

На фоне данной патологии могут возникать психические и поведенческие нарушения, проявляющиеся трудностями в концентрации внимания и сосредоточенностью на тягостных переживаниях, ангедонией, общим беспокойством, раздражительностью, угнетением инстинктивной деятельности (понижением аппетита вплоть до анорексии или, наоборот, перееданием; снижением сексуальных влечений; самозащитных тенденций, появлением суицидальных мыслей и действий).

Вышеизложенное определило актуальность нашей работы, цель которой — изучение психоэмоциональных и поведенческих особенностей пациентов с мочекаменной болезнью.

С соблюдением принципов биоэтики и деонтологии проведено комплексное обследование 55 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет, страдающих мочекаменной болезнью, находившихся на стационарном лечении. Типологию отношения к болезни изучали с помощью личностного опросника Бехтеревского Института (ЛОБИ), основанного на принципе концепции «психологии отношений» и включающего в себя паттерны отношения к самой болезни, ее лечению, к врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству и будущему, а также к своим витальным функциям (сон, аппетит, настроение, самочувствие). Для определения степени выраженности депрессивной симптоматики использовали шкалу выраженности депрессии Гамильтона (HAM-D), для оценки тревоги — клиническую шкалу тревоги Гамильтона (HAM-A). Для анализа поведенческих особенностей пациентов (частоты использования и выраженности копинг-стратегий) применяли методику «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» (русская-язычная адаптация Крюковой Т. А., 2007).

В ходе проведенного исследования у пациентов установлены следующие типы отношения к болезни: эргопатический тип у 30 %, обессивно-фобический у 22 %, эйфорический у 18 %, анозонозический у 17,5 % и гармонический тип у 10 %. У 80 % пациентов выявлены клинически очерченные, соответствующие диагностическим критериям МКБ-10, депрессивные расстройства неспихотического уровня. При объективизации психопатологической симптоматики с помощью шкалы Гамильтона у 78,2 % обследованных диагностирован легкий депрессивный эпизод (средний суммарный балл составил $13,6 \pm 2,5$), у 21,8 % — умеренный депрессивный эпизод ($23,8 \pm 3,5$ балла). При верификации признаков тревожного расстройства у 90,1 % выявлено умеренное тревожное состояние (40,3 балла), у 9,9 % — тяжелое (54,3 балла). У 58 % пациентов наблюдался копинг, ориентированный на избегание, у 33 % регистрировался копинг, ориентированный на решение проблем, у 8 % лиц — копинг, ориентированный на эмоции.

Полученные результаты исследования указывают на необходимость комплексного подхода в лечении пациентов, страдающих мочекаменной болезнью, с обязательным включением психотерапевтических интервенций, направленных на психопрофилактику и психокоррекцию нарушений психологического здоровья, которые позволят улучшить психическое и соматическое состояние, а также будут способствовать повышению уровня качества жизни данного контингента. При разработке психокоррекционных мероприятий необходимо учитывать отношение к болезни и лечению пациентов, психоэмоциональные и поведенческие особенности.

УДК 616.89:159.942:616-056.52-053.6

Л. Н. Гуменюк, И. Н. Кабатова

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского», Городское детское поликлиническое учреждение № 1 (г. Симферополь)

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ОЖИРЕНИЕМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ИЗБЫТОЧНЫМ ПОСТУПЛЕНИЕМ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ РЕСУРСОВ

В настоящее время ожирение признано ВОЗ новой хронической неинфекционной «эпидемией». По данным ряда американских педиатров, один подросток из четырех (25 %) страдает ожирением различной этиологии (К. Мехта). Современные исследователи указывают, что данная проблема становится еще более актуальной в связи с низкой эффективностью существующих методов лечения. Наряду с необходимостью снижения массы тела, подросткам с ожирением необходима психологическая поддержка, способствующая коррекции психоэмоционального статуса и улучшению качества жизни.

Цель исследования. Изучение психоэмоциональных особенностей у подростков, страдающих ожирением, обусловленным избыточным поступлением энергетических ресурсов.

С соблюдением принципов этики и деонтологии осуществлено комплексное (клиническое, психодиагностическое и социодемографическое) обследование 56 подростков в возрасте от 14 до 16 лет с документированным диагнозом «ожирение, обусловленное избыточным поступлением энергетических ресурсов» (Е 66.0).

Квалификацию нарушений психологического здоровья определяли на основании клинико-диагностических критериев, изложенных в руководствах, глоссариях психопатологических синдромов и состояний МКБ-10 класс XVIII рубрика R 45. Для оценки уровня тревожности у обследованных использовали методику «Выявление уровня тревожности у подростков».

У 93,0 % исследованных установлены нарушения психологического здоровья, соответствующие классу XVIII рубрики R 45 МКБ-10 «Симптомы и признаки, относящиеся к эмоциональному состоянию»: 30,3 % — нервозность (нервное напряжение) (R 45.0); 26,3 % — состояние тревоги в связи с неудачами и несчастьями (тревожное состояние) (R 45.2); 20,2 % — деморализация и апатия (R 45.3) и 19,6,2 % обследованных — раздражительность и озлобление (R 45.4). В ходе оценки уровня тревожности получены следующие результаты: по шкале школьной тревожности нормальный уровень регистрировался у 7,0 % обследованных с R 45.0, у 2,0 % с R 45.2 и у 29,0 % человек с R 45.4, несколько повышенный — у 27,0 %, 6,0 % и 60,0 % исследованных, соответственно; высокий уровень — у 55,0 % обследованных с R 45.0 и у 64,0 % с R 45.2; очень высокий — у 11,0 % исследованных с R 45.0, у 34,0 % с R 45.2 и у 2,0 % человек с R 45.4; чрезмерное спокойствие отмечалось у 100,0 % обследованных с R 45.3 и у 9,0 % лиц с R 45.4. По шкале самооценки нормальный уровень не регистрировался; несколько повышенный зафиксирован у 31,0 % обследованных с R 45.0, у 19,0 % с R 45.2 и у 91,0 % человек с R 45.4; высокий уровень — у 45,0 % исследованных с R 45.0 и у 49,0 % с R 45.2; очень высокий — у 24,0 % обследованных с R 45.0, у 32,0 % с R 45.2 и у 9,0 % человек с R 45.4; чрезмерное спокойствие отмечалось у 100,0 % исследованных с R 45.3. По шкале межличностной тревожности нормальный уровень регистрировался у 13,0 % обследованных с R 45.4, несколько повышенный — у 42,0 % исследованных с R 45.0, у 11,0 % с R 45.2 и у 81,0 % человек с R 45.4; высокий уровень — у 41,0 % обследованных с R 45.0 и у 61,0 % с R 45.2; очень высокий — у 17,0 % лиц с R 45.0, у 28,0 % с R 45.2 и у 6,0 % человек с R 45.4; чрезмерное спокойствие отмечалось у 100,0 % исследованных с R 45.3. Очень высокий уровень общей тревожности был достоверно выше в группах больных, у которых диагностирована рубрика R 45.2 и R 45.4; чрезмерное спокойствие у пациентов с R 45.3.

На основании полученных результатов исследования была разработана программа психологической коррекции выявленных психоэмоциональных нарушений у подростков, страдающих ожирением, обусловленным избыточным поступлением энергетических ресурсов, включающая в себя групповую и индивидуальную формы работы.

УДК 159.942:616.5-006

Гуменюк Л. Н., Рычкова И. В.

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского» (г. Симферополь)

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ МЕЛАНОЦИТАРНЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ КОЖИ В ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОДЫ

Крым является лидером по уровню распространенности меланомоцитарных новообразований кожи, каждый год регистрируется около 400 случаев заболеваемости. Современные исследователи указывают, что данная проблема становится еще более актуальной в связи с необходимостью разработки программы психологической поддержки данному контингенту, охватывающей все аспекты дерматологического заболевания и психоэмоциональных расстройств.

Цель исследования. Сравнительный анализ психоэмоционального состояния пациентов с невусом и меланомой кожи в пред- и послеоперационный периоды.

Осуществлено комплексное обследование 70 больных с доброкачественными меланомоцитарными новообразованиями кожи (из них 35 больных с невусами и 35 больных с меланомой). Для изучения степени выраженности депрессии использовали шкалу Бека, уровня выраженности личностной и ситуативной тревожности опросник Спилберга — Ханина. Уровень социального функционирования (СФ) оценивали с помощью

опросника SF-36. Исследовательскую работу осуществляли в два этапа: в пред- и послеоперационный периоды.

Анализ социально-демографических показателей позволил установить, что среди пациентов с невусами преобладали больные в возрасте от 15 до 25 лет, с меланомой — от 66 до 75 лет. По гендерным особенностям исследованные распределились следующим образом: среди пациентов с невусами чаще регистрировались мужчины (77,1 %) среди больных с меланомой — женщины (74,3 %). Заболеваемость меланоцитарными болезнями чаще встречалась у славянского этноса (в 94,3 % случаях), у лиц других национальностей лишь в 5,7 %. Среди сопутствующей патологии у пациентов с невусами отмечались заболевания органов желудочно-кишечного тракта, у больных с меланомой кожи — сердечно-сосудистая патология.

В ходе изучения психоэмоциональных особенностей пациентов с невусами и меланомой в предоперационном периоде получены следующие результаты: симптомы депрессивного расстройства отсутствовали у 45,7 % и у 25,7 %, соответственно; легкая степень выраженности депрессии по шкале Бека регистрировалась у 37,1 % обследованных с невусами и у 40,1 % с меланомой; умеренная — у 17,1 % и 34,2 % исследованных, соответственно. По показателю «личная тревожность» достоверных различий между группами не регистрировалось (средний балл составил 37,1 и 38,5 соответственно), по показателю «ситуативная тревожность» у больных с невусами средний балл был равен 49,1, у пациентов с меланомой — 46,2 балла.

Физический компонент качества жизни (КЖ) в группе больных с невусами составлял 89,1 балла, с меланомами — 84,6; психический компонент КЖ — 84,4 и 76,7 балла, соответственно. При этом в обеих группах в наибольшей степени страдал показатель «эмоциональное состояние».

В послеоперационном периоде регистрировалось снижение степени выраженности депрессии как у больных с невусами, так и у пациентов с меланомами: симптомы депрессивного расстройства отсутствовали у 80,2 % и 40,1 % лиц, соответственно ($p < 0,05$); легкая степень выраженности депрессии наблюдалась у 17,1 % обследованных с невусами и у 51,4 % пациентов с меланомой ($p < 0,05$).

Более выраженное достоверно значимое уменьшение выраженности личностной и ситуативной тревожности отмечалось в группе обследованных с невусами (средний балл был равен 24,7 и 25,2, соответственно) в сравнении с больными меланомой (средний балл составил 32,1 и 32,5, соответственно) ($p < 0,05$). Физический компонент КЖ в группе больных с невусами был равен 99,8 % балла, с меланомами — 95,5 %; психический компонент КЖ — 89,5 % и 88,9 балла, соответственно ($p < 0,05$).

На основании полученных результатов исследования нами разработан комплекс психопрофилактических и психокоррекционных мероприятий, направленный на нивелирование тревожной и депрессивной симптоматики, улучшение уровня социального функционирования у больных с доброкачественными меланоцитарными новообразованиями кожи с учетом клинических особенностей основного заболевания и сопутствующей патологии.

УДК 159.98:616.31:614.25:316.3

Гуменюк Л. Н., Савчук Е. О., Ничипор Е. С., Табачная А. А.
ГУ «Крымский государственный медицинский университет
имени С. И. Георгиевского» (г. Симферополь)

ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ И ВРАЧЕБНОГО СТАЖА

Актуальной проблемой врачебной практики является феномен эмоционального выгорания. По данным исследований группы психологов из Манчестерского университета в шкале стрессов по 150 профессиям врачи-стоматологи заняли четвертое место (7,3 балла после шахтеров, полицейских, журналистов и строителей). Согласно другим исследованиям, стоматологи болеют в 2,5 раза больше невротическими расстройствами пограничного уровня, чем врачи других профессий. Высокий уровень стрессовых факторов, воздействующий на стоматолога, необходимость установления эмоционального контакта с каждым пациентом для достижения комплаенса, высокий уровень ответственности за выполненную работу являются факторами, предрасполагающими к возникновению эмоционального выгорания у врачей-стоматологов.

Целью нашего исследования было выявление врачей-стоматологов с синдромом эмоционального выгорания (СЭВ),

определение его стадии, ведущего симптома, выявление депрессивных и близких к ним состояний с учетом гендерных особенностей и врачебного стажа.

В исследовании приняли участие 50 врачей-стоматологов, из них — 23 мужчины (22 %) и 27 женщин (78 %). Средний возраст обследованных составил 37,2 года. Характеристика выборки по врачебному стажу была следующей: 10 человек со стажем до 5 лет (20 %), 6 человек (12 %) — от 5 до 10 лет и 34 человека (68 %) со стажем более 10 лет.

Для выполнения поставленных целей мы использовали методику диагностики уровня эмоционального выгорания В. В. Бойко и методику дифференциальной диагностики депрессивных состояний Зунге в адаптации Т. И. Балашовой.

В результате исследования были выявлены симптомы эмоционального выгорания у 54 % респондентов, среди них 18 % мужчин (м) и 36 % женщин (ж). В фазе напряжения находилось 3,7 % с симптомом неудовлетворенности собой, в фазе резистенции находилось 92,6 % респондентов, а в стадии истощения — 3,7 % с симптомом деперсонализации. Фаза резистенции характеризовалась следующим распределением симптомов: симптом редукции выявился у 8 % (4 % — м, 4 % — ж), симптом неадекватного избирательного эмоционального реагирования у 72 % (28 % — м, 44 % — ж), симптом расширения сферы экономики эмоций у 4 % — ж, симптом эмоционально-нравственной дезориентации у 16 % (15 % — м 1 % — ж). В группе стоматологов со стажем до 5 лет эмоциональное выгорание было выявлено у 44,4 % респондентов, в группе со стажем 5—10 лет — у 71,4 %, а в группе со стажем более 10 лет — у 52,9 %.

Проведенное исследование выявило, что значительная часть врачей-стоматологов (54 %) находилась на разных стадиях развития синдрома эмоционального выгорания. Соотношение женщин и мужчин с данным феноменом 2:1. Большинство врачей (92,6 %) были в стадии резистенции, среди них наиболее частым (72 %) являлся симптом неадекватного избирательного эмоционального реагирования.

Анализ распространенности СЭВ в зависимости от гендерных особенностей и врачебного стажа исследованных показал, что удельный вес распространенности данного феномена выше среди врачей-стоматологов женского пола и в группе лиц со стажем 5—10 лет. На основании полученных данных разработана система психокоррекции СЭВ у данного контингента с использованием рациональной индивидуальной психотерапии (Dubois P., 1905), аутогенной тренировки (J. Schultz, 1932), рационально-эмоциональной (A. Ellis, 2002), психодрамы стилевых механизмов психологических защит (Wolfgang, 1982), позитивной психотерапии (Nossrat Peseschkian, 1996), арт-терапии (Бурно М. Е., 2009; Копытин А. И., 2010; Гуменюк Л. Н., 2011).

УДК 616.89:159.942-053.5

Гуменюк Л. Н., Курт-Умерова Ф. Н., Эннанова Л. Д.,
Василькевич Ю. К., Мамбетова Ф. С.

ГУ «Крымский государственный медицинский университет
имени С. И. Георгиевского» (г. Симферополь)

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У УЧАЩИХСЯ МЛАДШЕЙ ШКОЛЫ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ДЕСИНХРОНИЗАЦИЕЙ РИТМОСТАЗА

Современными исследователями указывается, что перевод часов на летнее время оказывает «огромное влияние» на возникновение психических расстройств, в частности, повышение уровня депрессивных расстройств (Г. Симуткин, Н. Корнетов). По данным анкетного опроса населения, проведенного Новосибирским областным центром медицинской профилактики, 56 % населения отметили выраженные негативные реакции при переводе часов. Т. Матковская отмечала ухудшение состояния детей в яслях и детских садах в течение первых 2—3 месяцев после перевода часов, почти все из них впадали в депрессивное состояние либо становились неуправляемыми. Исследования последствий десинхронизации вследствие перевода часов на летнее время у учащихся младшей школы приобретают особую актуальность, так как растущий организм наиболее чувствителен к повреждающим воздействиям и, в первую очередь, реагирует изменениями ритмостаза.

Цель исследования — изучить эмоциональные особенности у учащихся младших классов, обусловленные десинхронизацией ритмостаза.

В исследовании приняли участие 220 учащихся младших классов в возрасте от 7 до 9 лет. Основным методом исследования был психодиагностический.