствует тяжелой степени социальной фобии). Шкала депрессии Бека – 23 балла (депрессивный эпизод средней степени тяжести),

Голландский опросник пищевого поведения – признаки нарушения ограничительного, эмоциогенного и экстернального пищевого поведения (2,8; 2,0 и 3,1 балла соответственно).

Методом рандомизации Наталья Н. была направлена во II группу (сочетание индивидуальной КППТ и фармакотерапии сертралином в дозировке 100 мг/сут). Психотерапевтические интервенции проводились один раз в неделю, общее число составило 8. Антидепрессант принимался однократно утром после еды.

В ходе когнитивной работы проводилась оценка целесообразности компенсаторного поведения в виде актов vomитомании, регулярных изнуряющих физических нагрузок в спортзале. Использовалась техника адаптивного ответа на такие формулировки, как «если я не буду вызывать рвоту, я буду очень толстой», «чтобы не превратиться обратно в корову, нужно ежедневно заниматься на беговой дорожке не менее двух часов», «чтобы тебя любили и не осуждали в обществе, нужно иметь идеальную внешность» и др.

В качестве режима питания участнице исследования было предложено «Правило трех» - три больших приема пищи и три перекуса с обязательным включением в каждый основной прием еды углеводов (такие как гречку, рис, хлеб, макароны из твердых сортов пшеницы и т.д.), белков (животный белок – мясо, рыба, яйца, творог либо растительный белок -горох, бобовые, нут и др.), жиров (сливочное, оливковое, подсолнечное масло и др.), а также «еды для удовольствия» - любой продукт, который хочется пациентке, даже из списка «запрещенных» (сладкое, выпечка, конфеты и др.). Участница исследования была проинформирована, что соблюдение данного режима питания и отказ от компенсаторного и ограничительного поведения может привести, на первых этапах, к набору веса. Учитывая высокий интеллектуальный уровень участницы, который обусловлен спецификой выбранного ею ВУЗа (медицинский ВУЗ, как правило, считается одним из самых сложных для абитуриентов), пациентка дала хороший терапевтический ответ на предложенные когнитивные методики, с высокой степенью осознания плюсов и минусов, выработанных у нее в процессе жизни дезадаптивных копинг-стратегий и

компенсаторных механизмов. Отмечена хорошая комплаентность пациентки и приверженность терапии Сертралином, без пропусков принятия препарата.

В качестве «домашнего задания» Наталье Н., помимо постоянного ведения когнитивного дневника с фиксацией ситуаций, вызывающих выраженную тревогу и напряжение (к примеру, необходимость ехать на переполненном людьми автобусе и др.) и последующего их анализа с применением техники когнитивного реструктурирования и адаптивного ответа, предлагалась экспозиционная работа с сознательным погружением себя в ситуации, вызывающие отрицательные эмоции и страхи (заговорить первым с незнакомым человеком, обратиться за помощью, выступить с докладом, поесть в присутствии других людей и т.д.)

По результатам проведенной двухмесячной работы отмечена положительная динамика в клинических проявлениях социальной фобии и нервной булимии. Пациентка отмечает снижение ситуативной тревоги в ситуациях социального взаимодействия, уменьшение страха осуждения окружающих за непривлекательный внешний вид. Также, по причине когнитивной проработки значимости для успешного социального функционирования наличия «идеальной» фигуры, отмечено снижение частоты избегания ситуаций социального взаимодействия (к примеру, отказ ехать на переполненном общественном транспорте либо уклонение от приглашения на день рождения в гости или кафе). Частота эпизодов воимитомании снизилась до одного в неделю, пациентка отказалась от приема топирамата как средства для снижения аппетита.

С Натальей Н. обсуждались риски наличия низкого веса (эндокринные нарушения, нарушения менструального цикла и др.).

Результаты психометрии после лечения: Шкала социальной тревоги Либовица – 75 баллов (соответствует умеренной степени социальной фобии). Шкала депрессии Бека – 9 баллов (отсутствие депрессии), Голландский опросник пищевого поведения – показатели ограничительного, эмоциогенного и экстернального типов пищевого поведения - 2,2; 1,6 и 2,5 балла соответственно.

По причине следования режиму питания «Правило трех», за время двухмесячного исследования ИМТ участницы достиг нормальных значений (рост – 171 см, ИМТ – 18,8 при весе 55 кг к моменту окончания исследования).

Катамнез через один год

Для катамнестической оценки стабильности результатов лечения через один год Наталья Н. была приглашена на прием к психотерапевту в клинику «Лион-мед».

Было проведено измерение веса и подсчет ИМТ на консультации. Вес – 61 кг (при росте 171 см), ИМТ - 20.9. Было проведено психометрическое обследование: Шкала социальной тревоги Либовица – 71 балл (умеренная степень социальной фобии). Шкала депрессии Бека – 7 баллов (отсутствие депрессии), Голландский опросник пищевого поведения – отсутствие признаков нарушения ограничительного, эмоциогенного и экстернального пищевого поведения (2,4; 1,6 и 2,6 баллов соответственно).

Следует отметить, что вес пациентки с момента окончания терапии повысился до более благоприятных для общего профиля здоровья значений (61 кг при ИМТ 20,9), что, очевидно, связано с приверженностью режиму питания «Правило трех». Пациентка была проинформирована о возможном наборе веса при продолжении питания по данной схеме, но, благодаря рационализации своих пищевых привычек в процессе когнитивно-поведенческой терапии, не вернулась к компенсаторным механизмам (изнуряющим многочасовым тренировкам, актам vomитомании, приему мочегонных и др.), что способствовало стабилизации достигнутого веса без возврата к дефициту и, даже, прибавке 6 кг в течении года.

Наталья Н. в ходе клинического интервьюирования отметила стабильность в достигнутых социальных навыках (обращение к незнакомым людям, пребывание в людных местах и др.), которые не были утрачены, а, скорее, закрепились в течении года. Тем не менее, определенные трудности в межличностных контактах по-прежнему остаются (прием пищи на людях и др.), что отражено в данных психометрии по шкале Либовица (диагностирован умеренный уровень СФ), что требует продолжения терапии в дальнейшем.

Полученные результаты свидетельствуют об эффективности применения индивидуальной КПТ и фармакотерапии сертралином в дозировке 100 мг/сут среди обучающихся медицинских ВУЗов, а также о значимой стабильности достигнутых результатов через один год после окончания терапии.

Полученные результаты свидетельствуют об эффективности применения индивидуальной КПТ и фармакотерапии сертралином в дозировке 100 мг/сут среди обучающихся медицинских ВУЗов.

На рисунке 4.24 представлена блок-схема: алгоритм раннего выявления и терапии социальной фобии в сочетании с нервной анорексией и нервной булимией у студентов-медиков

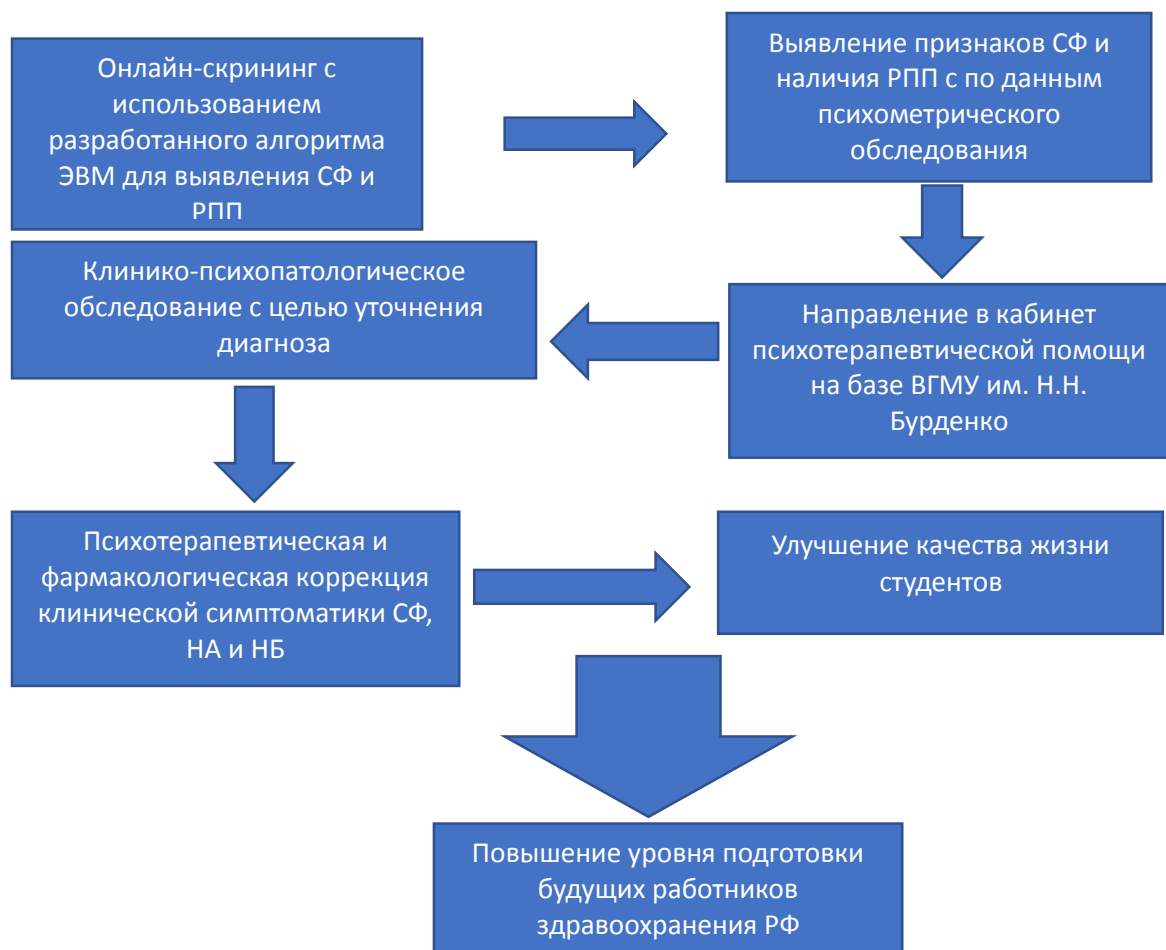


Рисунок 4.24 – Блок-схема: алгоритм раннего выявления и терапии социальной фобии в сочетании с нервной анорексией и нервной булимией у студентов-медиков

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проблема социальной фобии в сочетании с пищевыми нарушениями среди молодежи, в частности, обучающихся в медицинских ВУЗах, является чрезвычайно актуальной [1, 3, 25].

Об этом свидетельствует множество работ, посвященных данной тематике.

В частности, Л.А. Проскурякова (2019) отмечает, что распространенность проблем с психическим здоровьем у студентов-медиков постоянно растет и превышает распространенность проблем психического здоровья у студентов других специальностей, что может привести к нежелательным последствиям для самих студентов и их будущих пациентов [52].

По данным А.В. Мельниковой (2021), примерно каждый третий студент-медик во всем мире страдает тревожностью – уровень распространенности которой значительно выше, чем среди населения в целом [42].

По результатам мета-регрессионного анализа данных шестидесяти девяти исследований с участием 40348 студентов-медиков, проведенного Т. Т.-С. Quek и соавт. (2019), глобальный уровень распространенности тревожности среди студентов-медиков составил 33,8% (95% доверительный интервал: 29,2–38,7%). Тревога была наиболее распространена среди студентов-медиков из стран Ближнего Востока и Азии [137].

В мета-анализ, проведенный W. Zeng, R. Chen, X. Wang и соавт. (2019) были включены десять перекрестных исследований, в которых приняли участие 30817 китайских студентов-медиков. Распространенность депрессии, тревожности, суицидальных мыслей и РПП составила 29%, 21%, 11% и 2% соответственно [166].

Как сообщает О.В. Астафурова (2017), коморбидность между психическими расстройствами обширна: до 50% людей, страдающих одним психическим расстройством, также имеют как минимум одно дополнительное сопутствующее психическое расстройство. Такая же закономерность наблюдается и у молодежи [7].

Нередко присутствие социальной фобии среди молодежи, в частности среди обучающихся медицинских ВУЗов, приводит к формированию нарушений пищевого поведения [25, 45].

По данным исследования R.C. Ximenes и соавт. (2018), физические и психологические изменения, типичные для подросткового возраста, могут вызывать развитие расстройств пищевого поведения с этого возраста, в первую очередь нервной анорексии и нервной булимии, поскольку когнитивная зрелость, необходимая для адаптации к физиологическим изменениям, отсутствует [149].

По данным О.А. Сагалаковой (2020), многие диагностированные случаи расстройств пищевого поведения тесно связаны с высоким уровнем смертности, при этом 15% пациентов совершают суицид [60, 61].

Наряду с другими факторами, согласно О.А. Сагалаковой (2020), расстройства пищевого поведения могут способствовать увеличению риска самоубийств [60].

Как отмечает Е.А. Подолкина (2019), по причине стигматизированности в социуме лиц с нарушением пищевого поведения, среди молодежи преобладают более примитивные методы психологической защиты, приводя к формированию отрицательного образа своего «я», низкой самооценки и дальнейшему развитию депрессии и тревоги [49].

G.A. Silva, R.C. Ximenes с соавт. (2018) в исследовании, проведенном в штате Сан-Паулу с использованием шкалы ЕАТ-26, показали рост заболеваемости расстройствами пищевого поведения среди обучающихся высших школы, особенно среди студентов медицинских ВУЗов. Симптомы расстройства пищевого поведения были выявлены у 26% студентов [149].

По мнению А.А. Войтович (2020), администраторы и руководители медицинских школ должны взять на себя ведущую роль в дестигматизации психических заболеваний и продвижении обращения за помощью, когда учащиеся находятся в состоянии стресса и тревоги [25].

По мнению авторов последних исследований в сфере тревоги у молодежи беспокойство среди студентов-медиков требует большего внимания из-за его значительных последствий [25, 28, 137].

Целью данного исследования явилась оптимизация диагностики и лечения социальной фобии и расстройств пищевого поведения среди студентов медицинского ВУЗа.

Для достижения поставленной цели были решены следующие задачи. Была проведена оценка частоты распространенности социальной фобии и пищевых нарушений среди обучающихся медицинского ВУЗа; выделены стрессогенные факторы, способствующие развитию социофобии и пищевых нарушений; изучено взаимовлияние социофобических проявлений и типов нарушений пищевого поведения; изучены и описаны клинические проявления социальной фобии в сочетании с нервной булимией и нервной анорексией у студентов медицинского вуза; проведена сравнительная оценка эффективности когнитивно-поведенческой психотерапии, фармакотерапии и их комбинации у студентов, страдающих социофобией с нарушениями пищевого поведения; изучена стабильность эффекта от проведенного лечения в катамнестическом периоде 1 год после окончания лечения.

Данное исследование проводилось в несколько последовательных этапов. После подбора и изучения отечественных и зарубежных источников по теме исследования производился набор респондентов. Осуществлялось скрининговое обследование, студентов медицинского вуза с первого по шестой курс. Всего было обследовано 1166 человек. Анкетирование студентов осуществлялось с помощью программы ЭВМ, разработанная автором исследования [64]. Программа представляет собой электронный ресурс для выявления симптомов социальной фобии с использованием в основе Шкалы Либовица, а также Голландского опросника пищевого поведения для оценки проявлений пищевых нарушений. Результаты данного этапа позволили решить задачу изучения распространенности социофобии и пищевых нарушений среди студентов медицинского вуза.

На основании полученных данных с помощью программы ЭВМ по опросникам шкалы Либовица и Голландского опросника пищевого поведения из общего количества выборки (1166 человек) были отобраны 214 студентов, которые набрали выше 55 баллов по шкале Либовица (слабая и умеренно выраженная социальная фобия), 10 баллов и выше по шкале тревоги Бека, имеющие признаки наличия нарушений пищевого поведения по Голландскому опроснику (показатели ниже 2,4 по ограничительному, выше 1,8 по эмоциогенному и выше 2,7 по экстернальному типам пищевого поведения). Студенты, у которых были диагностированы повышенные показатели социальной тревоги (по опроснику Либовица) и тревоги по шкале тревоги Бека, а также расстройства пищевого поведения (Голландский опросник), давшие согласие на работу с психотерапевтом, были приглашены для терапии на базу Воронежского областного психоневрологического диспансера (ВОКПНД) и в клинику «Лион-Мед». Число таких студентов составило 118 человек из 214. Психическое состояние данных пациентов не требовало стационарного лечения.

118 студентов соответствовали всем критериям включения и невключения. Из них 88 человек составили девушки и 30 – юноши. Из общего количества (118 человек) 12 студентов в процессе лечения были исключены из исследования в связи с отказом от продолжения участия. В связи с этим в окончательную статистическую обработку попали данные выборки из 106 человек, которые наблюдались на всех этапах лечения и соблюдали режим назначенной терапии. На данном этапе участники исследования были рандомизировано разделены на четыре группы. Рандомизация осуществлялась методом конвертов. Исследование проводилось открытым методом. Средний возраст обследуемых пациентов составил $22,63 \pm 3,76$ года.

В результате проведения рандомизации выборки методом конвертов, пациенты (N=106), были разделены на 4 группы, сопоставимые по полу, возрасту и большинству клиничко-психопатологических и клиничко-психологических показателей.

В первую группу (I гр.) вошли 26 студентов, которые получали индивидуальную когнитивно-поведенческую терапию (КПТ). Во вторую группу (II гр.) вошло 24

студента, которые помимо КПТ, получали антидепрессант из группы СИОЗС (Сертралин 100 мг/сут). В третью группу (III гр.) вошло 29 студентов, получавшие только психофармакотерапию без КПТ. В четвертую группу (IV гр.) вошло 27 человек, проходивших когнитивно-поведенческую групповую психотерапию (КПГТ).

Были выделены стрессогенные факторы воздействующие на них в период обучения в университете: необходимость сдачи студенческих экзаменов, вынужденная смена места жительства в связи с переездом к месту учебы, новый коллектив, межличностные конфликты в группе, трудности в учебе, отрыв от семьи, угроза отчисления, неудачи в отношениях, повышенная ответственность из-за нахождения в одиночестве в новом для себя городе, нехватка денежных средств, разочарованность в будущей профессии. Аналогичные данные были получены в работах В.В. Руженковой [54, 55].

Было показано, что студенты имеют высокую частоту социальной фобии и нарушений пищевого поведения. Полученные данные согласуются с данными, полученными в исследовании М.С. Артемьевой, Р.А. Сулейманова и соавт (2006) подчеркивается, что у 25-30% пациентов с признаками РПП диагностируется СФ, при этом отмечается, что симптоматика социальной фобии формировалась ранее начала пищевых нарушений, в частности, нервной анорексии [38]. Кроме того, данные мета-анализа, проведенного J. Kerr-Gaffney, A. Harrison (2018) показали, что СФ является одним из наиболее частых коморбидных заболеваний при РПП с распространенностью СФ от 16 до 88,2% при нервной анорексии и 17–67,8% при нервной булимии [114, 149, 157]. Как показано в работах V.S.D. Nascimento и соавт. (2020), G.A. Silva и соавт. (2018) наличие социальной фобии среди молодежи, в частности среди обучающихся медицинских ВУЗов, приводит к формированию нарушений пищевого поведения [149].

У студентов с высоким уровнем социальной тревоги в высоком проценте случаев (у 74,8%) встречались смешанные формы нарушений пищевого поведения (ограничительный + эмоциогенный + экстернальный у – 34,6%; эмоциогенный + экстернальный тип встречался у 21,5% студентов; ограничительный + эмоциогенный и ограничительный + экстернальный встречались с частотой 11,2%

и 7,5% соответственно). Нарушения одного компонента пищевого поведения встречались в 20,6% случаев. Ограничительный тип нарушений встречался чаще всего у 8,9% студентов. Экстернальный тип нарушений был выявлен у 7,5% студентов. Эмоциогенный – у 4,2% студентов.

Уровень тревоги среди обучающихся снижался на последующих годах обучения, но затем вновь возрастал к выпускным курсам (5-му и 6-му), что свидетельствует о повышении тревоги среди обучающихся в связи со сдачей выпускных экзаменов, аккредитацией, дальнейшим трудоустройством либо поступлением в ординатуру. Студенты 1 и 2 курсов оказались наиболее уязвимой категорией в отношении воздействия на них следующих стрессогенных факторов: жизненные изменения, материальный фактор и разочарованность в будущей профессии. Для студентов 3 и 4 курсов наиболее стрессогенными были факторы трудности в учебе, социальный и материальный. У студентов 5 и 6 курсов выделены стрессогенные факторы: трудности в учебе, неудачи в отношениях и материальный.

На фоне развивающейся социофобии для снятия переживаемой тревоги и напряжения, у студентов в качестве патологической адаптации отмечались эпизоды переедания, которые через несколько месяцев приводили к повышению веса тела, недовольству своей внешностью, и, как следствие, к эпизодам отказа от еды, вызыванию рвоты после еды, прибеганию к различным методам похудения. Проявляющуюся вышеописанную клиническую симптоматику мы рассматривали в рамках начальных форм расстройств пищевого поведения, которые выступали, своего рода, дезадаптивными реакциями как ответ на происходящие в жизни студентов стрессовые события.

Признаки нарушений пищевого поведения преобладали среди девушек, признаки ограничительного и эмоциогенного пищевого поведения положительно коррелировали с курсом обучения (чем старше курс, тем чаще возникают данные типы пищевого паттерна).

По результатам проведенного множественного линейного регрессионного анализа можно сделать следующий вывод о влиянии пищевого поведения на уровень социофобии. Все три типа пищевого поведения в разной степени

выраженности влияют на уровень социальной фобии (при увеличении уровней пищевого поведения по опроснику DEBQ повышается уровень социофобии). Кроме того, увеличение курса обучения (переход на более старший курс) также оказывает влияние на повышение социофобии. Также определена обратная зависимость. Повышение уровня социофобии ассоциируется с усилением эмоциогенного пищевого поведения. При этом мужчинам свойственно более низкое значение эмоциогенного пищевого поведения, что может свидетельствовать о гендерных различиях в реакциях на социофобию через пищевое поведение. В работе J. Kerr-Gaffney и соавт. (2018) продемонстрировано, что СФ является фактором риска развития РПП. К примеру, тревога относительно того, как окружающими воспринимается внешность может приводить к повышенной значимости веса и формы [114].

Сравнительный анализ динамики клинико-психопатологической симптоматики в группах показал высокую эффективность применения методик индивидуальной КПТ и сочетания КПТ и фармакотерапии сертралином среди участников первой и второй групп. Хорошая динамика выявлялась как в случае с симптомами социальной тревоги, так и в отношении пищевых нарушений (например, страх нахождения в людных местах среди участников I и II групп после лечения составлял 38,4% и 37,5% соответственно, частота встречаемости эпизодов переедания 41,2% и 50% среди участников с сочетанием СФ и НБ в I и II группах соответственно). Полученные данные согласуются с результатами других исследований. Согласно которым, сочетанное воздействие КПТ и СИОЗС позволило получить более скорый терапевтический ответ при применении сочетанного лечения, чем при использовании только психотерапии [89]. В другом исследовании применение КПТ и бензодиазепинов у 58 взрослых в течении 12 недель показало наиболее быстрый ответ на лечение, чем применение одной психотерапии [115].

Фармакотерапия сертралином без каких-либо психотерапевтических воздействий среди обучающихся медицинского ВУЗа, примененная в III группе участников, показала наименьшую результативность, значимо уступая результатам

первой и второй групп как в отношении терапии СФ, так и в отношении РПП. Меньшую эффективность в терапии СФ и РПП по данным двухмесячного исследования показала КПГТ. Уступая результатам, полученным в I и II группах в отношении терапии пищевых нарушений, данный метод психотерапевтического воздействия показал хорошие результаты в отношении социальных страхов, а в отношении определенных симптомов СФ даже превзошел их.

Динамика клинического состояния подтверждалась изменениями в психометрических данных, полученных с помощью шкал социальной тревоги Либовица, тревоги Бека, голландского опросника пищевого поведения, в сторону их улучшения. Причем редукция социальной фобии по LSAS сопровождалась снижением средних значений баллов по DEBQ.

Практически полное отсутствие рецидивов в I и II группах, а также отсутствие статистически значимых различий между периодами 60 дней и 1 год после лечения по каждому из симптомов в обеих группах можно расценивать как свидетельство стабильности достигнутого эффекта от терапии.

Клинического ухудшения касательно проявлений СФ среди IV группы участников отмечено не было. Пациенты отмечали сохранение достигнутого уровня социального взаимодействия (например, выступление перед аудиторией, начать первым разговор с незнакомым человеком, прием пищи на людях и др.), выработанного ими в процессе групповой когнитивно-поведенческой психотерапии.

В случае со студентами III группы не проводилась оценка рациональности применения компенсаторных стратегий поддержания веса и физической формы в виде вызова рвоты, изнуряющих тренировок или жестких диет. Относительно симптомов СФ, также не была проведена детализация социальных страхов в парадигме КПТ, позволяющая проверять степень реальной опасности пребывания в социуме в качестве профилактики избегающего поведения, облигатно присутствующего в социофобии. Соответственно, после отмены препарата по окончании терапии у части пациентов возобновилась клиническая симптоматика по ряду симптомов нервной анорексии, нервной булимии и социальной фобии.

Из всего вышесказанного следует, что включение в программу лечения студентов с социальной фобией с коморбидными нарушениями пищевого поведения когнитивно-поведенческой терапии в сочетании с применением антидепрессанта из группы СИОЗС, является более эффективным, позволяет в более короткие сроки достичь редукции симптоматики, и получить наиболее стабильный результат.

ВЫВОДЫ

1. У студентов медицинского вуза отмечается высокая частота социальной фобии (наибольший процент студентов (75,3%) имел слабую и умеренную выраженность социальной фобии, у 24,7% студентов выявлялась выраженная социальная фобия), а также выделяются особенности пищевого поведения, предрасполагающие к расстройствам пищевого поведения.
 - 1.1. У студентов с высоким уровнем социальной тревоги в высоком проценте случаев (у 74,8%) встречались смешанные формы нарушений пищевого поведения. Среди них наиболее часто встречающимся типом пищевого поведения был ограничительный + эмоциогенный + экстернальный (34,6%). Эмоциогенный + экстернальный тип встречался у 21,5% студентов. Ограничительный + эмоциогенный и ограничительный + экстернальный встречались с частотой 11,2% и 7,5% соответственно. Нарушения одного компонента пищевого поведения встречались в 20,6% случаев. Ограничительный тип нарушений встречался чаще всего у 8,9% студентов. Экстернальный тип нарушений был выявлен у 7,5% студентов. Эмоциогенный – у 4,2% студентов.
 - 1.2. Признаки нарушений пищевого поведения преобладали среди девушек, признаки ограничительного и эмоциогенного пищевого поведения коррелировали с курсом обучения (чем старше курс, тем чаще встречались расстройства пищевого поведения).
 - 1.3. Уровень тревоги снижался от 1 курса к 4-му, но затем вновь возрастал к выпускным курсам (5-му и 6-му), что свидетельствует о повышении тревоги среди обучающихся в связи со сдачей выпускных экзаменов, аккредитацией, дальнейшим трудоустройством либо поступлением в ординатуру.

2. Студенты 1 и 2 курсов наиболее уязвимая категория в отношении воздействия на них стрессогенных факторов: жизненные изменения, материальный фактор и разочарованность в будущей профессии. Для студентов 3 и 4 курсов наиболее стрессогенными были факторы трудности в учебе, социальный и материальный. У студентов 5 и 6 курсов выделены стрессогенные факторы: трудности в учебе, неудачи в отношениях и материальный. На фоне развивающейся социофобии для снятия переживаемой тревоги и напряжения, у студентов в качестве патологической адаптации отмечаются эпизоды переедания, которые через несколько месяцев приводят к повышению веса тела, недовольству своей внешностью, и, как следствие, к эпизодам отказа от еды, вызыванию рвоты после еды, прибеганию к различным методам похудения.
3. Проведенный множественный линейный регрессионный анализ позволил построить модели регрессии, показывающие, что все три типа пищевого поведения в разной степени выраженности влияют на уровень социальной фобии (при увеличении уровней пищевого поведения по опроснику DEBQ повышается уровень социофобии) ($\text{adj.R}^2=0,553$). Кроме того, увеличение курса обучения (переход на более старший курс) также оказывает влияние на повышение социофобии. Повышение уровня социофобии ассоциируется с усилением эмоциогенного пищевого поведения ($\text{adj.R}^2=0,515$). При этом мужчинам свойственно более низкое значение эмоциогенного пищевого поведения, что может свидетельствовать о гендерных различиях в реакциях на социофобию через пищевое поведение.
4. Характерными симптомами для пациентов с социальной фобией в порядке убывания частоты встречаемости были страх нахождения в людных местах, выявлявшийся у 100% пациентов, страх выступления перед аудиторией (встречался у 67,9% студентов), страх заговорить первым с другим человеком (56,6%), страх приема пищи на людях (32,1%), сложности с посещением общественного туалета (15,1%).
 - 4.1. Ведущими симптомами нервной булимии в порядке убывания частоты встречаемости являлись эпизоды переедания (62,3%), вызывание рвоты

(51,9%), применение диуретиков и слабительных препаратов (22,6%), неспособность контролировать качество принимаемой пищи (50%) и чрезмерная озабоченность внешностью (60,4%).

- 4.2. Основные симптомы нервной анорексии в порядке убывания частоты встречаемости были представлены ИМТ от 16 до <18 (36,8%), соблюдением строгой диеты (34,0%), регулярной изнуряющей физической нагрузкой (30,2%), вызыванием рвоты (26,4%), применением диуретиков и слабительных препаратов (12,3%), использованием лекарств, снижающих аппетит (12,3%). Выраженность социальной фобии статистически значимо ($p < 0,05$) положительно коррелировала с наличием признаков пищевых нарушений (нервная булимия и нервная анорексия).
5. Наиболее выраженные результаты терапии отмечались в I и II группах участников исследования, в которых применялись методики индивидуальной КПТ и сочетание КПТ и фармакотерапии, что выразилось в статистически значимом ($p < 0,05$) снижении частоты встречаемости клинической симптоматики или ее полной редукции (социальной фобии, нервной анорексии, нервной булимии) относительно дотерапевтического состояния, а также снижении баллов по шкале социальной тревоги Либовица (I гр. – $p = 0,022$; II гр. – $p = 0,0018$), шкале тревоги Бека (I гр. $p = 0,001$; II гр. $p = 0,0007$), и голландскому опроснику пищевого поведения (I гр. – ограничительный тип: $p = 0,003$; эмоциогенный тип: $p = 0,011$; экстернальный тип: $p = 0,006$; II гр. – ограничительный тип: $p = 0,011$; эмоциогенный тип: $p = 0,017$; экстернальный тип: $p = 0,023$). В данных группах наблюдалась статистически значимая более высокая скорость ответа на лечение уже к 30 дню терапии ($p = 0,001$).
- 5.1. Методом, показавшим более низкую эффективность терапии по данным исследования, является когнитивно-поведенческая групповая терапия (КПТГ), примененная в IV группе участников исследования (шкала социальной тревоги Либовица: $p = 0,032$; шкала тревоги Бека: $p = 0,0071$; эмоциогенный тип: $p = 0,036$; экстернальный тип: $p = 0,014$).

- 5.2. Наименьшую эффективность показало применение фармакотерапии без психотерапии в III группе студентов (шкала социальной тревоги Либовица: $p=0,0712$; шкала тревоги Бека: $21 \pm 1,34$, $p=0,0425$; ограничительный тип: $p=0,358$; эмоциогенный тип: $p=0,436$; экстернальный тип: $p=0,376$).
6. Практически полное отсутствие рецидивов в I и II группах через 1 год после проведенного лечения, а также отсутствие статистически значимых различий между периодами через 2 месяца после лечения и через 1 год практически по всем симптомам социофобии, пищевых нарушений в обеих группах можно расценивать как свидетельство стабильности достигнутого эффекта от терапии.
- 6.1. У респондентов, составляющих IV группу наблюдения, через 1 год после проведенного лечения не обнаруживалось клинического ухудшения в отношении симптомов социофобии ($p < 0,05$). Пациенты отмечали сохранение достигнутого уровня социального взаимодействия (выступление перед аудиторией, начать первый разговор с незнакомым человеком, прием пищи на людях и др.), выработанного ими в процессе групповой когнитивно-поведенческой психотерапии. Однако имели ухудшение по симптомам регулярная изнуряющая физическая нагрузка и вызывание рвоты ($p < 0,05$).
- 6.2. Респонденты III группы имели наиболее нестабильный эффект от проведенного лечения через 1 год, что выражалось в возобновлении клинической симптоматики нервной анорексии, нервной булимии и социальной фобии ($p < 0,05$).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Преподавателям высшей школы следует обращать значительно больше внимания вопросу психического благополучия студентов, так как успешность при обучении в ВУЗе во многом определяется психологически благоприятным климатом в образовательной среде.
2. В целях ранней диагностики социальной фобии и пищевых нарушений у обучающихся высшей школы целесообразно проводить периодическое скрининговое обследование с использованием анонимных анкет, в которых обучающиеся могут при желании оставить свои контактные данные для связи с ними в случае выявления повышенных показателей тревоги либо РПП. Оптimalен вариант проведения дистанционного онлайн-анкетирования с использованием разработанной автором программы ЭВМ, включающей в себя разделы, касающиеся как симптоматики социальной фобии, так и проявлений РПП.
3. При выявлении симптомов социофобии с признаками нарушений пищевого поведения у обучающихся, им следует рекомендовать обращаться в кабинет психотерапевтической помощи на базе кафедры психиатрии с наркологией ВГМУ им. Н.Н. Бурденко.
4. Специализированная помощь данной категории пациентов должна включать проведение клинко-психопатологического и психометрического обследования с последующим направлением на индивидуальную КПТ либо групповую КПТ длительностью 8 сессий с возможным совместным назначением антидепрессантов группы СИОЗС (например, сертралин в дозировке 100 мг/сут курсом не менее 6 мес.).
5. Разработанная для данного исследования программа индивидуальной и групповой КПТ может быть рекомендована для использования в комбинации с

психофармакотерапией, поскольку она показала свою эффективность в проведенном исследовании.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АМ – автоматические мысли

КПГТ – когнитивно-поведенческая групповая психотерапия

КПТ – когнитивно-поведенческая психотерапия

НА – нервная анорексия

НБ – нервная булимия

РПП – расстройство пищевого поведения

СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

СТР – социальное тревожное расстройство

СФ – социальная фобия

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агличева, И. В. Распространенность и динамика психопатологических нарушений у студентов медфакультета / И. В. Агличева, В. Л. Малыгин // Вестник новых медицинских технологий. – 2005. – Том 12, № 3-4. – С. 159-160.
2. Артемьева, М. С. Проблема здоровьесбережения в процессе обучения студентов в техническом вузе / М. С. Артемьева // Альманах мировой науки. – 2016. – № 5-2(8). – С. 23-25.
3. Артемьева, М. С. Психосоциальные последствия нарушений пищевого поведения / М. С. Артемьева, А. Е. Брюхин, Р. А. Сулейманов, И. Е. Данилин // Здоровье и образование в XXI веке. – 2012. – Том 14, № 3. – С. 275-276.
4. Артемьева, М. С. Социокультуральные и биологические факторы в развитии нарушений пищевого поведения (55-летний опыт работы кафедры психиатрии и медицинской психологии РУДН) / М. С. Артемьева, Р. А. Сулейманов, А. Р. Арсеньев [и др.] // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2021. – № 4. – С. 253-264. DOI 10.33920/med-01-2104-01
5. Артемьева, М. С. Экскреция катехоламинов у пациентов с нарушениями пищевого поведения / М. С. Артемьева, И. А. Ковалева, Б. М. Коган [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2015. – Том 115, № 9. – С. 36-40. DOI 10.17116/jnevro20151159136-40
6. Ассанович, М. А. Новые возможности в фармакотерапии тревожных расстройств / М. А. Ассанович // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2021. – Том 12, № 3. – С. 487-494.
7. Астафурова, О. В. Диагностика и лечение тревожных и тревожно-депрессивных расстройств / О. В. Астафурова, Н. Г. Браш // Амурский медицинский журнал. – 2017. – № 2 (18). – С. 88-90. DOI 10.22448/AMJ.2017.2.88-90
8. Афанасьев, С. О. Анализ социальной тревожности и ее взаимосвязи с уровнем дезадаптации, тревоги и депрессии у студентов-медиков (обзор

литературы) / С. О. Афанасьев, Е. Б. Гайворонская, А. А. Немцева [и др.] // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2018. – Том 21, № 2. – С. 4-12.

9. Афанасьев, С. О. Анализ частоты встречаемости и факторов риска формирования социальной тревоги и расстройств пищевого поведения среди студентов медицинских вузов / С. О. Афанасьев, И. С. Махортова, О. Ю. Ширяев // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2021. – Том 20, № 1. – С. 174-181. DOI 10.36622/VSTU.2021.20.1.024

10. Афанасьев, С. О. Выявляемость уровня социальной тревоги у студентов старших курсов медицинского вуза / С. О. Афанасьев, Е. Б. Гайворонская, М. А. Пальчиков // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2019. – № 76. – С. 90-96.

11. Афанасьев, С. О. К вопросу о социальной тревоге и нарушении пищевого поведения студентов / С. О. Афанасьев, Е. Б. Гайворонская // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2021. – № 84. – С. 75-79.

12. Афанасьев, С. О. Клиника и лечение социальной тревоги и коморбидных пищевых расстройств у студентов медицинского вуза / С. О. Афанасьев, И. С. Махортова, О. Ю. Ширяев // Вестник новых медицинских технологий. – 2022. – Том 29, № 1. – С. 34-37. DOI 10.24412/1609-2163-2022-1-34-37

13. Афанасьев, С. О. Особенности терапии социальной тревоги и коморбидных расстройств пищевого поведения у студентов-медиков / С. О. Афанасьев, О. Ю. Ширяев // Психическое здоровье. – 2023. – Т. 18, № 6. – С. 71-72. – DOI 10.25557/2074-014X.2023.06.71-72. – EDN RZPDFD.

14. Афанасьев, С. О. Социальная тревога и расстройства пищевого поведения среди студентов медицинского вуза / С. О. Афанасьев, О. Ю. Ширяев, И. С. Махортова // Неврологический вестник. – 2021. – Том LIII, № 3. – С. 11-18. DOI 10.17816/nb71580

15. Афанасьев, С. О. Социальная тревога и расстройства пищевого поведения у студентов медицинского вуза / С.О. Афанасьев, О.Ю. Ширяев. –

Москва: Общество с ограниченной ответственностью "Издательство Ритм", 2023. – 112 с. – ISBN 978-5-00208-039-7. – EDN OPJWEL.

16. Афанасьев, С. О. Социальная тревога коморбидная с расстройствами пищевого поведения у студентов медицинских вузов / С. О. Афанасьев // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2020. – Том 23, № 1. – С. 48-52.

17. Афанасьев, С.О. Терапия социальной тревоги и пищевых нарушений у студентов-медиков / С.О. Афанасьев, О.Ю. Ширяев, И.С. Махортова // Психиатрия и аддиктология в XXI веке: новые задачи и пути решения: Сборник докладов, Москва, 22–23 сентября 2022 года. – Москва: ООО "Цветографика", 2022. – 132 с. – EDN PCMLTQ.

18. Ашуров, З. Ш. Синдром тревоги и депрессии во взаимосвязи со статусом курения и употреблением алкоголя в популяции студентов-медиков / З. Ш. Ашуров, Л. Ш. Шадманова, Ж. С. Бабаев // Антология российской психотерапии и психологии. Выпуск 7: материалы Международного конгресса «Психотерапия, психология, психиатрия – на страже душевного здоровья!», Санкт-Петербург, 22-24 марта 2019 года. – Санкт-Петербург, 2019. – С. 113-114.

19. Барденштейн, Л. М. Пищевые расстройства, выявленные в течение жизни, как предикторы рекуррентности биполярной депрессии / Л. М. Барденштейн, Я. М. Славгородский, Н. И. Беглянкин // Академический журнал Западной Сибири. – 2010. – № 4. – С. 9.

20. Бровко, С. Н. Экзаменационная сессия и пищевое поведение студентов-медиков / С. Н. Бровко, О. А. Скугаревский // Медицинский журнал. – 2009. – № 4(30). – С. 153-157.

21. Вальздорф, Е. В. Оценка терапии велаксином депрессивного синдрома у студентов / Е. В. Вальздорф, О. А. Лисенкова // Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы: тезисы XVI съезда психиатров России и Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Казань, 23-26 сентября 2015 года. – Казань: Альта Астра, 2015. – С. 928-929.

22. Варнавская, Е. В. Лексические маркеры социальной тревожности / Е. В. Варнавская, С. О. Афанасьев, Н. С. Яковенко // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. – 2020. – № 7-3(46). – С. 62-64. DOI 10.24411/2500-1000-2020-10813

23. Васильева, Т. Н. Оценка основных индикаторов образа жизни студентов-медиков старших курсов / Т. Н. Васильева, И. В. Федотова, М. М. Некрасова, А. В. Зуев // Актуальные вопросы анализа риска при обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения и защиты прав потребителей : материалы IX Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Пермь, 15-16 мая 2019 года. – Пермь: Пермский национальный исследовательский политехнический университет, 2019. – С. 100-106.

24. Вербенко, В. А. Механизмы действия, клинические аспекты и побочные эффекты антидепрессантов группы СИОЗС / В. А. Вербенко, А. А. Двирский // Психиатрия. – 2018. – № 1 (77). – С. 123-133. DOI 10.30629/2618-6667-2018-77-123-133

25. Войтович, А. А. К вопросу распространенности донозологических форм нарушений пищевого поведения среди студентов медицинского вуза / А. А. Войтович, Т. В. Милашевская, А. О. Москвина // Санитарный врач. – 2020. – № 8. – С. 47-53. DOI 10.33920/med-08-2008-05

26. Григорьева, И.В. Апробация опросников «Шкала социальной тревожности Либовица» и «Шкала страха негативной оценки (краткая версия)» / И.В. Григорьева, С.Н. Ениколопов // Национальный психологический журнал. – 2016. – № 1(21). – С. 31-44.

27. Динамика клинических проявлений социальной фобии, нервной булимии и нервной анорексии у студентов медицинского вуза в ходе когнитивно-поведенческой психотерапии и фармакотерапии сертралином / С. О. Афанасьев, О. Ю. Ширяев // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2024. – № 8(175). – С. 999-1009. – DOI 10.33920/med-01□2408□05

28. Клименкова, Е. Н. Валидизация методик диагностики социальной тревожности на российской подростковой выборке / Е. Н. Клименкова, А. Б. Холмогорова // Консультативная психология и психотерапия. – 2017. – Том 25, № 1. – С. 28-39.
29. Коган, Б. М. Расстройства пищевого поведения как модель для изучения патогенеза аддикций / Б. М. Коган, М. С. Артемьева, И. А. Ковалева [и др.] // Вопросы наркологии. – 2016. – № 2. – С. 41-52.
30. Кожухарь, Г. С. Стратегии конфликтного взаимодействия и социальная тревога у взрослых людей / Г. С. Кожухарь // Научные исследования и образование. – 2017. – № 2 (26). – С. 95-99.
31. Коржова, С. О. Сравнительный анализ тревожно-депрессивных проявлений у детей с ожирением и их родителей при эпизодах переедания/ С. О. Коржова, О. Ю. Ширяев, И. С. Махортова, Т. В. Чубаров // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2019. – № 76. – С. 72-77.
32. Костюкова, Е. Г. Дифференцированный подход к применению антидепрессантов / Е. Г. Костюкова, С. Н. Мосолов // Современная терапия психических расстройств. – 2013. – № 3. – С. 2-10.
33. Котова, О. В. Современные методы диагностики и лечения тревожных и депрессивных расстройств / О. В. Котова, А. А. Беляев, Е. С. Акарачкова // Русский медицинский журнал. Медицинское обозрение. – 2021. – Том 5, № 10. – С. 648-653. DOI 10.32364/2587-6821-2021-5-10-648-653
34. Краснова, В. В. Социальная тревожность и ее связь с эмоциональной дезадаптацией, уровнем стресса и качеством интерперсональных отношений у студентов / В. В. Краснова, А. Б. Холмогорова // Вопросы психологии. – 2011. – № 3. – С. 49-58
35. Кружилина, А. А. Психологические характеристики расстройства пищевого поведения / А. А. Кружилина // Modern Science. – 2021. – № 11-2. – С. 225-228.
36. Кучма, В. Р. 2018-2027 годы - десятилетие детства в России: цели, задачи и ожидаемые результаты в сфере здоровьесбережения обучающихся / В. Р.

Кучма // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. – 2017. – № 3. – С. 4-14.

37. Мангуби, В. А. Пароксетин-репозиционирование – новые грани / В. А. Мангуби, Е. А. Хаустова // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2021. – Том 12, № 4. – С. 749-752. DOI 10.34883/PI.2021.12.4.018

38. Марилов, В. В. Результаты длительного исследования нарушений пищевого поведения / В. В. Марилов, М. С. Артемьева, Р. А. Сулейманов, А. Е. Брюхин // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2006. – № 2. – С. 129-133.

39. Махортова, И. С. Динамика выраженности аффективных нарушений у больных депрессией с избыточной массой тела и расстройствами пищевого поведения в процессе фармакотерапии / И. С. Махортова, О. Ю. Ширяев // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2017. – Том 117, № 11. – С. 64-68.

40. Махортова, И. С. Коррекция синдрома ночной еды у пациентов с тревожнодепрессивными расстройствами / И. С. Махортова, Б. Д. Цыганков, О. Ю. Ширяев // Психические расстройства в общей медицине. – 2013. – № 3. – С. 36-39.

41. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств (МКБ-10/УСД-10): клинические описания и указания по диагностике / ВОЗ; перевод с английского под редакцией Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. – Санкт-Петербург: Оверлайд, 1994. – 303 с.

42. Мельникова, А. В. Проблема социальной тревоги у студентов вузов / А. В. Мельникова // Психологическое сопровождение образования: теория и практика: сборник научных статей по материалам XI международной научно-практической конференции : в 2 частях. Часть 2, Йошкар-Ола, 23-24 декабря 2021 года. – Йошкар-Ола : Стринг, 2021. – С. 157-161.

43. Мельникова, И. Ю. Особенности пищевого поведения студентов медиков в период объявленной пандемии инфекции COVID 19 / И. Ю. Мельникова, Е. Г. Шаповалов, Е. Г. Храмцова // Children's Medicine of the North-West. – 2021. – Том 9, № 3. – С. 61-66.

44. Меркурьева, Ю. А. Особенности социально-психологической адаптации и психопатологических феноменов, сопровождающих интернет-зависимость у подростков / Ю. А. Меркурьева, В. Л. Малыгин // Вопросы наркологии. – 2020. – № 4(187). – С. 63-77. DOI 10.47877/0234-0623_2020_4_63

45. Никишина, Е. И. Метод коррекции нарушений пищевого поведения подростков с ожирением / Е. И. Никишина, В. Б. Никишина, Е. А. Петраш // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2021. – Том 66, № 4. – С. 81-88. DOI 10.21508/1027-4065-2021-66-4-81-88

46. Овчинников, А. А. Психологические предикаты нарушений пищевого поведения у подростков / А. А. Овчинников, А. Н. Султанова, Т. Ю. Сычева, Ю. А. Томилова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2018. – № 2. – С. 80-84. DOI 10.31363/2313-7053-2018-2-80-84

47. Петрова, Т. Н. Оценка фактического питания студентов медицинского вуза: проблемы и пути их решения / Т. Н. Петрова, А. А. Зуйкова, О. Н. Красноруцкая // Вестник новых медицинских технологий. – 2013. – Том 20, № 2. – С. 72-77.

48. Платунин, А. В. Гигиеническая оценка питания студентов учебных заведений медицинского профиля / А. В. Платунин, Д. А. Морковина, Е. М. Студеникина // Гигиена и санитария. – 2015. – Том 94, № 9. – С. 25-27.

49. Подолкина, Е. А. Особенности социальной тревоги при разных типах индивидуального профиля латеральной организации мозга / Е. А. Подолкина // Молодежь – Барнаул: материалы XX городской научно-практической конференции молодых ученых, Барнаул, 05-12 ноября 2018 года. – Барнаул: Алтайский государственный университет, 2019. – С. 645.

50. Подригало, Л. В. Анализ питания студенческой молодежи во взаимосвязи с особенностями здоровья / Л. В. Подригало, С. А. Пашкевич, К. Прусик // Физическое воспитание студентов. – 2012. – № 6. – С. 83-87. DOI 10.6084/m9.figshare.96574

51. Припутневич, Д. Н. Распространенность расстройств пищевого поведения в популяции студентов-медиков / Д. Н. Припутневич, Е. Д. Припутневич,

А. И. Трубицина [и др.] // Актуальные вопросы саморазвития личности: психолого-педагогический аспект: сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Йошкар-Ола, 19 мая 2022 года. – Чебоксары: Среда, 2022. – С. 198-202. DOI 10.31483/r-102650

52. Проскуракова, Л. А. Оценка риска нарушений пищевого поведения и особенности питания у студентов с различным уровнем личностной тревожности / Л. А. Проскуракова, Е. Н. Лобыкина // Профилактическая медицина. – 2019. – Том 22, № 6. – С. 80-86. DOI 10.17116//profmed20192206180

53. Прошин, А. Т. Дофаминовые рецепторы D_2 класса нейронов префронтальной коры и нейробиологические механизмы страха и тревоги / А. Т. Прошин, З. И. Сторожева, О. В. Болотина // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – № 5. – URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=28181>. – Текст: электронный.

54. Руженкова, В. В. Особенности адаптации к учебному стрессу русскоязычных и иностранных студентов-медиков первого курса (результаты сравнительного транскультурального исследования) / В. В. Руженкова, В. А. Руженков // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2019. – Том 10, № 1. – С. 31-47.

55. Руженкова, В. В. Распространенность и коморбидность социофобий у лиц юношеского возраста (на материале студентов медиков) / В. В. Руженкова, В. А. Руженков, Е. Р. Дикарев, Я. А. Чернева // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2019. – № 5. – С. 30-37.

56. Руженкова, В. В. Русскоязычная адаптация SPIN-теста для скрининг-диагностики социофобии / В. В. Руженкова, В. А. Руженков, Е. А. Данилюк, Ю. Н. Гомеляк // Психическое здоровье. – 2019. – № 11. – С. 44-50.

57. Сагалакова, О. А. Культурно-специфические типы социальной тревоги и антивитаальные идеации / О. А. Сагалакова, Д. В. Труевцев // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. – 2016. – № 12 (69). – С. 42-48.

58. Сагалакова, О. А. Механизмы поддержания социального тревожного расстройства и выраженной социальной тревоги / О. А. Сагалакова, В. В.

Самойлова // Ломоносовские чтения на Алтае: фундаментальные проблемы науки и техники : сборник научных статей международной конференции, Барнаул, 13-16 ноября 2018 года. – Барнаул: Алтайский государственный университет, 2018. – С. 1488-1490.

59. Сагалакова, О. А. Нейрокогнитивные механизмы нарушений психической деятельности при социальной тревоге и социофобии / О. А. Сагалакова, Д. В. Труевцев // Междисциплинарные подходы к изучению психического здоровья человека и общества: материалы научно-практической конференции, Москва, 29 октября 2018 года. – Москва: Издательский дом КДУ, 2019. – С. 101-111.

60. Сагалакова, О. А. Психологические факторы формирования суицидального поведения при обсессивно-компульсивном и социальном тревожном расстройстве / О. А. Сагалакова, О. В. Жирнова, Д. В. Труевцев [и др.] // Суицидология. – 2020. – Том 11, № 2 (39). – С. 82-100. DOI 10.32878/suiciderus.20-11-02(39)-82-100

61. Сагалакова, О. А. Синдромно-факторный метод в историческом и современном контексте: возможности исследования социально-тревожного расстройства / О. А. Сагалакова, Д. В. Труевцев, И. Я. Стоянова // Сибирский психологический журнал. – 2018. – № 70. – С. 75-91. DOI 10.17223/17267080/70/6

62. Сагалакова, О. А. Социальная тревога в подростковом и юношеском возрасте в контексте психологической безопасности / О. А. Сагалакова, Д. В. Труевцев, И. Я. Стоянова [и др.] // Вопросы психологии. – 2016. – № 6. – С. 63-75.

63. Салтыкова, О. В. Статистический анализ использования антидепрессантов группы СИОЗС флуоксетина и флувоксамина при оказании стационарной помощи больным депрессивными расстройствами / О. В. Салтыкова, Г. М. Родионова, М. В. Белова [и др.] // Естественные и технические науки. – 2019. – № 11 (137). – С. 210-218.

64. Свидетельство о регистрации программы для ЭВМ № 2021619211 «Диагностика и мониторинг социальной тревоги и коморбидных нарушений

пищевого поведения у студентов»: свидетельство о регистрации программы для ЭВМ № 2021619211 / С. О. Афанасьев, О. Ю. Ширяев.

65. Стрижев, В. А. Тревожно-депрессивные расстройства в медицинской студенческой среде / В. А. Стрижев, Е. О. Бойко, Л. Е. Ложникова, О. Г. Зайцева // Кубанский научный медицинский вестник. – 2016. – № 2(157). – С. 126-131.

66. Тарабрина, Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.

67. Тюсова, О. В. Динамика психоэмоционального состояния студентов в период обучения в вузе в зависимости от уровня их психологической готовности к обучению / О. В. Тюсова, Е. Р. Исаева, В. В. Юсупов [и др.] // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И. П. Павлова. – 2020. – Том 27, № 3. – С. 50-58. DOI 10.24884/1607-4181-2020-27-3-50-58

68. Цыганков, Б. Д. Клинико-динамическая характеристика тревожных расстройств, сочетанных с депрессивными состояниями, в условиях смены места жительства / Б. Д. Цыганков, А. А. Овчинников, А. Н. Султанова [и др.] // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2019. – № 11. – С. 19-23.

69. Цыганков, Б. Д. Психофизиологические характеристики и их динамика у женщин с нарушениями пищевого поведения / Б. Д. Цыганков, М. С. Артемьева, А. Г. Лазукова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – № 3(88). – С. 83-91.

70. Шамирзаева, Х. Б. Особенности совладающего поведения студентов с расстройствами пищевого поведения / Х. Б. Шамирзаева, А. А. Матвеева // Медицинская психология в здравоохранении: сборник научных трудов по материалам Всероссийской научно-практической конференции, Курск, 26 мая 2022 года. – Курск: КГМУ, 2022. – С. 115-117.

71. Ширяев, О. Ю. Особенности динамики ИМТ у пациентов с избыточной массой тела и ожирением при различных вариантах коморбидности / О. Ю. Ширяев, И. С. Махортова, Б. Д. Цыганков // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2016. – Том 19, № 1. – С. 155-159.

72. Юделевич, Д. А. Корреляция уровня тревожности и расстройства пищевого поведения у студентов - медиков / А // Эколого-физиологические проблемы адаптации: материалы XVIII Всероссийского симпозиума с международным участием, Сочи, 26-28 июня 2019 года. – Москва: РУДН, 2019. – С. 261-262.

73. Ястребов, Д. В. Аспекты терапии социально-тревожного расстройства (социальной фобии): предпочтительное применение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина на примере сертралина / Д. В. Ястребов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2007. – Том 9, № 1. – С. 45-48.

74. Afanasyev, S. Prevalence of social anxiety in voronezh medical students / S. Afanasyev, O. Shiryayev, I. Makhortova // Šestihrvatsko–ruskipsihijatrijskikongres s međunarodnimsudjelovanjem :zborniksažetaka, Opatija, CENTAR GERVAIS, 9-11 Rujna 2021. - С. 39.

75. Afanasyev, S. O. Assessment of Social Anxiety and Eating Disorders Prevalence in Voronezh State Medical University Students / S. O. Afanasyev, O. U. Shiryayev, I. S. Makhortova // Scientific achievements of the third millennium : collection of scientific papers on materials XIII International Scientific Conference, New York, 25.03.2021. – New York : SPC "LJournal", 2021. – P. 83-85. DOI 10.18411/scienceconf-03-2021-12

76. Álvarez, J. La Ansiedad ante los Exámenes en Estudiantes Universitarios: Relaciones con variables personales y académicas / J. Álvarez, J. M. Aguilar, J. J. Lorenzo // Electronic Journal of Research in Educational Psychology. – 2012. – Volume 10, № 6. – P. 333-354.

77. Ameringen, van M. Nefazodone in the Treatment of Generalized Social Phobia: A Randomized, Placebo-Controlled Trial / M. van Ameringen, C. Mancini, J. Oakman [et al.] // The Journal of Clinical Psychiatry. – 2007. – Volume 68, Issue 2. – P. 288-295. DOI 10.4088/jcp.v68n0215

78. Ando, M. An intervention program focused on self-understanding and interpersonal interactions to prevent psychosocial distress among Japanese university

students / V. Ando // *Journal of Adolescence*. – 2011. – Volume 34, Issue 5. – P. 929-940. DOI 10.1016/j.adolescence.2010.12.003

79. An eating disorder-specific model of interpersonal psychotherapy (IPT-ED): causal pathways and treatment implications / E. Rieger, D.J. Van Buren, M. Bishop [et al.] // *Clin Psychol Rev*. – 2010. – 30(4). – P. 400-410. DOI 10.1016/j.cpr.2010.02.001

80. *Anxiety Disorders: A Guide for Integrating Psychopharmacology and Psychotherapy* / edited by S. M. Stahl, B. A. Moore. – New York, NY: Routledge : Taylor&Francis, 2013. – 312 p. – ISBN 978-0-415-50983-1.

81. A preliminary investigation of a novel training to target cognitive biases towards negative social stimuli in Anorexia Nervosa / V. Cardi, M. Esposito, G. Bird [et al.] // *J Affect Disord*. – 2015. – 188. – P. 188-193. DOI 10.1016/j.jad.2015.08.019

82. Arlt, J. Contributions of cognitive inflexibility to eating disorder and social anxiety symptoms / J. Arlt, A. Yiu, K. Eneva [et al.] // *Eating Behaviors*. – 2016. – Volume 21. – P. 30-32. DOI 10.1016/j.eatbeh.2015.12.008

83. Asgari, M. Prevalence of social phobia disorder in high school students in Abhar city, Iran / M. Asgari, K. Amini, F. Sahbaie // *Journal of Fundamentals of Mental Health*. – 2016. – Volume 18, Issue 1. – P. 42-47. DOI 10.22038/JFMH.2015.6254

84. Auerbach, R. P. WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders / R. P. Auerbach, P. Mortier, R. Bruffaerts [et al.] // *Journal of Abnormal Psychology*. – 2018. – Volume 127, Issue 7. – P. 623-638. DOI 10.1037/abn0000362

85. Baartmans, J. M. D. Social anxiety and perceptions of likeability by peers in children / J. M. D. Baartmans, F. J. A. van Steensel, L. Mobach [et al.] // *British Journal of Developmental Psychology*. – 2020. – Volume 38, Issue 2. – P. 319-336. DOI 10.1111/bjdp.12324

86. Baartmans, J. M. Are socially anxious children really less liked, or do they only think so? / J. M. Baartmans, M. Rinck, J. L. Hudson [et al.] // *Cognitive Therapy and Research*. – 2019. – Volume 43, Issue 6. – P. 1043-1050. DOI 10.1007/s10608-019-10028-9

87. Baloğlu, M. Gender Differences in and the Relationships Between Social Anxiety and Problematic Internet Use: Canonical Analysis / M. Baloğlu, H. İ. ÖztekeKozan, Ş. Kesici // *Journal of Medical Internet Research*. – 2018. – Volume 20, № 1. – URL: <https://www.jmir.org/2018/1/e33/>. – Text: electronic. DOI 10.2196/jmir.8947
88. Bandelow, B. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century / B. Bandelow, S. Michaelis // *Dialogues in Clinical Neuroscience*. – 2015. – Volume 17, Issue 3. – P. 327-335. DOI 10.31887/dcns.2015.17.3/bbandelow
89. Blanco, C. A Placebo-Controlled Trial of Phenelzine, Cognitive Behavioral Group Therapy, and Their Combination for Social Anxiety Disorder / C. Blanco, R. G. Heimberg, F. R. Schneier [et al.] // *Archives of General Psychiatry*. – 2010. – Volume 67, № 3. – P. 286-295. DOI 10.1001/archgenpsychiatry.2010.11
90. Blomhoff, S. Randomised controlled general practice trial of sertraline, exposure therapy and combined treatment in generalised social phobia / S. Blomhoff, T. T. Haug, K. Hellström [et al.] // *The British Journal of Psychiatry*. – 2001. – Volume 179, Issue 1. – P. 23-30. DOI 10.1192/bjp.179.1.23
91. Brennan, J. A Stress Management Program for Higher Risk Medical Students: Preliminary Findings / J. Brennan, A. McGrady, D. J. Lynch [et al.] // *Applied Psychophysiology and Biofeedback*. – 2016. – Volume 41, Issue 3. – P. 301-305. DOI 10.1007/s10484-016-9333-1
92. Canton, J. Optimal treatment of social phobia: systematic review and meta-analysis / J. Canton, K. M. Scott, P. Glue // *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. – 2012. – Volume 8. – P. 203-215. DOI 10.2147/NDT.S23317
93. Cheng, L.-H. Psychobiotics in mental health, neurodegenerative and neurodevelopmental disorders / L.-H. Cheng, Y.-W. Liu, C.-C. Wu [et al.] // *Journal of Food and Drug Analysis*. – 2019. – Volume 27, Issue 3. – P. 632-648. DOI 10.1016/j.jfda.2019.01.002
94. Cremers, H. R. Social anxiety disorder: a critical overview of neurocognitive research / H. R. Cremers, K. Roelofs // *WIREs. Cognitive Science*. – 2016. – Volume 7, Issue 4. – P. 218-232. DOI 10.1002/wcs.1390

95. Davidson, J. R. Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia / J. R. Davidson, E. B. Foa, J. D. Huppert [et al.] // Archives of General Psychiatry. – 2004. – Volume 61, № 10. – P. 1005-1013. DOI 10.1001/archpsyc.61.10.1005
96. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) / American psychiatric association. – 5-th ed. – Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013. – 947 p. – ISBN 9780890425541.
97. Dis, van E. A. M. Long-term Outcomes of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety-Related Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis / E. A. M. van Dis, S. C. van Veen, M. A. Hagenaars, N. M. Batelaan [et al.] // JAMA Psychiatry. – 2020. – Volume 77, Issue 3. – P. 265-273. DOI 10.1001/jamapsychiatry.2019.3986
98. Dorrepaal, E. Evidence-based treatment for adult women with child abuse-related Complex PTSD: a quantitative review / E. Dorrepaal, K. Thomaes, A. W. Hoogendoorn [et al.] // European Journal of Psychotraumatology. – 2014. – Volume 5, Issue. – P. 23613. DOI 10.3402/ejpt.v5.23613
99. Draft Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020: report by the secretariat / World Health Organization. – 2013. – URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB132/B132_8-en.pdf. – Text: electronic.
100. Fehm, L. Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold: prevalence, comorbidity and impairment in the general population / L. Fehm, K. Beesdo, F. Jacobi, A. Fiedler // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. – 2008. – Volume 43, Issue 4. – P. 257-265. DOI 10.1007/s00127-007-0299-4
101. Fida, R. An integrative approach to understanding counterproductive work behavior: The roles of stressors, negative emotions, and moral disengagement / R. Fida, M. Paciello, C. Tramontano [et al.] // Journal of Business Ethics. – 2015. – Volume 130, Issue 1. – P. 131-144. DOI 10.1007/s10551-014-2209-5
102. Ganasen, K. A. Augmentation of Cognitive Behavioral Therapy with Pharmacotherapy / K. A. Ganasen, J. C. Ipser, D. J. Stein // Psychiatric Clinics of North America. – 2010. – Volume 33, Issue 3. – P. 687-699. DOI 10.1016/j.psc.2010.04.008

103. Garakani, A. Pharmacotherapy of Anxiety Disorders: Current and Emerging Treatment Options / A. Garakani, J. W. Murrough, R. C. Freire [et al.] // *Frontiers in Psychiatry*. – 2020. – Volume 11. – URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2020.595584/full>. – Text: electronic. DOI 10.3389/fpsy.2020.595584

104. González-Valero, G. Use of Meditation and Cognitive Behavioral Therapies for the Treatment of Stress, Depression and Anxiety in Students. A Systematic Review and Meta-Analysis / G. González-Valero, F. Zurita-Ortega, J. L. Ubago-Jiménez, P. Puertas-Molero // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2019. – Volume 16, Issue 22. – URL: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/22/4394>. – Text: electronic. DOI 10.3390/ijerph16224394

105. Grant, B. F. Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III / B. F. Grant, R. B. Goldstein, T. D. Saha [et al.] // *JAMA Psychiatry*. – 2015. – Volume 72, № 8. – P. 757-766. DOI 10.1001/jamapsychiatry.2015.0584

106. Griffen, T. C. Mirror exposure therapy for body image disturbances and eating disorders: A review / T. C. Griffen, E. Naumann, T. Hildebrandt // *Clinical Psychology Review*. – 2018. – Volume 65. – P. 163-174. DOI 10.1016/j.cpr.2018.08.006

107. Gumley, A. Staying well after psychosis: A cognitive interpersonal approach to emotional recovery after relapse prevention / A. Gumley // *Tidsskrift for Norskpsykologforening*. – 2007. – Volume 44, № 5. – P. 667-676.

108. Hieu, T. H. Therapeutic efficacy and safety of chamomile for state anxiety, generalized anxiety disorder, insomnia, and sleep quality: A systematic review and meta-analysis of randomized trials and quasi-randomized trials / T. H. Hieu, M. Dibas, K. A. Surya Dila [et al.] // *Phytotherapy Research*. – 2019. – Volume 33, Issue 6. – P. 1604-1615. DOI 10.1002/ptr.6349

109. Hubbard, C. S. Corticotropin-Releasing Factor Receptor 1 Antagonist Alters Regional Activation and Effective Connectivity in an Emotional–Arousal Circuit during Expectation of Abdominal Pain / C. S. Hubbard, J. S. Labus, J. Bueller [et al.] // *The*

Journal of Neuroscience. – 2011. – Volume 31, Issue 35. – P. 12491-500. DOI 10.1523/JNEUROSCI.1860-11.2011

110. Iverach, L. Social anxiety disorder and stuttering: current status and future directions / L. Iverach, R. M. Rapee // Journal of Fluency Disorders. – 2014. – Volume 40. – P. 69-82. DOI 10.1016/j.jfludis.2013.08.003

111. Jaremka, L. M. Social anxiety symptoms moderate the link between obesity and metabolic function / L. M. Jaremka, C. R. Pacanowski // Psychoneuroendocrinology. – 2019. – Volume 110. – URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306453019303580?via%3Dihub>. – Text: electronic. DOI 10.1016/j.psyneuen.2019.104425

112. Jones, C. Oxytocin and social functioning / C. Jones, I. Barrera, S. Brothers [et al.] // Dialogues in Clinical Neuroscience. – 2017. – Volume 19, Issue 2. – P. 193-201. DOI 10.31887/DCNS.2017.19.2/cjones

113. Kaczurkin, A. N. Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence / A. N. Kaczurkin, E. B. Foa // Dialogues in Clinical Neuroscience. – 2015. – Volume 17, Issue 3. – P. 337-346. DOI 10.31887/DCNS.2015.17.3/akaczurkin

114. Kerr-Gaffney, J. Social anxiety in the eating disorders: a systematic review and meta-analysis / J. Kerr-Gaffney, A. Harrison, K. Tchanturia // Psychological Medicine. – 2018. – Volume 48, Issue 15. – P. 2477-2491. DOI 10.1017/S0033291718000752

115. Knijnik, D. Z. A pilot study of clonazepam versus psychodynamic group therapy plus clonazepam in the treatment of generalized social anxiety disorder / D. Z. Knijnik, C. Blanco, G. A. Salum [et al.] // European Psychiatry. – 2008. – Volume 23, Issue 8. – P. 567-74. DOI 10.1016/j.eurpsy.2008.05.004

116. Koyuncu, A. Comorbidity in social anxiety disorder: diagnostic and therapeutic challenges / A. Koyuncu, E. İnce, E. Ertekin, R. Tükel // Drugs in Context. – 2019. – № 8. – URL: <https://www.drugsincontext.com/comorbidity-in-social-anxiety-disorder:-diagnostic-and-therapeutic-challenges/>. – Text: electronic. DOI 10.7573/dic.212573

117. Koyuncu, A. Development of social anxiety disorder secondary to attention deficit/hyperactivity disorder (the developmental hypothesis) / A. Koyuncu, T. Alkın, R. Tükel // *Early Intervention in Psychiatry*. – 2018. – Volume 12, Issue 2. – P. 269-272. DOI 10.1111/eip.12372
118. Koyuncu, A. The clinical impact of mood disorder comorbidity on social anxiety disorder / A. Koyuncu, E. Ertekin, Z. Binbay [et al.] // *Comprehensive Psychiatry*. – 2014. – Volume 55, Issue 2. – P. 363-369. DOI 10.1016/j.comppsy.2013.08.016
119. Leigh, E. Understanding Social Anxiety Disorder in Adolescents and Improving Treatment Outcomes: Applying the Cognitive Model of Clark and Wells (1995) / E. Leigh, D. M. Clark // *Clinical Child and Family Psychology Review*. – 2018. – Volume 21, Issue 3. – P. 388-414. DOI 10.1007/s10567-018-0258-5
120. Levinson, C. A. Social anxiety and eating disorder comorbidity: the role of negative social evaluation fears / C. A. Levinson, T. L. Rodebaugh // *Eating Behaviors*. – 2012. – Volume 13, Issue 1. – P. 27-35. DOI 10.1016/j.eatbeh.2011.11.006
121. Liao, W. Altered effective connectivity network of the amygdala in social anxiety disorder: a resting-state fMRI study / W. Liao, C. Qiu, C. Gentili [et al.] // *PLOS ONE*. – 2010. – Volume 5, Issue 12. – URL: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0015238>. – Text: electronic. DOI 10.1371/journal.pone.0015238
122. Liao, W. Altered gray matter morphometry and resting-state functional and structural connectivity in social anxiety disorder / W. Liao, Q. Xu, D. Mantini [et al.] // *Brain Research*. – 2011. – Volume 1388. – P. 167-177. DOI 10.1016/j.brainres.2011.03.018
123. Liao, W. Selective aberrant functional connectivity of resting state networks in social anxiety disorder / W. Liao, H. Chen, Y. Feng [et al.] // *NeuroImage*. – 2010. – Volume 52, Issue 4. – P. 1549-1558. DOI 10.1016/j.neuroimage.2010.05.010
124. Mayo-Wilson, E. Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis / E. Mayo-Wilson, S. Dias, I. Mavranzouli [et al.] // *The Lancet Psychiatry*. – 2014. – Volume 1, Issue 5. – P. 368-376. DOI 10.1016/S2215-0366(14)70329-3

125. Michail, M. Social anxiety disorder in first-episode psychosis: incidence, phenomenology and relationship with paranoia / M. Michail, M. Birchwood // *The British Journal of Psychiatry*. – 2009. – Volume 195, Issue 3. – P. 234-241. DOI 10.1192/bjp.bp.108.053124
126. Michail, M. Systematic Review of Cognitive-Behavioural Therapy for Social Anxiety Disorder in Psychosis / M. Michail, M. Birchwood, L. Tait // *Brain Science*. – 2017. – Volume 7, Issue 5. – P. 45. – URL: <https://www.mdpi.com/2076-3425/7/5/45>. – Text: electronic. DOI 10.3390/brainsci7050045
127. Nagata, T. Generalized social anxiety disorder: A still-neglected anxiety disorder 3 decades since Liebowitz's review / T. Nagata, F. Suzuki, A. R. Teo // *Psychiatry and Clinical Neuroscience*. – 2015. – Volume 69, Issue 12. – P. 724-740. DOI 10.1111/pcn.12327
128. Nascimento, do V. S. Association between eating disorders, suicide and depressive symptoms in undergraduate students of health-related courses / V. S. do Nascimento, A. V. dos Santos, S. B. Arruda [et al.] // *Einstein (São Paulo)*. – 2019. – № 18. – URL: <https://journal.einstein.br/article/association-between-eating-disorders-suicide-and-depressive-symptoms-in-undergraduate-students-of-health-related-courses/>. – Text: electronic. DOI 10.31744/einstein_journal/2020AO4908
129. Neudeck, P. Dissemination of exposure therapy in clinical practice: How to handle the barriers? / P. Neudeck, F. Einsle // *Exposure Therapy: Rethinking the Model - Refining the Method* / edited by P. Neudeck, H. U. Wittchen. – New York, NY: Springer, 2012. – P. 23-34. – URL: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4614-3342-2_3. – Text: electronic. DOI 10.1007/978-1-4614-3342-2_3
130. North, C. S. Mental Health Response to Community Disasters: A Systematic Review / C. S. North, B. Pfefferbaum // *JAMA*. – 2013. – Volume 310, Issue 5. – P. 507-518. DOI 10.1001/jama.2013.107799
131. Oliveira, L. M. Comorbid social anxiety disorder in patients with alcohol use disorder: A systematic review / L. M. Oliveira, M. B. Bermudez, M. J. A. Macedo, I. C. Passos // *Journal of Psychiatric Research*. – 2018. – Volume 106. – P. 8-14. DOI 10.1016/j.jpsychires.2018.09.008

132. Peterson, A. Resting-State Neuroimaging Studies: A New Way of Identifying Differences and Similarities among the Anxiety Disorders? / A. Peterson, J. Thome, P. Frewen, R. A. Lanius // *The Canadian Journal of Psychiatry*. – 2014. – Volume 59, Issue 6. – P. 294-300. DOI 10.1177/070674371405900602

133. Piccolo, L. Reading Anxiety in L1: Reviewing the Concept / L. Piccolo, C. Giacomoni, A. Julio-Costa [et al.] // *Early Childhood Education Journal*. – 2017. – Volume 45, Issue 4. – P. 537-543. DOI 10.1007/s10643-016-0822-x

134. Pittler, M. H. Kava extract for treating anxiety / M. H. Pittler, E. Ernst // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2003. – Issue 1. – URL: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003383/full>. – Text: electronic. DOI 10.1002/14651858.CD003383

135. Prasko, J. Moclobemide and cognitive behavioral therapy in the treatment of social phobia. A six-month controlled study and 24 months follow up / J. Prasko, C. Dockery, J. Horáček [et al.] // *Neuroendocrinology Letters*. – 2006. – Volume 27, Issue 4. – P. 473-481.

136. Prater, K.E. Aberrant amygdala-frontal cortex connectivity during perception of fearful faces and at rest in generalized social anxiety disorder / K. E. Prater, A. Hosanagar, H. Klumpp [et al.] // *Depression and Anxiety*. – 2013. – Volume 30, Issue 3. – P. 234-241. DOI 10.1002/da.22014

137. Quek, T. T.-C. The Global Prevalence of Anxiety Among Medical Students: A Meta-Analysis / T. T.-C. Quek, W. W.-S. Tam, B. X. Tran [et al.] // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2019. – Volume 16, Issue 15. – URL: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/15/2735>. – Text: electronic. DOI 10.3390/ijerph16152735

138. Read, D. L. Adult attachment and social anxiety: The mediating role of emotion regulation strategies / D. L. Read, G. I. Clark, A. J. Rock, W. L. Coventry // *PLOS ONE*. – 2018. – Volume 13, Issue 12. – URL: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0207514>. – Text: electronic. DOI 10.1371/journal.pone.0207514

139. Regehr, C. Interventions to reduce stress in university students: A review and meta-analysis / C. Regehr, D. Glancy, A. Pitts // *Journal of Affective Disorders*. – 2013. – Volume 148, Issue 1. – P. 1-11. DOI 10.1016/j.jad.2012.11.026
140. Rieger, E. An eating disorder-specific model of interpersonal psychotherapy (IPT-ED): Causal pathways and treatment implications / E. Rieger, D. Van Buren, M. Bishop [et al.] // *Clinical Psychology Review*. – 2010. – Volume 30, Issue 4. – P. 400-410. DOI 10.1016/j.cpr.2010.02.001
141. Romero-Cerecero, O. Galphimine-B Standardized Extract versus Alprazolam in Patients with Generalized Anxiety Disorder: A Ten-Week, Double-Blind, Randomized Clinical Trial / O. Romero-Cerecero, A. L. Islas-Garduño, A. Zamilpa [et al.] // *BioMed Research International*. – 2019. – Volume 2019. – URL: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2019/1037036/>. – Text: electronic. DOI 10.1155/2019/1037036
142. Rose, G. M. Social Anxiety Disorder / G. M. Rose, P. Tadi // *StatPearls [Internet]*. – Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2021. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555890/>. – Text: electronic.
143. Sarris, J. Herbal anxiolytics with sedative actions / J. Sarris, E. McIntyre // *Evidence-Based Herbal and Nutritional Treatments for Anxiety in Psychiatric Disorders* / edited by D. Camfield, E. McIntyre, J. Sarris. – Cham: Springer, 2017. – P. 11-31. – URL: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-42307-4_2. – Text: electronic.
144. Sawaoka, T. Social anxiety and self-consciousness in binge eating disorder: associations with eating disorder psychopathology / T. Sawaoka, R. D. Barnes, K. K. Blomquist [et al.] // *Comprehensive Psychiatry*. – 2012. – Volume 53, Issue 6. – P. 740-745. DOI 10.1016/j.comppsy.2011.10.003
145. Schaumberg, K. Anxiety disorder symptoms at age 10 predict eating disorder symptoms and diagnoses in adolescence / K. Schaumberg, S. Zerwas, E. Goodman [et al.] // *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. – 2019. – Volume 60, Issue 6. – P. 686-696. DOI 10.1111/jcpp.12984

146. Schneier, F. R. Social anxiety disorder and alcohol use disorder co-morbidity in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions / F. R. Schneier, T. E. Foose, D. S. Hasin [et al.] // *Psychological Medicine*. – 2010. – Volume 40, Issue 6. – P. 977-988. DOI 10.1017/S0033291709991231
147. Schneier, F. Social Anxiety Disorder / F. Schneier, J. Goldmark // *Anxiety Disorders and Gender* / edited by D. J. Stein, B. Vythilingum. – Cham: Springer, 2015. – P. 49-67. DOI 10.1007/978-3-319-13060-6_3
148. Schönfeld, P. The effects of daily stress on positive and negative mental health: Mediation through self-efficacy / P. Schönfeld, J. Brailovskaia, A. Bieda [et al.] // *International Journal of Clinical and Health Psychology*. – 2016. – Volume 16, Issue 1. – P. 1-10. DOI 10.1016/j.ijchp.2015.08.005
149. Silva, G. A. ds Consumo de formulaçõesesmagredoras e risco de transtornosalimentaresem universitários de cursos de saúde / G. A. ds Silva, R. C. C. Ximenes, T. C. C. Pinto [et al.] // *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. – 2018. – Volume 67, № 4. – P. 239-246. DOI 10.1590/0047-2085000000211
150. Smith, K. The effectiveness and safety of Kava Kava for treating anxiety symptoms: A systematic review and analysis of randomized clinical trials / K. Smith, C. Leiras // *Complementary Therapies in Clinical Practice*. – 2018. – Volume 33. – P. 107-117. DOI 10.1016/j.ctcp.2018.09.003
151. Stangier, U. Cognitive therapy vs interpersonal psychotherapy in social anxiety disorder: a randomized controlled trial / U. Stangier, E. Schramm, T. Heidenreich [et al.] // *Archives of General Psychiatry*. – 2011. – Volume 68, № 7. – P. 692-700. DOI 10.1001/archgenpsychiatry.2011.67
152. Stein, D. J. The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative / D. J. Stein, C. C. W. Lim, A. M. Roest [et al.] // *BMC Medicine*. – 2017. – Volume 15. – URL: <https://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-017-0889-2>. – Text: electronic. DOI 10.1186/s12916-017-0889-2
153. Stein, D. J. A 2010 evidence-based algorithm for the pharmacotherapy of social anxiety disorder / D. J. Stein, D. S. Baldwin, B. Bandelow [et al.] // *Current*

Psychiatry Reports. – 2010. – Volume 12, Issue 5. – P. 471-477. DOI 10.1007/s11920-010-0140-8

154. Stuijzand, S. Research Review: Is anxiety associated with negative interpretations of ambiguity in children and adolescents? A systematic review and meta-analysis / S. Stuijzand, C. Creswell, A. P. Field [et al.] // The Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 2018. – Volume 59, Issue 11. – P. 1127-1142. DOI 10.1111/jcpp.12822

155. Thibaut, F. Anxiety disorders: a review of current literature / F. Thibaut // Dialogues in Clinical Neuroscience. – 2017. – Volume 19, Issue 2. – P. 87-88. DOI 10.31887/DCNS.2017.19.2/fthibaut

156. Thompson, T. Social anxiety increases visible anxiety signs during social encounters but does not impair performance / T. Thompson, N. Van Zalk, C. Marshall [et al.] // BMC Psychology. – 2019. – Volume 7. – URL: <https://bmcp psychology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-019-0300-5>. – Text: electronic. DOI 10.1186/s40359-019-0300-5

157. Torrano-Martinez, R. Evaluación de la ansiedad ante los exámenes en estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria / R. Torrano-Martinez, J. M. Ortigosa-Quiles, A. Riquelme-Marín, J. A. López-Pina // Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes. – 2017. – Volume 4, № 2. – P. 103-110.

158. Veras, J. L. A. Risk of suicide in Adolescents with symptoms of eating disorders and depression / J. L. A. Veras, R. C. C. Ximenes, F. M. N. de Vasconcelos, E. B. Sougey // Journal of Depression and Anxiety. – 2017. – Volume 6, Issue 3. – URL: <https://www.longdom.org/open-access/risk-of-suicide-in-adolescents-with-symptoms-of-eating-disorders-and-depression-2167-1044-1000274.pdf>. – Text: electronic. DOI 10.4172/2167-1044.1000274

159. Walkup, J. T. Cognitive Behavioral Therapy, Sertraline, or a Combination in Childhood Anxiety / J. T. Walkup, A. M. Albano, J. Piacentini [et al.] // The New England Journal of Medicine. – 2008. – Volume 359, Issue 26. – P. 2753-2766. DOI 10.1056/NEJMoa0804633

160. Wallace, K. The Humanistic and Economic Burden Associated with Anxiety and Depression among Adults with Comorbid Diabetes and Hypertension / K. Wallace,

X. Zhao, R. Misra, U. Sambamoorthi // *Journal of Diabetes Research*. – 2018. – Volume 2018. – URL: <https://www.hindawi.com/journals/jdr/2018/4842520/>. – Text: electronic. DOI 10.1155/2018/4842520

161. Waller, G. Behavioral Interventions in the Treatment of Eating Disorders / G. Waller, B. Raykos // *Psychiatric Clinics of North America*. – 2019. – Volume 42, Issue 2. – P. 181-191. DOI 10.1016/j.psc.2019.01.002

162. Wechsler, T. F. Inferiority or Even Superiority of Virtual Reality Exposure Therapy in Phobias?—A Systematic Review and Quantitative Meta-Analysis on Randomized Controlled Trials Specifically Comparing the Efficacy of Virtual Reality Exposure to Gold Standard in vivo Exposure in Agoraphobia, Specific Phobia, and Social Phobia / T. F. Wechsler, F. Kämpers, A. Mühlberger // *Frontiers in Psychol.* – 2019. – Volume 10. – URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.01758/full>. – Text: electronic. DOI 10.3389/fpsyg.2019.01758

163. Williams, T. Pharmacotherapy for social anxiety disorder (SAnD) / T. Williams, C. J. Hattingh, C. M. Kariuki [et al.] // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2017. – Issue 10. – URL: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001206.pub3/full>. – Text: electronic. DOI 10.1002/14651858.CD001206.pub3

164. Wong, Q. J. J. The aetiology and maintenance of social anxiety disorder: A synthesis of complimentary theoretical models and formulation of a new integrated model / Q. J. J. Wong, R. M. Rapee // *Journal of Affective Disorders*. – 2016. – Volume 203. – P. 84-100. DOI 10.1016/j.jad.2016.05.069

165. Yeung, K. S. Herbal medicine for depression and anxiety: A systematic review with assessment of potential psycho-oncologic relevance / K. S. Yeung, M. Hernandez, J. J. Mao [et al.] // *Phytotherapy Research*. – 2018. – Volume 32, Issue 5. – P. 865-891. DOI 10.1002/ptr.6033

166. Zeng, W. Prevalence of mental health problems among medical students in China: A meta-analysis / W. Zeng, R. Chen, X. Wang [et al.] // *Medicine*. – 2019. – Volume 98, Issue 18. – URL: <https://journals.lww.com/md->

journal/Fulltext/2019/05030/Prevalence_of_mental_health_problems_among_medical.1
9.aspx. – Text: electronic. DOI 10.1097/MD.0000000000015337