

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)

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание учёной степени

кандидата медицинских наук

Москва – 2024

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Ширяев Олег Юрьевич

Официальные оппоненты:

Артемьева Марина Станиславовна – доктор медицинских наук, профессор, федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации, медицинский институт, кафедра психиатрии и медицинской психологии, профессор кафедры

Николаев Евгений Львович – доктор медицинских наук, профессор, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации, кафедра социальной и клинической психологии факультета управления и социальных технологий, заведующий кафедрой

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится « 12 » марта 2025 г. в 11 часов на заседании диссертационного совета 21.2.016.09 при Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, по адресу: 115419, г. Москва, ул. Донская д. 43.

Почтовый адрес: 127006, г. Москва, ул. Долгоруковская, д. 4.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России (127206, г. Москва, ул. Вучетича, д.10, стр. 2) и на сайте <https://dissov.msmsu-portal.ru>

Автореферат разослан « _____ » _____ 2025 года

Ученый секретарь
диссертационного совета 21.2.016.09,
кандидат медицинских наук, доцент

Гаджиева Уммурайзат Хизриевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

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. Одним из таких является социальная фобия (СФ). Исследования, проводившиеся в разных странах, свидетельствуют о высокой распространенности социальной тревоги в сочетании с коморбидными заболеваниями, такими как пищевые нарушения (Барденштейн Л.М. и соавт., 2010; Мельникова А.В., 2021; Levinson С.А. и соавт., 2012; Cremers Н.Р., 2016; Zeng W., Chen R., Wang X. и соавт., 2019; Quek Т.Т.-С., Tam W.W.-S., Tran В.Х., 2019; Rose G.M., Tadi P., 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).

Расстройства пищевого поведения (РПП) следует расценивать как гетерогенные расстройства со сложной многофакторной этиологией, реализующейся при взаимовлиянии 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 тревожностью, 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). Социальная фобия имеет статус самостоятельной нозологии в МКБ-10, представляя собой одно из самых распространенных тревожно-фобических заболеваний (Нуллер Ю.Л., Циркин С.Ю., 1994; American psychiatric association, 2013).

Социальная тревога 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).

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).

Нередко социальная тревога 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). 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.

Таким образом, необходимы дальнейшие исследования для выявления факторов риска тревожности, присущих только студентам-медикам, а также исследования, направленные на поиск возможностей повышения эффективности терапии социальной тревоги 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 СФ 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 СФ 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: клинико-анамнестический, клинико-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 страницы. Список литературы содержит 166 научных источников, из них 73 отечественных и 93 иностранных. Диссертация иллюстрирована 16 таблицами, 30 рисунками, а также 2 клиническими примерами.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

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».

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. 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.

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.

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.

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 психотерапию 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).

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.

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

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 $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

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 обнаруживалась у 24,7% (53 человека), умеренная – у 30,4% (65 человек), слабая социальная тревога – у 44,9% (96 человек).

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.

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 1).

Таблица 1 – 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.

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 получили итоговое уравнение первой модели:

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

Коэффициент детерминации R^2 показывает, какую долю изменчивости зависимой переменной (отклика) объясняет предиктор. В данном случае скорректированный $R^2_{\text{adj.}} = 0,55326241$. 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 2).

Таблица 2 – 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	0,000
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:

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

Скорректированный R² 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. Статистика Дарбина-Уотсона составила d=1,924; p=0,038, что также свидетельствует о том, что условие независимости остатков соблюдается (Таблица 3).

Таблица 3 – 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.

После клинической оценки психического состояния пациентов четырех групп, изучалась сравнительная динамика психометрических показателей, полученных при заполнении опросников LSAS, Бека, DEBQ. Было показано, что индивидуальная КПТ и комбинация КПТ с сертралином показали наиболее высокие результаты в лечении социальной фобии и общей тревоги, с сохранением эффекта через 1 год. В группе пациентов, принимавших только Сертралин была эффективность лечения заключалась в снижении общей тревоги, но не социальной фобии, и в катамнезе 1 год приводило к ухудшению состояния в виде усиления тревожной симптоматики, а также рецидивов расстройств пищевого поведения. КПТ продемонстрировала положительные изменения в лечении социальной фобии и общей тревоги, но с менее выраженным и менее устойчивым эффектом по сравнению с КПТ и комбинацией КПТ с сертралином.

Результаты оценки DEBQ, свидетельствуют о том, что наиболее выраженные положительные результаты по всем трем типам пищевого поведения (ограничительный, эмоциогенный, экстернальный) наблюдались в I группе (индивидуальная КПТ). В этой группе среднее значение всех типов нарушений пищевого поведения достигло нормальных значений уже к 30 дню лечения, и сохранялось на этом уровне через 1 год. В II группе наблюдалась аналогичная динамика снижения нарушений пищевого поведения, с нормализацией всех компонентов к 30 дню лечения. В III группе, где применялся только сертралин, не наблюдалось значимого улучшения ограничительного и эмоциогенного компонентов. Экстернальный компонент достиг нормальных значений лишь к 60 дню лечения. Однако, через 1 год, наблюдался рецидив эмоциогенного компонента, что указывает на неэффективность монотерапии сертралином в коррекции дисфункциональных убеждений, связанных с эмоциональным отреагированием на стресс. В IV группе (КПТ) все три компонента нарушений пищевого поведения достигли нормальных значений к 60 дню лечения и сохранялись на этом уровне через 1 год.

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 выражалось 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 первым 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. Оптимальным вариантом 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 РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

В изданиях, рекомендованных ВАК Минобрнауки России:

1. 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
2. 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
3. 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
4. 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.
5. 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

Патенты:

1. Свидетельство о регистрации программы для ЭВМ № 2021619211 Российская Федерация. Диагностика и мониторинг социальной тревоги и коморбидных нарушений пищевого поведения у студентов / С.О. Афанасьев, О.Ю. Ширяев; Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации. – № 2021619211 ; дата поступления 31.05.2021 ; дата государственной регистрации в реестре программ для ЭВМ 07.06.2021. – 1 с.

В других изданиях:

1. 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. – Т. 21. – № 2. – С. 4-12.
2. 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.
3. Афанасьев, С.О. Социальная тревога у студентов медицинского ВУЗа, распространённость, диагностика, подходы к терапии / С.О. Афанасьев //

- Актуальные вопросы психиатрии и психотерапии: материалы научно-практической конференции, Тула, 14-15 октября 2019 года. – Тула : Тульский государственный университет, 2019. – С. 12-18.
4. Афанасьев, С.О. Разработка программы ранней диагностики, профилактики и коррекции социальной тревоги студентов медицинского университета / С.О. Афанасьев // Инновационные разработки молодых ученых Воронежской области на службу региона : сборник докладов региональной научной конференции студентов, аспирантов и молодых ученых, Воронеж, 27-28 ноября 2019 года. – Воронеж : Воронежский инновационно-технологический центр, 2019. – С. 50-51.
 5. Афанасьев, С.О. Социальная тревога, коморбидная с расстройствами пищевого поведения у студентов медицинских вузов / С.О. Афанасьев // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2020. – Т. 23. – № 1. – С. 48-52.
 6. 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
 7. Афанасьев, С.О. Анализ частоты встречаемости социальной тревоги у студентов медицинского вуза / С.О. Афанасьев // Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению : тезисы XVII съезда психиатров России совместно с международным Конгрессом Всемирной психиатрической ассоциации, Санкт-Петербург, 15-18 мая 2021 года. – Санкт-Петербург : НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2021. – С. 7-8.
 8. 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.
 9. 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
 10. Afanasyev, S. Prevalence of social anxiety in voronezh medical students / S. Afanasyev, O. Shiryayev, I. Makhortova // Šesti hrvatsko–ruski psihijatrijski kongres s međunarodnim sudjelovanjem : zbornik sažetaka, Opatija, CENTAR GERVAIS, 9-11 Rujna 2021. - С. 39.
 11. 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.

Монография:

1. 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.

Подписано в печать 18.12.2024
Объем 1,0 усл.п.л.
Тираж 100 экз. Заказ № 1763
Отпечатано в типографии «Реглет»
г. Москва, пр-т Мира, д.38
+7 (495)979-98-99, www.reglet.ru