



СИБИРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

Депрессия у студентов: как не перегореть на учебе, как понять, что пора обратиться за помощью к специалистам

И.о. зав. кафедрой
фундаментальной
психологии и поведенческой
медицины,
доктор медицинских наук

Корнетов Александр Николаевич
<https://twitter.com/AKornetov>
<https://www.instagram.com/alexander.kornetov>



Стратегическая академическая единица «Интегративные подходы к общественному здоровью и здравоохранению»

- <https://www.researchgate.net/lab/Integrative-Approaches-to-Public-Health-and-Healthcare-Olga-Zvonareva>
- <https://www.facebook.com/intzdrav>
- <https://vk.com/intzdrav>
- https://twitter.com/Int_Health_SSMU



План лекции

- введение
- распознавание
- этиопатогенез
- вмешательства
- как не перегореть



СИБИРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

Введение



Катастрофа под Динь-ле-Беном



24 марта 2015 года рейс бюджетной авиакомпании Germanwings (Lufthansa Group, аффилированный член глобального авиационного альянса пассажирских перевозок Star Alliance) 4U9525 Барселона, Эль-Прат (BCN) – Дюссельдорф (DUS), Airbus A320-211, борт D-AIPX, серийный номер 0147 потерпел крушение. Обломки самолёта были обнаружены в гористой местности Альп Верхнего Прованса на высоте около 1500 метров над уровнем моря между городами Динь-ле-Бен и Барселоннет (в 17 км от последнего), в 100 км от Ниццы (Франция). Все находившиеся на борту 150 человек погибли.





Андреас Любиц



Второй пилот Андреас Любиц умышленно перевёл самолёт в режим снижения. При этом он находился в кабине пилотов один, так как командир экипажа, передав управление, ненадолго покинул кабину. Позже командир воздушного судна пытался вернуться назад, но безрезультатно – дверь в кабину была заблокирована изнутри. До момента столкновения с землёй второй пилот хранил молчание, не выходил на связь с диспетчером и не отвечал на его повторяющиеся вызовы. Судя по записи бортового самописца, его дыхание было нормальным.



История болезни

Любиц начал испытывать проблемы со здоровьем, в частности, он страдал расстройством настроения с 2008 года. В процессе болезни неоднократно отмечались суицидальные тенденции. Пусковым механизмом депрессии послужили переезд из дома и разлука с девушкой. 10 марта 2015 года летчик отправил сообщение по электронной почте одному из своих лечащих врачей, где писал: «максимальный отрезок сна ночью составляет два часа». Он также рассказал, какие антидепрессанты принимает, и спрашивал, что ему сделать для нормализации сна. В течение нескольких месяцев перед катастрофой Любиц посетил более 40 врачей. Любицу рекомендовали госпитализацию в психбольницу за две недели до катастрофы.



14 ноября 2016 года трагедия в Псковской области

Погибли два подростка в поселке Струги Красные



Posts by Katerina



Katerina Vlasova
four hours ago

Я не в заложниках,
Это мой осознанный выбор.

255 21



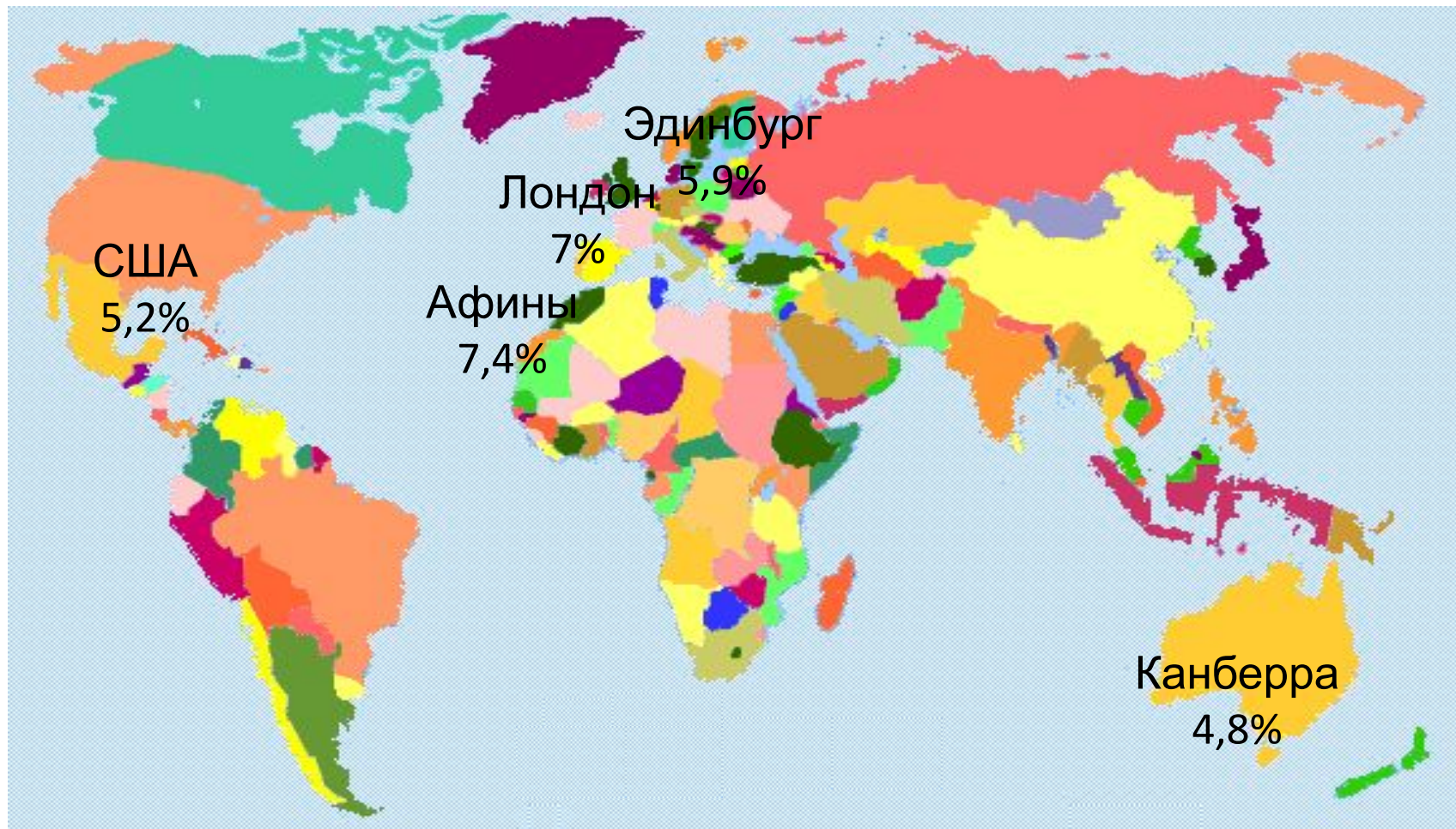
Katerina Vlasova
today at 10:16 am

Я вас любила,
Но вы сами не заметили того, как разрушили мою психику и жизнь.
Прощайте все и друзья, и семья, и знакомые.
Не волнуйтесь, уходить буду красиво.
Удачи всем в своей жизни и пожалуйста, не бойтесь жить так как хотите или считаете нужным.
Жизнь в свое удовольствие - это наилучшая жизнь.
Люблю вас

252 30



Распространенность аффективных расстройств в мире в течение одного месяца



Üstün T.B., Sartorius N. Public health aspects of anxiety and depressive disorders // *Int. Clin. Psychopharmacol.* – 1993. – Vol. 8, Suppl. 1. – P. 15-20.



Распространенность депрессивных расстройств в медицинской практике

- депрессивные расстройства в первичной медицинской сети - средняя распространенность более 10%
- распространенность депрессивных расстройств при соматических заболеваниях выше – от 22 до 33% среди стационарных пациентов и варьирует при различных заболеваниях
- распространенность депрессивных расстройств среди населения будет увеличиваться

ВПА/ПТД Образовательная программа по депрессивным расстройствам



Распространённость депрессивных расстройств в общей медицинской практике

УДК 616.892-02:616.11/4-07

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПРОФИЛЬНЫХ ОТДЕЛЕНИЯХ СОМАТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Н. А. Корнетов, А. Н. Корнетов, Г. А. Попова

Сибирский государственный медицинский университет,
НИИ фармакологии Томского научного центра СО РАМН, Томск

Распространенность депрессии в соматическом стационаре – 18,1%, что сопоставимо с результатами других исследований (Мосолов С.Н., 1995; Смулевич А.Б. с соавт., 1999; Вейн А. М. с соавт., 2002; Катаева Н.Г., Левина А.Ю., 2003; Robinson R.G. et al., 1983; Schleifer S.J. et al., 1989; Katon W., Sullivan M.D., 1990; Ma J. et al., 2006; Barth J., Martin C.R., 2005; Härter M. et al., 2005; Henderson M., Tannock C., 2005).

После радикального изменения систематики и диагностических критериев аффективных расстройств в DSM-III (14) с уточнениями в дальнейших международных классификациях (15, 27) оказалось, что распространенность одиночных депрессивных эпизодов, рекуррентной депрессии, биполярных расстройств настроения имеют значительно более широкое распространение (6, 8, 24–25), чем это представлялось ранее в рамках унитарной концепции классификации маниакально-депрессивного психоза (20). Кроме того, к собственно аффективной патологии приближаются расстройства депрессивного спектра: смешанное тревожно-депрессивное расстройство, депрессивные и тревожно-депрессивные реакции в рамках расстройств адаптации и субсиндромальные симптоматические депрессии, которые отдельно рассматриваются в последние годы (17). Таким образом, таксономическая иерархическая система аффективных расстройств от центрального понятия – большой депрессии постепенно продвигается в сторону выделения все более дискретных подтипов, также вызывающих состояние хронического дистресса людей, страдающих ими, а также снижение качества жизни и уровня социального функционирования (19).

Это подтверждается данными А.Б.Смулевича (12), согласно которым доля инвалидов по соматическому заболеванию при коморбидной депрессии значительно превышает соответствующий показатель для группы соматически больных в целом. Материалы Всемирной психиатрической ассоциации и Международного комитета по профилактике и терапии депрессивных расстройств также указывают на важность распознавания депрессивных расстройств при соматических заболеваниях (2). Широкий разброс данных о распространенности депрессивных расстройств при соматических болезнях, недостатки валидированных оценок не должны закрывать от врачей самое очевидное. Практикующие врачи, которые лечат соматических больных, и специалисты по определенным соматическим заболеваниям часто наблюдают пациентов, имеющих коморбидные депрессивные симптомы и расстройства. Эти депрессивные нарушения/расстройства могут значительно повысить уровень нетрудоспособности, первично вызванный соматическим заболеванием (23). Поэтому знание распространенности депрессивных расстройств и понимание клинических характеристик, которые способны дифференцировать симптомы депрессии от симптомов соматического заболевания, могут облегчить тактику ведения таких пациентов, что обеспечит большую эффективность лечебных мероприятий.

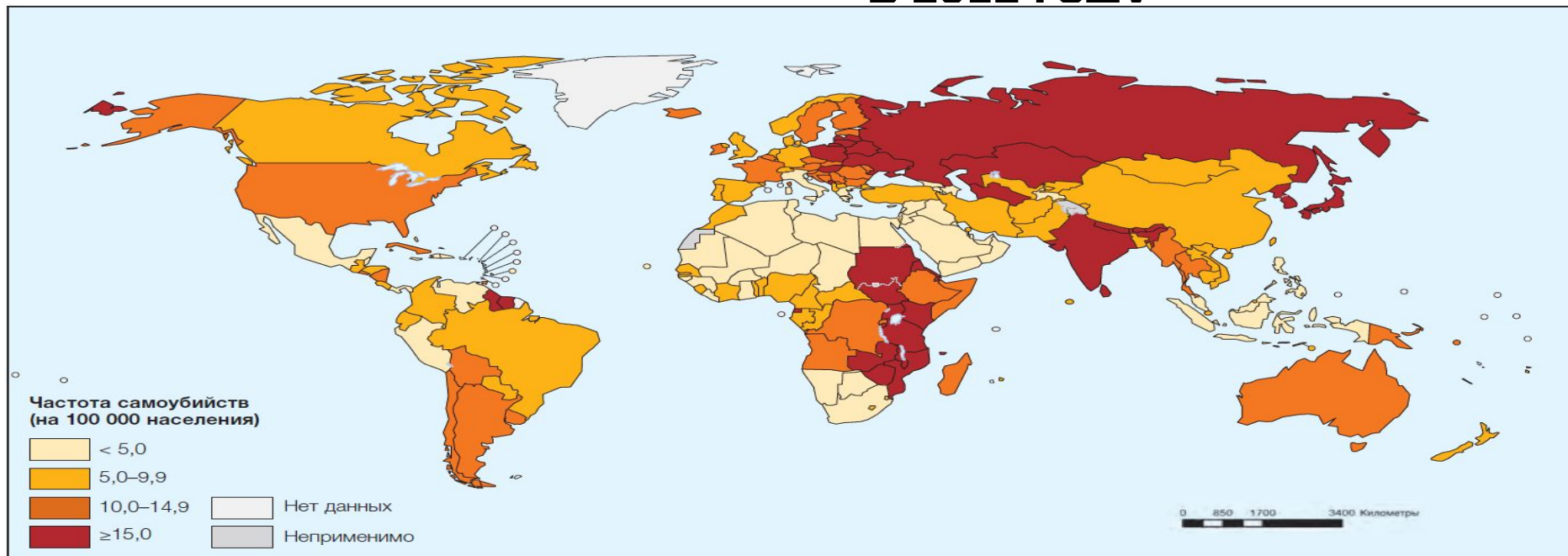
Современные подходы в клинической эпидемиологии предусматривают, что изучение распространенности, особенностей клинических проявлений и течения тех или иных заболеваний в дифференцированных популяциях больных дает возможность клиницисту более ясно представлять, с какой частотой он будет встречаться с конкретным заболеванием на разных уровнях оказания помощи в системе общественного здравоохранения. Второй ключевой момент клинической эпидемиологии заключается в том, что доказательно изученные выборки пациентов с определенными клиническими особенностями проявлений болезни в типичных ситуациях и в дифференцированных популяциях больных дают возможность более четко распознавать заболевание, оценивать его клинические особенности, течение, прогноз и применять адекватную терапию (13). Распространенность депрессии в соматических стационарах и различается, прежде всего, в зависимости от тяжести и особенностей соматических заболеваний, составляя по данным различных наблюдений от 18 до 33% (1, 3, 5, 7, 10, 18, 21, 22, 28).

Целью настоящего исследования являлась оценка распространенности депрессивных и других психических расстройств в их соотношении в отделениях различного профиля клиник НИИ фармакологии Томского научного центра СО РАМН. При этом, были также поставлены задачи провести сравнение распределения депрессивных и других психических

Корнетов Н.А., Корнетов А.Н., Попова Г.А. Сравнительная оценка распространенности депрессивных расстройств в профильных отделениях соматического стационара // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. Т. 15. Вып. 3. С. 30-34.



Глобальная распространенность самоубийств в 2012 году



804 000
случаев

11,4 случая на 100 000
населения

15,0 / 100 000 среди

МУЖЧИН

8,0 / 100 000 среди

ЖЕНЩИН

Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization, 2014.



Глобальная распространенность суицидальных попыток

На каждого погибшего от самоубийства приходится свыше 20 человек, совершивших суицидальную попытку, то есть каждый год совершается более 16 000 000 суицидальных попыток

Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization, 2014.



Суицидальное поведение

СУИЦИДОЛОГИЯ



ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОСОБОГО ТИПА
«ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ»

Профилактика суицидального
поведения в учебных заведениях

Методические рекомендации
для педагогов и кураторов

Томск - 2013

Суицидальное поведение
имеет генетическую связь с
депрессией

*Корнетов А.Н., Шелехов И.
Л., Силаева А.В., Толстолес
Е.С., Морева С.А., Линок Е.А.
Профилактика*

*суицидального поведения в
учебных заведениях.*

*Методические
рекомендации для
педагогов и кураторов.*

*Томск: ООО «Рекламная
группа Графика». 2013. 56 с.*

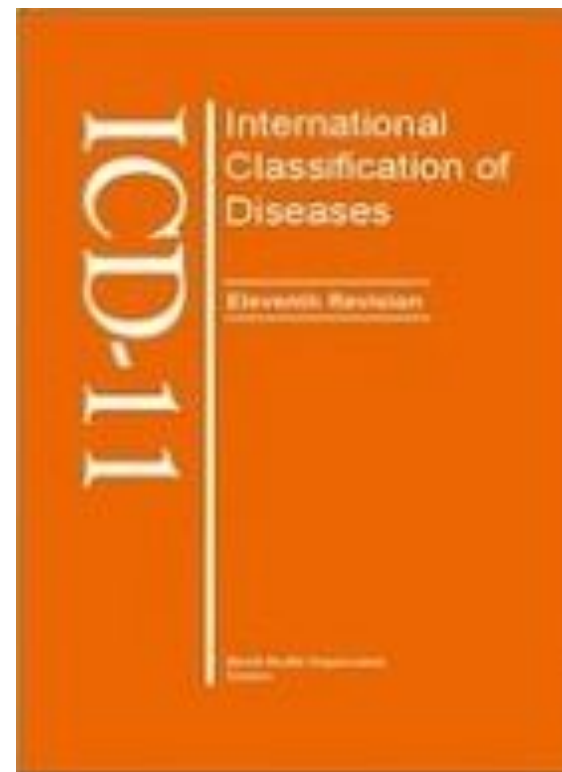
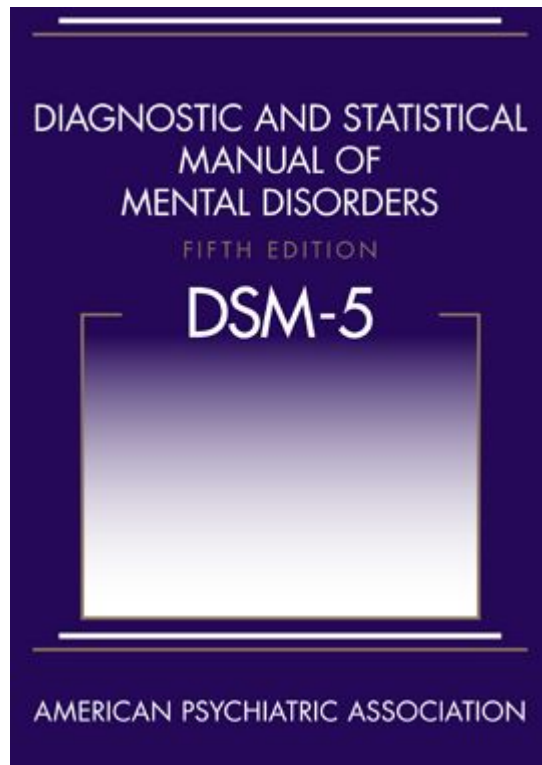
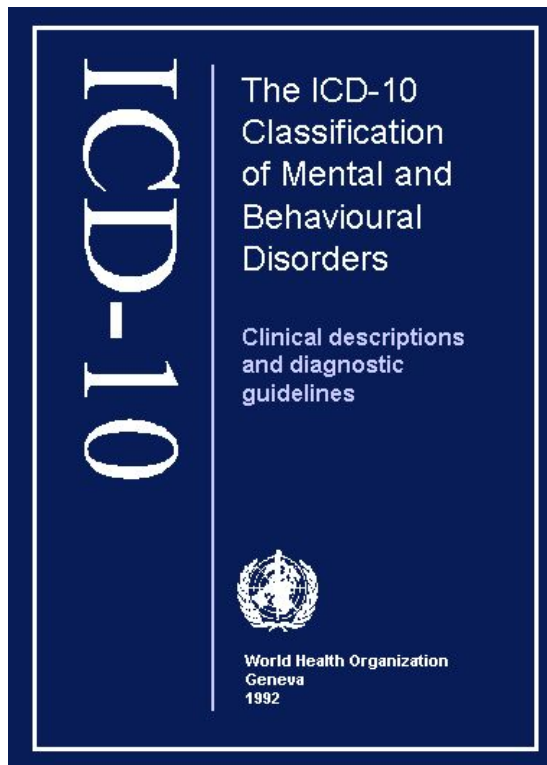
*Шелехов И. Л, Каштанова Т. В.,
Корнетов А. Н., Толстолес Е. С.
Суицидология: учебное пособие.
Томск: Сибирский
государственный медицинский
университет, 2011. 203 с.*



Распознавание



Диагностика депрессии





СИБИРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

Диагностика и классификация психических и поведенческих расстройств в аспекте общественного здоровья

6

PUBLIC HEALTH ASPECTS OF DIAGNOSIS AND CLASSIFICATION OF MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS

Refining the Research Agenda
for DSM-5 and ICD-11

Edited by

Shekhar Saxena, M.D.
Patricia Esparza, Ph.D.
Darrel A. Regier, M.D., M.P.H.
Benedetto Saraceno, M.D.
Norman Sartorius, M.D., Ph.D.

EDUCATION AND TRAINING

Horst Dilling
Aksel Bertelsen
John Cooper
Patricia Esparza
Michael B. First
Rafia Gubash
Fritz Hohagen
Alexander Kornetov
Srinivasa Murthy
Olabisi Odejide

General Considerations

CONFERENCE EXPERT GROUP FOR EDUCATION AND TRAINING

The Conference Expert Group (CEG) for Education and Training is in a different situation compared with most of the other CEGs. Whereas other groups discuss clinical studies and systematic descriptive evidence, this CEG discusses education and training activities that can facilitate introduction of the new and revised diagnostic and classification systems into the field, activities that tend to be subject to local policy and clinical customs and practices. At the moment, little scientific evidence exists on the effectiveness of educational and training activities pertaining to diagnostic and classification systems. Hence, this chapter details a descriptive and historical account of education and training activities pertaining to earlier diagnostic and classification systems.

143

"This book reviews different perspectives on how the public health utility of the diagnosis and classification of mental disorders can be improved, addressing the requirements of cross-cultural relevance, applicability in different contexts, and accessibility to various stakeholders. Developed as part of a joint WHO-APIRE venture, it will hopefully contribute to addressing the limitations of current diagnostic systems, especially when these systems are applied outside clinical settings, and promote their harmonization."

Mario Maj, M.D., Department of Psychiatry,
University of Naples SUN, Naples, Italy

The classification of diagnostic criteria for mental illnesses is a topic of worldwide importance. *Public Health Aspects of Diagnosis and Classification of Mental and Behavioral Disorders* provides mental health service planners, clinicians, and researchers with a better understanding of how the current state of mental health classification and diagnosis impacts public health care. In addition, it identifies how changes to our psychiatric diagnostic system could help international mental health programs better serve their patients and other stakeholders.

This collection of technical reviews was presented at the World Health Organization–American Psychiatric Institute for Research and Education conference "Public Health Aspects of Diagnosis and Classification of Mental Disorders," one in a series of conferences collectively entitled "The Future of Psychiatric Diagnosis: Refining the Research Agenda." The objective of the conference was to review the public health implications of diagnosis and classification of mental disorders, and as such, the material is relevant to the ongoing development of the fifth edition of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) as well as the 11th revision of the *International Classification of Diseases* (ICD-11).

This work is fundamental to the history of psychiatric classification and indispensable to those seeking to understand not only the development of nosological systems but the effects they have on patient populations around the world.



World Health
Organization



www.psych.org

Dilling H., Bertelsen A., Cooper J., Esparza P., First M.B., Gubash R., Hohagen F., Kornetov A., Murthy S., Odejide O. Education and training // Public Health Aspects of Diagnosis and Classification of Mental and Behavioral Disorders: Refining the Research Agenda for Dsm-5 and ICD-11 / S. Saxena et al. WHO, 2012. P. 143-159.



Семейство МКБ-10

ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

- Правила отчётности
- Другие схемы общественно обоснованной информации в здравоохранении

АДАПТАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОГО НАЗНАЧЕНИЯ

- Психиатрия
- Неврология
- Дерматология и пр.

МЕЖДУНАРОДНАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ И СВЯЗАННЫХ СО ЗДОРОВЬЕМ ПРОБЛЕМ

ЧЕТЫРЁХЗНАЧНАЯ СУТЬ КЛАССИФИКАЦИИ ICD

- Диагнозы
- Симптомы
- Отклонения в лабораторных данных
- Травмы и отравления
- Внешние причины заболеваемости и смертности
- Факторы, влияющие на состояние здоровья

Краткий перечень

Четырёхзначная классификация ICD

ДРУГИЕ КЛАССИФИКАЦИИ, ОТНОСЯЩИЕСЯ К СОСТОЯНИЮ ЗДОРОВЬЯ

- Травмы, нетрудоспособность и дефекты
- Процедуры
- Причины затруднений

МЕЖДУНАРОДНАЯ НОМЕНКЛАТУРА БОЛЕЗНЕЙ (IND)



Семиотика депрессивных симптомов

- типичные
- другие
- дополнительные
- соматические

World Health Organization ICD-10: Classification of Mental and Behavioural Disorders – Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: WHO, 1992.



Типичные симптомы

- сниженное настроение
- утрата интересов и удовольствия
- снижение энергичности, приводящее к повышенной утомляемости и сниженной активности

World Health Organization ICD-10: Classification of Mental and Behavioural Disorders – Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: WHO, 1992.



Сниженное настроение

Настроение, которое может быть выражено по-разному – печалью, страданием, упадком духа, неспособностью чему-нибудь радоваться, мрачностью, подавленностью, ощущением уныния и т.д.; это состояние становится патологическим, когда оно непрерывно, всепроникающе, болезненно или неадекватно жизненным обстоятельствам индивида

Isaac M., Janca A., Sartorius N. The ICD-10 symptom glossary for mental disorders. – Geneva: WHO, 1994.



Утрата интересов и удовольствия

Понижение или потеря интересов или чувства удовольствия в условиях обычно приятной деятельности; некоторые интересы либо снижаются, либо уменьшается их значение для индивида; степень снижения должна быть измерена в контексте размера и глубины обычной деятельности индивида; потеря способности получать удовольствие от в норме приятной деятельности; часто индивид не способен к предвкушению удовольствия

Isaac M., Janca A., Sartorius N. The ICD-10 symptom glossary for mental disorders. – Geneva: WHO, 1994.



Снижение энергичности, приводящее к повышенной утомляемости и сниженной активности

Ощущение усталости, слабости или истощения; также ощущение утраты способности встать и идти или потери энергии; начать дело, физическое или интеллектуальное представляется особенно трудным или даже невозможным

Isaac M., Janca A., Sartorius N. The ICD-10 symptom glossary for mental disorders. – Geneva: WHO, 1994.



Другие симптомы

- сниженная способность к сосредоточению и вниманию
- сниженные самооценка и чувство уверенности в себе
- идеи виновности и самоуничижения
- мрачное и пессимистическое видение будущего
- идеи или действия по самоповреждению или суициду
- нарушенный сон
- сниженный аппетит

World Health Organization ICD-10: Classification of Mental and Behavioural Disorders – Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: WHO, 1992.



Сниженная способность к сосредоточению и вниманию

Неспособность мыслить ясно; больной обеспокоен и жалуется, что его/её мозг менее эффективен, чем нормальный; он/она не способен принять лёгкого решения даже по простым вопросам, будучи не в состоянии удержать одновременно необходимые элементы информации в своём сознании; затруднение концентрации проявляется в неспособности фокусировать мысли или обращать внимание на те предметы, которые этого требуют

Isaac M., Janca A., Sartorius N. The ICD-10 symptom glossary for mental disorders. – Geneva: WHO, 1994.



Сниженные самооценка и чувство уверенности в себе

Утрата веры в собственные способности и квалификацию и предчувствие неловкости и неудач в вопросах, зависящих от уверенности в себе, особенно в социальных взаимоотношениях; налицо также ощущение приниженности по отношению к другим и даже малоценности

Isaac M., Janca A., Sartorius N. The ICD-10 symptom glossary for mental disorders. – Geneva: WHO, 1994.



Идеи виновности и самоуничужения

Излишняя озабоченность каким-либо действием в прошлом, вызывающим болезненное ощущение, неадекватное и неконтролируемое; индивид может проклинать себя за какую-то мелкую неудачу или ошибку, которую большинство людей не приняло бы всерьёз; он осознаёт, что вина преувеличена или это чувство держится чрезмерно долго, но не может ничего с этим поделать; иногда чувство вины может быть связано с действиями или ошибками, действительно имевшими место; однако чувство вины чрезмерно велико; в более интенсивной форме индивид распространяет чувство собственной виновности на всё, что происходит плохого в его/её окружении; когда вина приобретает бредовые пропорции, индивид ощущает себя ответственным за все грехи мира.

Isaac M., Janca A., Sartorius N. *The ICD-10 symptom glossary for mental disorders.* – Geneva: WHO, 1994.



Мрачное и пессимистическое видение будущего

Мрачный взгляд на будущее независимо от реальных обстоятельств; личные и общественные дела могут быть заброшенными из-за чувства безнадежности будущего; пессимизм в связи с будущим может быть очевидной причиной суицидальных мыслей и поступков

Isaac M., Janca A., Sartorius N. The ICD-10 symptom glossary for mental disorders. – Geneva: WHO, 1994.



Идеи или действия по самоповреждению или суициду

Постоянные мысли о причинении себе вреда с упорным обдумыванием или планированием способов для этого; о серьёзности намерения можно судить по осведомлённости индивида о летальности выбранного метода, попыткам скрыть суицидальные намерения и поступки, указывающие на уверенность, что попытка будет успешной, например, посмертная записка

Isaac M., Janca A., Sartorius N. The ICD-10 symptom glossary for mental disorders. – Geneva: WHO, 1994.



Нарушенный сон

- периоды пробуждения между начальным и конечным периодами сна
- раннее пробуждение после периода ночного сна, т.е. индивид после этого не засыпает снова
- нарушение цикла сна-бодрствования – индивид бодрствует почти всю ночь и спит днём
- гиперсомния – состояние, при котором продолжительность сна, по крайней мере, на два часа дольше обычной, представляя собой определённое изменение обычного характера сна

Isaac M., Janca A., Sartorius N. The ICD-10 symptom glossary for mental disorders. – Geneva: WHO, 1994.



Сниженный аппетит

Пониженный аппетит, ведущий к потере веса на 5% или более обычного веса тела

Isaac M., Janca A., Sartorius N. The ICD-10 symptom glossary for mental disorders. – Geneva: WHO, 1994.



Депрессия: диагностические критерии

Симптомы депрессии должны продолжаться не менее 2-х недель

- **А. Типичные симптомы**

- Депрессивное настроение почти ежедневно и большую часть дня, которое не зависит от ситуации
- Отчетливое снижение интереса или удовольствия от деятельности, которая была ранее приятна
- Снижение энергии и повышенная утомляемость

- **Б. Другие симптомы**

- Снижение уверенности и самооценки
- Чрезмерное и неадекватное самоосуждение и самообвинение
- Мысли о смерти, самоубийстве, суицидальные попытки
- Снижение концентрации внимания, памяти, чрезмерная нерешительность
- Ажитация или заторможенность
- Нарушения сна любого типа
- Изменение аппетита с соответствующим изменением веса тела



Дополнительные симптомы

- тревога
- отчаяние
- двигательная ажитация
- раздражительность
- чрезмерное употребление алкоголя
- истерическое поведение
- обострение предшествовавших фобических или навязчивых симптомов
- ипохондрические идеи

World Health Organization ICD-10: Classification of Mental and Behavioural Disorders – Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: WHO, 1992.



Соматические симптомы

- утрата интересов и удовольствия от деятельности, которая в норме доставляет удовольствие
- утрата эмоциональной реактивности на окружение и события, которые в норме приятны
- пробуждение по утрам на 2 или более часа раньше, чем в обычное время
- депрессия тяжелей в утренние часы

World Health Organization ICD-10: Classification of Mental and Behavioural Disorders – Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: WHO, 1992.



Соматические симптомы (продолжение)

- объективные данные о четкой психомоторной заторможенности или ажитации (отмеченной посторонним человеком)
- четкое снижение аппетита
- потеря в весе (5% потеря в весе в течение последнего месяца)
- выраженное снижение либидо

World Health Organization ICD-10: Classification of Mental and Behavioural Disorders – Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: WHO, 1992.



Депрессивные расстройства

- депрессивный эпизод
- рекуррентное депрессивное расстройство
- биполярное аффективное расстройство
- дистимия

World Health Organization ICD-10: Classification of Mental and Behavioural Disorders – Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: WHO, 1992.



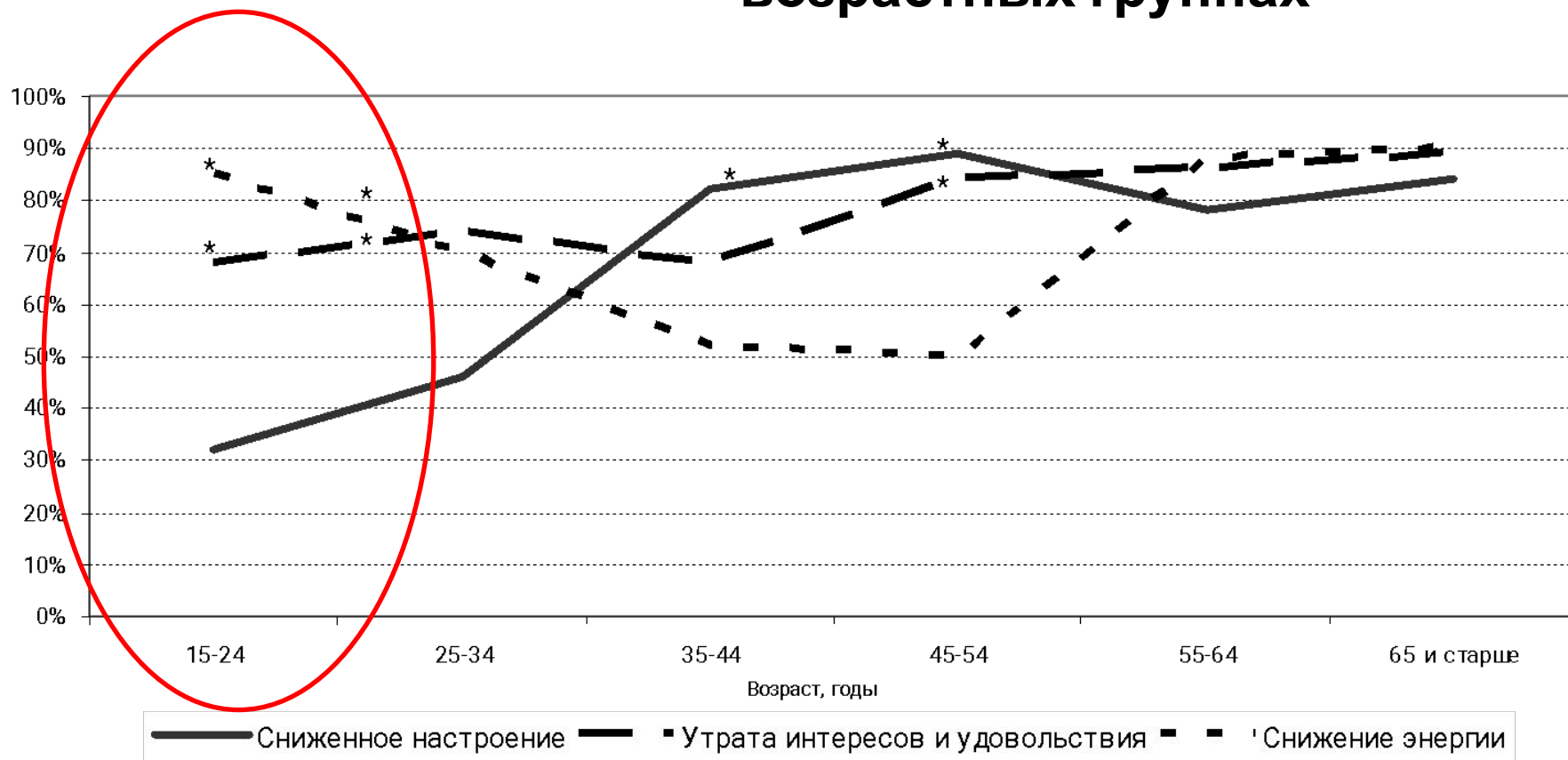
Депрессия у студентов

Рандомизированная выборка (n=600) из общей группы пациентов (n=855), обследованных в территориальных поликлиниках, соматическом стационаре, санатории и социальном центре; в каждой возрастной группе (15-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 года, 65 лет и старше) оказалось по 100 пациентов; всего 180 мужчин (30%) и 420 женщин (70%); анализировались частоты встречаемости основных, добавочных, дополнительных и соматических симптомов депрессии в зависимости от возрастной фазы, особенности терапевтического ответа для различных возрастных групп пациентов, обращавшихся за помощью вне пределов психиатрической службы

Корнетов А.Н. Онтогенетические аспекты депрессивных расстройств // Журн. неврологии и психиатрии. 2003. Вып. 8. С. 80-81.



Частота встречаемости основных симптомов депрессии в разных возрастных группах



* обозначены данные с достоверностью $p < 0,001$



Частота других симптомов депрессии в разных возрастных группах, %

Возраст, годы	ССВ	СС	ИВУ	ПВБ	СМД	НС	СА
1. 15-24	67*	20	45	34	56	41	25
2. 25-34	69*	25	42	48	45	48	34
3. 35-44	72*	49	52	56	48	51	36
4. 45-54	65*	50	67	45	56	66	41
5. 55-64	66*	49	55	67	67*	78*	45
6. 65 лет и старше	87*	72	72	77	75*	94*	56

Примечание. * обозначены данные с достоверностью $p < 0,001$.

ССВ – сниженная способность к сосредоточению и вниманию;
СС – сниженные самооценка и чувство уверенности в себе; ИВУ
– идеи виновности и уничижения; ПВБ – мрачное и
пессимистическое видение будущего; СМД – идеи или действия
по самоповреждению или суициду; НС – нарушенный сон; СА –
сниженный аппетит



Частота дополнительных симптомов депрессии

в разных возрастных группах, %

Возраст, годы	Т	О	ДА	Р	ЧУА	ИП	ОФН	ИИ
1. 15-24	43*	22	30	53*	27	25	33	12
2. 25-34	52*	18	22	47	25	23	30	29
3. 35-44	58*	21	25	22	28	12	22	30
4. 45-54	64*	33	20	27	22	7	11	28
5. 55-64	65*	39	23	42	10	11	11	41*
6. 65 лет и старше	72*	45	34	63*	6	34	29	69*

Примечание. * обозначены данные с достоверностью $p < 0,001$. Т – тревога; О – отчаяние; ДА – двигательная ажитация; Р – раздражительность; ЧУА – чрезмерное употребление алкоголя; ИП – истерическое поведение; ОФН – обострение предшествовавших фобических или навязчивых симптомов; ИИ – ипохондрические идеи



Частота соматических симптомов депрессии

в разных возрастных группах, %

Возраст, годы	УИ у	УЭР	РП	УП у	ПЗА	СА	ПВ	СЛ
1. 15-24	68*	47*	29*	9	45*	25*	19**	4
2. 25-34	74*	49*	34**	19	34**	34**	22	14
3. 35-44	68*	43**	40***	30	37***	36	23	22
4. 45-54	84*	45***	47***	28	29	41	27	54**
5. 55-64	86*	47***	50***	29	32	45	30	76*
6. 65 лет и старше	89*	48**	58*	27	44	38*	37	82*

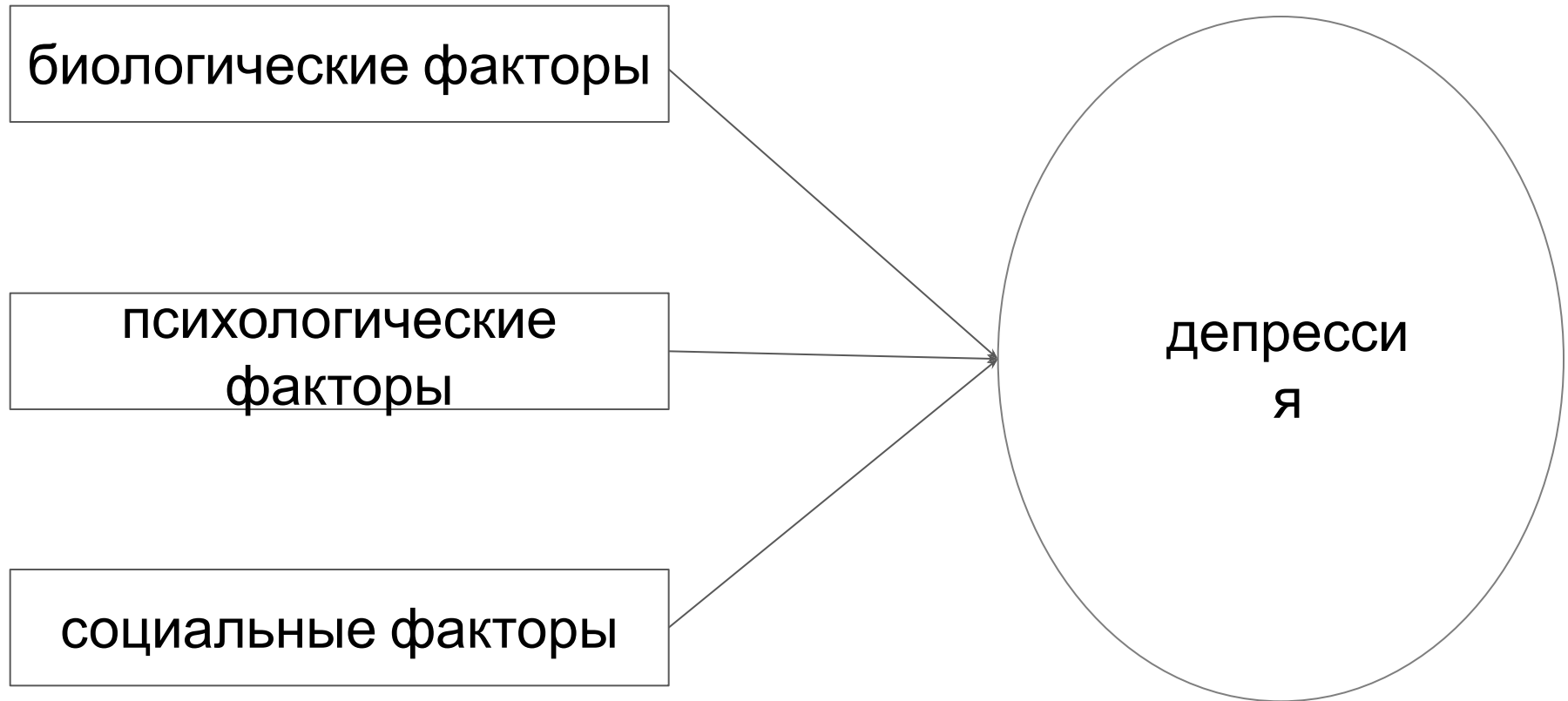
Примечание. * обозначены данные с достоверностью $p < 0,001$; ** обозначены данные с достоверностью $p < 0,01$; *** обозначены данные с достоверностью $p < 0,05$. УИУ – утрата интересов и удовольствия; УЭР – утрата эмоциональной реактивности; РП – ранние пробуждения; УПУ – усиление подавленности по утрам; ПЗА – психомоторная заторможенность или ажитация; СА – снижение аппетита; ПВ – потеря в весе; СЛ – снижение либидо



Этиопатогенез



Этиология и патогенез депрессивных расстройств: биопсихосоциальная модель



Engel G.L. The clinical application of the biopsychosocial model // American Journal of Psychiatry. 1980. Vol. 137. P. 535-344.



Социальные факторы

- макросоциальные
- микросоциальные



Психологические факторы

- психодинамический подход
- когнитивный подход
- когнитивно-поведенческий подход



Биологические факторы

- наследственные
- нейробиологические
- экзогенные



Наследственные факторы

Association analysis schizophrenia, Alzheimer's disease and alcoholism susceptibility gene polymorphisms relationship to psychodiagnostic traits in the West Siberian population

A. V. Marusin¹, A. N. Kornetov², M. G. Svarovskaya¹, K. V. Simonova¹, E. S. Pavlenyk², V. A. Stepanov¹;

¹Institute for Medical Genetics, Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Sciences, Tomsk, Russian Federation, ²Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

Natural selection plays an important role in maintaining genetic variation for mental constitution. Currently, the behavior genetic variability remains poorly understood. The purpose of this study: association analysis of Alzheimer's disease, schizophrenia and alcoholism susceptibility genes polymorphism with mental, psychodiagnostic traits, intelligence and anxiety. The effect of the *GAB2*, *CLU*, *PICALM*, *DISC1*, *rs13219354*, *ZNF804A*, *GABRA2*, *SLC6A4*, *ADCY3*, *MIR9-2*, *CBX7* loci polymorphisms on psychodiagnostic traits was investigated in students of Siberian State Medical University (Tomsk). All individuals (n=141) completed IQ, Cattell's, Spilberger anxiety scale, Leonhard **personality inventory** tests. *GABRA2* and *GAB2* gene polymorphisms were associated with „histrionic“ on the Leonhard **personality inventory**. *SLC6A4* locus revealed the relationship with the scale “B”, *GABRA2* with the scale “E”, *PICALM* and *CLU* with “Q4” and “Q3” scales and the *CBX7* gene polymorphism was associated with the “A” scale by Cattell's test. For the *ZNF804A* locus we identified associations with the „emotiveness“ (high, excessive emotionality), „histrionic“ and „disequilibrium“ accordingly to Leonhard **personality** questionnaire. For the same test the relationship of *PICALM* with the „disequilibrium“ and *DISC1* polymorphisms with the „excitability“ was revealed.

The greatest number of statistically significant associations were observed for *MIR9-2* polymorphism with the “C”, “F”, “H”, “F2” Cattell's scales, “hyperthymia” and “dysthymia” on Leonhard **personality inventory**, personal and situational anxiety on Spielberger test. Possibly the identified associations suggest substantial contribution of genetic variability in individual mental constitution.

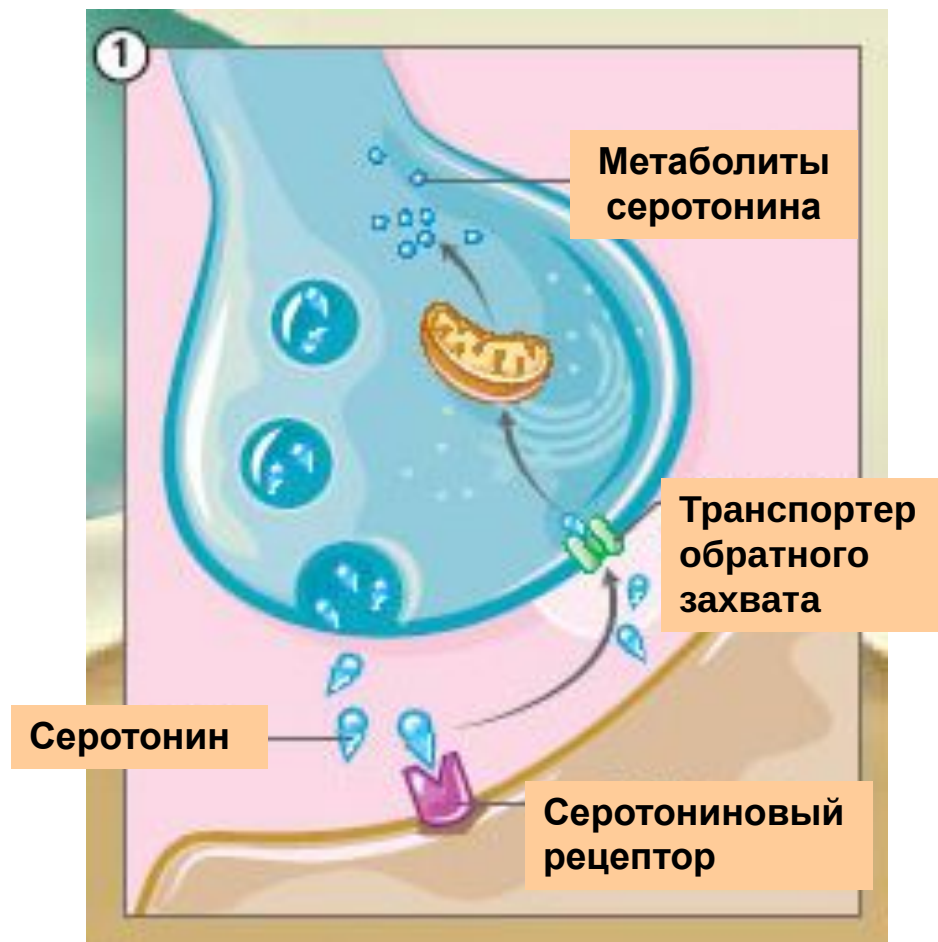
This work was supported by the Russian Foundation for Basic Research (project no. 11-04-98069-r_sibir_a).

Marusin A.V., Kornetov A.N., Svarovskaya M.G., Simonova K.V., Pavlenyk E.S., Stepanov V.A. Association analysis schizophrenia, Alzheimer's disease and alcoholism susceptibility gene polymorphisms relationship to psychodiagnostic traits in the West Siberian population // Abstracts – European Human Genetics Conference. 2012. P. 391.



Нейробиологические факторы

При проведении возбуждения в серотонинергических синапсах нейронов серотонин в межсинаптическом пространстве частично метаболизируется моноаминооксидазами и частично специальными транспортерами обратно захватывается через пресинаптическую мембрану





Экзогенные факторы

Условная полиморфная группа внешних по отношению к мозговым процессам факторов



Препараты, которые могут вызывать появление депрессивных симптомов

- антиконвульсанты (например, фенобарбитон)
- антигипертензивные средства (например, липофильные бета-блокаторы)
- антиаритмические средства (например, дигиталис)
- антибиотики (например, дапсон)
- антихолестероловые препараты (например, статины)
- химиотерапия онкологических заболеваний (например, метотрексат)
- H_2 блокаторы (например, циметидин)

ВПА/ПТД Образовательная программа по депрессивным расстройствам



Факторы риска депрессивных расстройств при соматических заболеваниях

- женский пол
- отсутствие брака
- проживание в одиночестве
- предшествующие депрессивные эпизоды
- определённые виды медицинского лечения
- тяжёлые формы соматических заболеваний

*ВПА/ПТД Образовательная программа по депрессивным
расстройствам*



Вмешательства



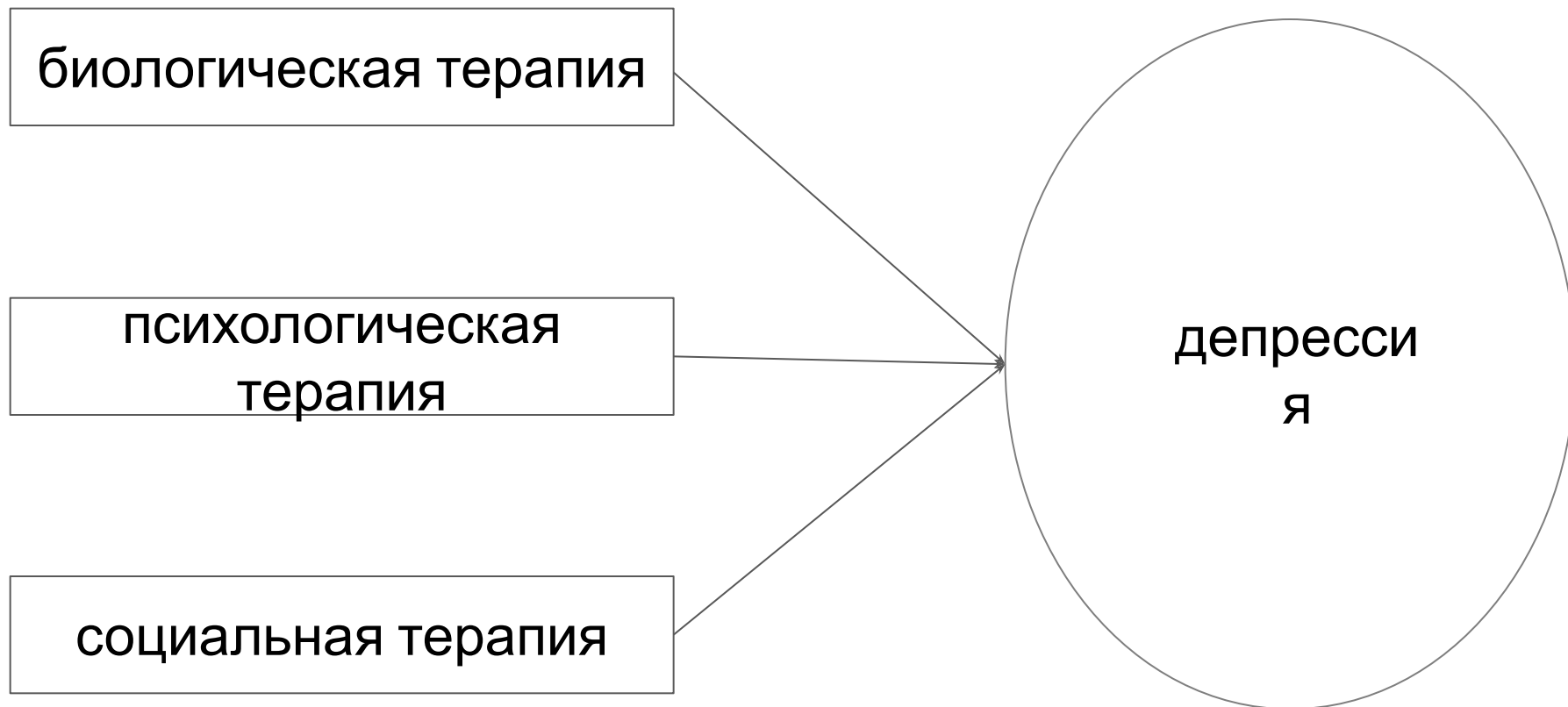
Когда направление к психиатру оправдано?

- пациент в течение длительного времени страдает тяжёлой депрессией или манией
- пациент суицидально опасен
- врачу-терапевту требуются рекомендации по применению психотропных препаратов, например, когда необходима одновременная терапия депрессивного расстройства и другого заболевания
- депрессивное расстройство резистентно к стандартной терапии антидепрессантами

*ВПА/ПТД Образовательная программа по депрессивным
расстройствам*



Лечение депрессии: биопсихосоциальная модель



Engel G.L. The clinical application of the biopsychosocial model // American Journal of Psychiatry. 1980. Vol. 137. P. 535-344.



Искусственный интеллект и биопсихосоциальная модель депрессии

SOFTWARE AND HARDWARE FOR PATTERN RECOGNITION
AND IMAGE ANALYSIS

An Expansion of Intelligent Systems Complex for Express-Diagnostics and Prevention of Organizational Stress, Depression, and Deviant Behavior on the Basis of the Biopsychosocial Approach

A. E. Yankovskaya^{a,b,c,d,e,*}, A. N. Kornetov^d, N. N. Il'inskikh^d, and V. B. Obukhovskaya^{b,d}

^a Tomsk State University of Architecture and Building, Tomsk, 634003 Russia

^b Tomsk State University, Tomsk, 634050 Russia

^c Tomsk State University of Control Systems and Radioelectronics, Tomsk, 634050 Russia

^d Siberian State Medical University, Tomsk, 634050 Russia

^e Tomsk Polytechnic University, Tomsk, 634050 Russia

* E-mail: ayyankov@gmail.com

- диагностика
- профилактика
- лечение
- реабилитация

Abstract—The paper is devoted to the extension of the intelligent systems complex for express-diagnostics consisting of express-diagnostics systems of organizational stress (DIOS), depression (DIAPROD), and deviant behavior (DIDEV) by the addition of a system of express-diagnostics designed for diagnosis of anxiety (DIAA). Application of the extended complex of intelligent systems of express-diagnostics of organizational stress, depression, deviant behavior, and anxiety (ISED ÖSDDA) will make it possible to promptly make diagnostic, preventative medical, and organizational-management decisions on the aforementioned disorders on the basis of the biopsychosocial approach; to justify these decisions with the use of graphic (including cognitive) tools; and to make complex decisions on the subject under investigation.

Keywords: intelligent systems complex, express-diagnostics, pattern recognition, regularities, decision-making, fault-tolerant unconditional irredundant diagnostic tests, threshold logic, fuzzy logic, cognitive tools, organizational stress, depression, deviant behavior, biopsychosocial approach

DOI: 10.1134/S1054661817040204

INTRODUCTION

Evidence of the necessity of developing intelligent systems (ISs) in the fields of medicine, psychology, biology, ecobiomedicine [1–11, 14], and others, is beyond question. The problem under consideration in the current work is an interdisciplinary one, since quality diagnostics of a wide range of people requires not only the application of modern methods of biology, clinical psychology, psychiatry, sociology, genetics, and ecology, but also new methods of discrete mathematics, mathematical logic, pattern recognition, reliability, soft computing, system analysis,

approach by adding IS for express-diagnostics and prevention of anxiety (DIAA).

DESCRIPTION OF THE PROBLEM AREA

The importance of diagnostics of organizational stress, depression, deviant behavior, and anxiety together with the rapid development of information technologies has led to intensified studies aimed at the creation of diagnostic ISs based on the biopsychosocial approach and on various pattern-recognition methods [1–3]. We note that in psychiatry, the term

Yankovskaya A.E., Kornetov A.N., Il'inskikh N.N., Obukhovskaya V.B. AN Expansion of intelligent systems complex for express-diagnostics and prevention of organizational stress, depression, and deviant behavior on the basis of the biopsychosocial approach // Pattern Recognition and Image Analysis (Advances in Mathematical Theory and Applications). 2017. Vol. 27, №4. P. 783-788. <https://doi.org/10.1134/S1054661817040204>



Социотерапия при депрессии

- восстановление социальных навыков
- восстановление трудовых навыков
- восстановление навыков самообслуживания



Психотерапия при депрессии

- психодинамическая
- когнитивно-поведенческая
- поддерживающая



Комплаенс модель – способ повышения эффективности терапии при депрессии

КОМПАЙЕНС ПРИ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ
АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ

А.Н. Корнетов

Томск, НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН

Проблема распознавания и лечения аффективных расстройств является актуальной не только для психиатрии, но и для всей медицины. Около 10% обращений пациентов в общесоматическую сеть связано с депрессией (Jablón T.B., Szabolcs N., 1995). Ее высокая распространенность вызывает необходимость амбулаторной помощи лицам, страдающим депрессивными расстройствами, с привлечением профессионалов других врачебных специальностей. Такой подход рождает несколько проблем, которые препятствуют квалифицированной и эффективной помощи депрессивным пациентам. Депрессия в 70-90% не распознается врачами общей практики (Jablón T.B., Szabolcs N., 1995) и часто рассматривается как другие психические расстройства, соматические заболевания, «усталость» и т.д. Это способствует «дрейфу» пациентов по различным специальностям с отсутствием положительных результатов, необоснованному назначению седативных препаратов, включая бензодиазепины. Все это приводит к хронизации депрессии и ее резистентности к терапии (Корнетов Н.А., 1999).

При обнаружении депрессии в первичной медицинской сети большинство врачей направляет пациентов к психиатру, при этом значительное число больных не «доходит» до соответствующего специалиста в силу различных причин, включая опасений стигматизации (Краснов В.Н., 1999). При правильной диагностике депрессивного расстройства и самостоятельного назначения врачом интересом адекватной антидепрессивной терапии, установление комплаенса является более трудной задачей, чем при лечении препаратами соматических путей. Поиск путей оптимизации помощи лицам, страдающим депрессивными расстройствами вывел необходимые требования к врачам общей практики, в том числе знание современных подходов к распознаванию и лечению депрессивных расстройств (Katon W., 1998), способность формировать партнерские отношения с пациентами; умение установить комплаенс. Последние два требования не менее важны, чем знания клиники и лечения депрессии. Так как восприятие пациентами всего, что связано с психиатрией, до сих пор остается пугающим (Кабанов М.М., 1998). Это также касается и антидепрессанта, назначаемого терапевтом, и самого термина «депрессия».

Во время проведения научно-практической программы «Выявление и лечение депрессий в первичной медицинской сети» (Краснов В.Н., 1998) осуществлен анализ восприятия 8-недельной антидепрессивной терапии 40 пациентами. В соответствии с условиями программы антидепрессанта предлагались лицам, прошедшим сплоченное скрининговое исследование при визите в поликлинику, с возможным расстройством аффективного спектра по данному скринингу, согласившимся на консультацию психиатра, удовлетворившим критериям умеренной или тяжелой депрессии по ICD-10. При информировании пациентов об имеющемся у них депрессивном рас-

стройстве и предложении антидепрессивной терапии выявлены основные тенденции восприятия предложенной информации: отрицание наличия депрессии; отрицание необходимости лечения депрессии в виду объяснения ее возникновения психологическими, экономическими, метеорологическими и др. причинами; желание вылечиться быстро; боязнь «сойти с ума от таблеток»; страх зависимости от препарата. Эти тенденции усугубляются крайне ограниченными временем, отводимым врачу первичной медицинской сети для обследования больного. В среднем по Томску этот показатель составляет 12 мин., т.е. предоставление полной информации о депрессии и возможности ее лечения для пациента является сложной задачей. С другой стороны, игнорировать депрессию сегодня для врача нельзя не только из-за ее высокой распространенности, но и в силу того, что она осложняет течение соматического заболевания. Правильно пролеченное депрессивное расстройство облегчает бремя физической болезни и улучшает качество жизни пациентов (Spitzer R.L. et al., 1995). Нами предлагаются принципы информирования больных о имеющемся у них депрессивном расстройстве и необходимости его лечения.

1. Формирование отношения пациента к депрессии как к медицинскому состоянию. Для этого мы используем аналогии с другими заболеваниями, например, диабетом, артериальной гипертензией, аспергией и т.д. Эти состояния выбраны в виду полициклическости и необходимости длительной терапии.
2. Рекомендация антидепрессивной терапии как противовеса назначению. Данный подход выбран в силу высокой стоимости препаратов, которая в ряде случаев превышает месячный доход пациента. При рекомендации препарата необходимо обязательно обсудить с пациентом возможность длительного приема антидепрессанта, соотносить затраты на лечение с экономическим положением больного.
3. Полная информация о возможностях рекомендуемого антидепрессанта, особенностей взаимодействия с другими лекарственными средствами, возможных побочных эффектов.
4. Объяснение механизма и особенностей антидепрессивного действия препарата, что дает возможность пациенту самостоятельно контролировать динамику своего состояния, отмечая изменения симптоматики.
5. Установление графика посещения с целью контроля за состоянием и эффективностью терапии.

Описанные принципы способствуют повышению авторитета врача и доверия к нему со стороны пациента, формированию ответственности больного за свое состояние, снижению бесконтрольного и необоснованного приема психотропных средств, в том числе в неадекватных дозах. При использовании данных принципов полный комплаенс провалили 80% пациентов, большинство из которых также сообщили об улучшении соматического здоровья. Достижение комплаенса позволяет повысить ответственность врача и пациента за результаты терапии аффективных расстройств, что положительно сказывается на эффективности лечения, снижении неадекватности, качестве жизни больных, способствует профилактике хронизации депрессий и осложнений в виде суицидального и аддиктивного поведения.

Корнетов А.Н. COMPLAENS при психофармакотерапии аффективных расстройств в первичной медицинской сети // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии / Под ред. акад. РАМН, проф. В.Я. Семке. Томск: МГП «РАСКО», 2001. Вып. 10. С. 165-166.



Фармакотерапия депрессии

Базовая фармакотерапии депрессии осуществляется антидепрессантами



Исследования эффективности и безопасности антидепрессантов

- Корнетов Н.А., Счастный Е.Д., Потапкина Е.В., Корнетов А.Н., Ермаков А.В. Терапия золофтом умеренно и тяжело выраженных депрессий // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 1999. № 4. С. 58-59.
- Корнетов Н.А., Лебедева Е.В., Корнетов А.Н. Эффективность и безопасность тианептина в терапии депрессивных расстройств // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2001. № 3. С. 103-105.
- Корнетов А.Н. Кломипрамин в терапии депрессивных расстройств // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2003. №2. С. 106-110.
- Корнетов А.Н., Корнетова Е.Г. Эффективность феварина при депрессии у пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта // Современные подходы в биомедицинской, клинической, психологической и социокультурной антропологии. Материалы Всероссийской конференции с



Эффективность терапии депрессивных расстройств циталопрамом

Н.А. Корнетов, Е.Д. Счастный, Ал.Н. Корнетов
НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, Томск

Введение

В последние десятилетия общемировые тенденции в изучении психических и поведенческих расстройств выдвинули на первый план проблему депрессий. По доле в общих потерях, выраженных длительностью нетрудоспособности в течение жизни, депрессивные расстройства опережают другие психические расстройства и по базовому сценарию прогноза развития эта мультифакториальная патология к 2020 г. по тяжести социально-экономического бремени и гуманитарных последствий для человечества выйдет на второе место после ишемической болезни сердца [1, 2], что определено постоянным ростом числа пациентов с депрессивными расстройствами [3, 4].

Повышение качества психофармакотерапии аффективных расстройств в последние годы связывается с появлением на фармацевтическом рынке антидепрессантов второго и последующих поколений, приближающихся по своим качествам к "идеальному" препарату [5–7]. Требования к этому идеальному антидепрессанту следующие: широкий спектр эффективности; быстрое начало действия; средняя продолжительность периода полувыведения; предсказуемая концентрация в крови; отсутствие побочных эффектов; минимальное взаимодействие с другими лекарственными препаратами; низкая токсичность при передозировке; отсутствие "синдрома отмены" (рикошета); отсутствие физической и/или психической зависимости. Создание "большой пятерки" селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС: флуоксетин, сертралин, флувоксамин, циталопрам, пароксетин) [8] и развитие нейронаук (нейрогенетика, нейроморфология, нейрофизиология, нейрохимия, нейропсихология, психофармакология) были взаимообусловлены [9–13].

СИОЗС получили название вследствие того, что их селективность в отношении блокирования пресинаптического нейронального обратного захвата серотонина в 10 раз и более превосходит селективность трициклических антидепрессантов (ТЦА) при практически слабом или полном отсутствии у них антигистаминного, антихолинергического и адренолитического эффектов. Механизм их антидепрессивного действия связывается с избирательным увеличением концентрации серотонина в синапсе и эффективностью серотонинергической нейротрансмиссии в центральной нервной системе [14–16]. СИОЗС не блокируют натриевые каналы в отличие от трициклических антидепрессантов, что делает их безопасными при передозировке. На основе экспериментальных и клинических данных сила ингибирования обратного захвата серотонина уменьшается в следующем порядке: циталопрам (ципрамил), пароксетин (паксил), сертралин (золофт), флувоксамин (феварин) и флуоксетин (прозак). Несмотря на то что эти препараты не являются результатом клонирования друг друга, в большинстве клинических исследований последнего времени подчеркивается, что между ними больше сходства, чем различий, включая сравнительно одинаковую эффективность при депрессии, обсессивно-компульсивном и паническом расстройствах и сопоставимые спектры побочных эффектов. СИОЗС обладают лучшей переносимостью и меньшими побочными эффектами, чем ТЦА, достаточно широким диапазоном терапевтических доз, безопасностью при передозировке, могут назначаться однократно в сутки.

*Корнетов Н.А., Счастный Е.Д., Корнетов А.Н.
Эффективность терапии депрессивных расстройств
циталопрамом // Психиатрия и психофармакотерапия. 2001.
Том 3, №4. С. 132-134.*



Как не перегореть



Факторы, ведущие к перегоранию у студентов

- учебные перегрузки
- стресс
- конфликты
- употребление психоактивных веществ



А.В. Силаева¹, А.Н. Корнетов¹, С.А. Морева¹, Н.А. Луппа²,
В.Б. Обуховская¹, Н.Э. Головаха¹, Н.И. Прядухина¹

¹ Сибирский государственный медицинский университет (Томск, Россия)

² Детско-юношеская спортивно-адаптивная школа «Центр адаптивного спорта»
(Красноярск, Россия)

Факторы устойчивости к организационному стрессу студентов медицинского университета первого года обучения

Проведено исследование факторов стрессоустойчивости у иностранных, иногородних и студентов – коренных жителей города Томска первого курса СибГМУ. Определен уровень организационного стресса, который составил 1 030 баллов, что соответствует «среднему» значению. Представлены статистически значимые различия в уровне проявления тревоги ($p = 0,0225$) и депрессии ($p = 0,0245$), депрессивные проявления различной степени тяжести достоверно чаще проявляются у иностранных и иногородних студентов, чем у студентов-томичей. Установлено, что больше чем у половины респондентов (56,5%) уровень общей жизнестойкости средний. Обозначены ведущие стратегии совладающего поведения у студентов-первокурсников: «планирование решения проблемы» (15%), «поиск социальной поддержки» (14%), «самоконтроль» (13%) и «положительная переоценка» (13%). Определены показатели социальной поддержки у респондентов первого курса, которые составили выше 50%, что говорит об удовлетворенности студентами оказываемой им эмоциональной, инструментальной и информационной поддержкой. Корреляционный анализ показал, что для иностранных, иногородних и студентов-томичей последствиями организационного стресса являются депрессивность и тревожность. Медиаторные факторы способствуют снижению подверженности факторам организационного стресса.

У более половины (56,5%) студентов первого курса СибГМУ уровень общей жизнестойкости средний; депрессивные проявления различной степени тяжести чаще проявляются у иностранных и иногородних студентов, чем у студентов-томичей.

- поиск социальной поддержки – 14%
- самоконтроль – 13%
- положительная переоценка – 13%
- ...

Силаева А.В., Корнетов А.Н., Морева С.А., Луппа Н.А., Обуховская В.Б., Головаха Н.Э., Прядухина Н.И. Факторы устойчивости к организационному стрессу студентов медицинского университета первого года обучения // Сибирский психологический журнал. 2015. № 58. С. 108-120.

<https://doi.org/10.17223/17267080/58/8>



Преодоление стресса

УДК 159.9.07-004.89-616-08

А.Е. Янковская, А.Н. Корнетов, Н.А. Корнетов, Н.В. Казанцева

СИСТЕМАТИЗАЦИЯ КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОРГАНИЗАЦИОННОМ СТРЕССЕ В ЦЕЛЯХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ ИМСЛОГ

Работа выполнена при финансовой поддержке гранта РФФИ № 07-01-00452 «Развитие технологии решения связанных по экспертному заключению задач, основанных на логических тестах и средствах когнитивной графики в интеллектуальной системе».

В качестве парадигмы при исследовании стресса взят когнитивный подход Р. Лазаруса и С. Фолкмана (1978), который фокусируется на восприятии индивидом значимости стресса, своих возможностей преодоления и наличии социальной поддержки. Проведена систематизация когнитивно-бихевиоральных вмешательств при организационном стрессе. В соответствии с двумя типами вмешательства – профилактических, направленных на организацию, и лечебных, направленных на индивида, – описаны характеристики этих вмешательств. Классификационные признаки вмешательства составляют основу матрицы организационно-управленческого типа.

Ключевые слова: когнитивно-бихевиоральные вмешательства; стресс на работе; организационный стресс; интеллектуальная система ИМСЛОГ.

- уменьшение индивидуальной значимости
- активация личностных ресурсов
- социальная поддержка

Существует большое количество научных публикаций по управлению стрессом. Но большинство из них имеет недостаточно предписаний и рекомендаций по выбору условий вмешательства. Общепринятой в клинической психологии стратегией выбора опций вмешательства является зависимость их от результатов оценки стресса. Newman и Beehr (1979) [1] предложили классифицировать вмешательства по управлению стрессом по целям и стратегиям; при описании целей и стратегий дифференцируются мишени вмешательства и способы их осуществления. Целями психотерапевтических вмешательств традиционно являются [2] профилактика стресса (контроль стрессоров, техники погружения с целью уменьшения переживания стресса индивидами), воздействие на реакции напряжения (тренинг разрешения проблем с целью улучшения способностей руководителей распознавать и управлять проблемами на работе), реабилитация (наличие сети социальной поддержки, включающей консультирование индивидов по преодолению стресса на работе и оздоровлению). В рамках этой схемы многие авторы дифференцировали вмешательства на уровне организации и на уровне индивида [3, 4]. Так, к профилактическим вмешательствам, называемым также первичными, относятся различные интервенции по контролю стрессоров – оптимизация требований работы и организационных решений, которые позволяют снизить стресс, некоторые формы улучшения организации рабочего места, включающие дизайн работы и эргономику; к лечебным, или вторичным, вмешательствам относят тренинги работающих в фор-

рени переменных (признаков). Поэтому для внедрения информационных технологий в различных трудно формализуемых областях исследований, к каковым относится и рассматриваемая проблемная область, особенно важна разработка подходов, основанных на тестовом распознавании образов с применением логико-комбинаторных и логико-комбинаторно-вероятностных методов. Кроме того, для прикладных исследований в здравоохранении, основанных на современных информационных технологиях, встает задача предоставления результатов анализа в форме, понятной специалистам прикладной области.

В изучении проблемы стресса накоплено очень большое количество фактических данных в различных отраслях медицины, биологии и психологических наук, при этом заметно отстает обобщение и анализ накопленных фактов, что невозможно без применения адекватных моделей, развитых математических методов и построения интеллектуальных информационных систем. Кроме того, физиологические, эмоциональные, когнитивные процессы и поведение протекают не изолированно, а в значительной степени (особенно при психологических нарушениях) перекрывают друг друга (явление перехлеста).

К сожалению, отсутствуют аналоги информационных систем, позволяющих оценивать целый комплекс биологических, психологических и социальных факторов и концептуализировать состояния, связанные со стрессом на работе, в рамках многоосевой версии МКБ-10.

*Янковская А.Е., Корнетов Н.А., Корнетов А.Н., Казанцева Н.В.
Систематизация когнитивно-бихевиоральных вмешательств при
организационном стрессе в целях использования в интеллектуальной
системе ИМСЛОГ // Вестник Томского государственного
университета. 2010. №341. С. 191-194.*



- студент-студент
- студент-преподаватель
- преподаватель-студент
- студент-родитель(и)
- родитель(и)-студент
- ...

Modern pedagogical technologies for prevention of conflicts between students of vocational education institutions

A L Zolkin¹, A N Kornetov², V A Mironchuk³, D R Giniyatullina⁴ and G V Ryabkova⁵

¹ Computer and Information Sciences Department, Povolzhskiy State University of Telecommunications and Informatics, L.Tolstogo Street 23, Samara 443010, Russia

² Fundamental Psychology and Behavioral Medicine Department, Siberian State Medical University, Moskovskiy trakt st. 2, Tomsk 634050, Russia

³ Department of Management, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Kuban State Agrarian University named after I.T. Trubilin", Kalinina Street 13, Krasnodar 350044, Russia

⁴ Department of the general competences methodology and technology, Kazan state institute of culture, Orenburgskiy trakt st. 3, Kazan 420059, Russia

⁵ Department of Linguistics and Translation, Moscow Aviation Institute (National Research University), Volokolamskoe shosse 4, Moscow 125993, Russia

E-mail: alzolkin@list.ru

Abstract. This article proposes pedagogical technologies that are aimed at preventing conflicts between students in professional educational institutions of the Russian Railways OJSC. In order to fulfill the task of development of pedagogical technologies aimed at preventing conflicts between students, testing according to the method of V.I. Andreev has been used to determine the level of personal proneness to conflict in a team. In order to study the satisfaction of students with the work of a lecturer on the prevention of conflict situations, a questionnaire developed by the authors has been used.

1. Justification

The social and economic crisis has caused new problems and potential sources of conflict in all spheres of society. And the sphere of education is not an exception, since the consequences of the economic and spiritual crises are especially appeared in it [1]. Due to this fact today the issue of studying the mechanisms of occurrence of such conflict situations and methods of managing pedagogical conflicts is extremely relevant for teachers and lecturers.

Zolkin A.L., Kornetov A.N., Mironchuk V.A., Giniyatullina D.R., Ryabkova G.V. Modern pedagogical technologies for prevention of conflicts between students of vocational education institutions // Journal of Physics: Conference Series. 2020. Vol. 1691. A. 012228. <https://doi.org/10.1088/1742-6596/1691/1/012228>



Исключение психоактивных веществ

Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта – 2016. – № 3 (133).

УДК 159.9

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОБИОГРАФИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ЗАВИСИМОСТИ ОТ НИКОТИНА В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

*Александр Николаевич Корнетов, доктор медицинских наук, декан,
заведующий кафедрой,*

Сибирский государственный медицинский университет, Томск,

Евгений Анатольевич Кобзев, старший преподаватель,

*Магнитогорский государственный технический университет им. Г.С. Носова (МГТУ),
Магнитогорск*

У курильщиков
юношеского возраста
значимо чаще
встречаются
субсиндромальные
психические нарушения,
включая нарушения
настроения по сравнению
с некурящими

Аннотация

Предлагается рассматривать приобщение к курению, в качестве результата своеобразия разворачивающегося жизненного пути личности, существования значимой закономерной взаимосвязи объективных психомоторных показателей в раннем детском возрасте, отношений в семье, особенностей формирования характера от детства к юности у лиц, которые в юношеском возрасте становятся курильщиками с различной степенью зависимости. В результате клинико-психологической диагностики было выявлено, что среди курильщиков значимо больше респондентов с тенденциями к невротическим расстройствам, предболезненным функциональным состояниям, чем среди не курящих. У курильщиков показатели по шкалам «колебание интенсивности жалоб», «расстройства в сфере пищеварения» и «нарушение общей чувствительности» выходят за пределы нормативных.

Ключевые слова: зависимость от курения, психобиографические показатели, личность курильщика, психосексуальное развитие, детские болезни, невротические расстройства, сенсорный контакт с матерью, увлечения и интересы, черты характера.

DOI: 10.5930/issn.1994-4683.2016.03.133.p287-291

CLINICAL, PSYCHOLOGICAL AND PSYCHOBIOGRAPHY RISK FACTORS FOR NICOTINE ADDICTION AMONG THE ADOLESCENCE

Alexander Nikolaevich Kornetov, the doctor of medical sciences, dean, department chairman,

The Siberian State Medical University, Tomsk,

Evgeni Anatolyevich Kobzev, the senior lecturer,

Magnitogorsk State Technical University named after G.S. Nosov, Magnitogorsk

Корнетов А.Н., Кобзев Е.А. Клинико-психологические и психобиографические факторы риска зависимости от никотина в юношеском возрасте // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. 2016. №3. С. 287-291.

<https://doi.org/10.5930/issn.1994-4683.2016.03.133.p287-291>



Заключение

Депрессия – серьёзное заболевание, которое резко снижает трудоспособность и приносит страдание как самому больному, так и его близким. К сожалению, люди очень мало осведомлены о типичных проявлениях и последствиях депрессии, поэтому многим больным оказывается помощь, когда состояние принимает затяжной и тяжелый характер, а иногда – и вовсе не оказывается. Практически во всех развитых странах службы здравоохранения озабочены сложившейся ситуацией и прикладывают усилия по пропаганде сведений о депрессии и способах ее лечения.



СИБИРСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

Благодарю за внимание!

И.о. зав. кафедрой
фундаментальной
психологии и поведенческой
медицины,
доктор медицинских наук

Корнетов Александр Николаевич

<https://twitter.com/AKornetov>

<https://www.instagram.com/alexander.kornetov>