

менно учитывать. В других контекстах ОК, особенно повторенное несколько раз, указывает на неудовольствие или раздражение говорящего тем, что собеседник морочит ему голову [3].

О многозначности ОК особенно часто забывают русские, полагающие, что это слово всегда означает только утверждение — yes, all right, в смысле «да, я согласен». Но оно также имеет значение Did you understand me? («Вы меня поняли?»), и неосведомленность об этом приводит к частым курьезам, один из которых случился с одним россиянином. Он находился в США, но должен был уехать в Каракас. И для получения визы в Венесуэлу отправился в ее консульство, находящееся в крупном американском городе. Консульство было закрыто. It's open from ten to twelve, ОК? — «Открыто с десяти до двенадцати, ОК!», — сообщил охранник. — No, that's not OK, I need a visa — «Ничего не ОК. Мне нужна виза», — возразил россиянин. Охранник вовсе не ожидал от посетителя согласия или несогласия. В этом случае ОК было всего-навсего восклицанием, смысл которого был близок к русскому «ясно?» [3].

Выводы

Очень быстро «ok» нашло свое место. Так что же сделало его таким полезным? Почему мы включили его в свою речь?

На самом деле «ok» звучит нейтрально, означает согласие без выражения собственного мнения. Его современное значение этого слова понятно каждому. Но при этом «ok» до сих пор достаточно редкий гость во многих типах языкового общения. Вы не найдете его в заранее подготовленных речах. Его нет в более официальных речах и отчетах. Но при всем этом «ok» царит в нашей устной речи. Особенно прочно его использует молодежь. В невербальной речи используют особый жест для передачи смысла слова «ok»: пальцы поднятой кисти почти выпрямлены, большой и указательный соединяются подушечками, образуя кольцо (букву O). В России — поднятый от кулака большой палец вверх.

ЛИТЕРАТУРА

1. Metcalf Allan «Ok: The Improbable Story of America's Greatest Word (ОК: невероятная история самого популярного слова Америки)». — Oxford University Press, 2010.
2. Электронный ресурс. — Режим доступа: https://ru.wikipedia.org/wiki/Okay#cite_ref-1. — Дата доступа: 08.03.18.
3. Линн Виссон «Русские проблемы в английской речи. Слова и фразы в контексте двух культур». — «Р. Валент». — М., 2005. — С. 35–36.

УДК 616.85-06:616.89

ФОБИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА: КЛАССИФИКАЦИЯ, СИМПТОМАТИКА

Бончик А. В., Крент А. А.

Научный руководитель: к.п.н., доцент Ж. И. Трафимчик

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Фобическое расстройство (фобия) — внезапный интенсивный страх, устойчиво возникающий в связи с определенными объектами, действиями или ситуациями [1]. Легкие формы фобий широко распространены, однако диагноз «фобическое расстройство» устанавливается лишь в том случае, когда страх ограничивает больного и негативно влияет на различные стороны его жизни: личные отношения, социальную активность, профессиональную реализацию. Клинически значимые фобические расстройства выявляются примерно у 1 % населения, однако степень их влияния на жизнь пациентов может существенно различаться в зависимости от вида и тяжести фобии, а также от вероятности контакта с объектом страха. Женщины страдают фобическими расстройствами вдвое чаще мужчин. Обычно фобии возникают в возрасте от 15–20 до 30–35 лет, манифестация в возрасте старше 40 лет встречается крайне редко. Лечение данной патологии осуществляют специалисты в области психотерапии, психиатрии и клинической психологии [1].

Цель

Изучить классификацию и симптоматику фобических расстройств.

Материал и методы исследования

Анализ, интерпретация литературных источников по проблеме исследования.

Результаты исследования и их обсуждение

Фобические расстройства широко распространены. Точное количество фобий неизвестно, однако существуют перечни, в которых указано более 300 видов этого расстройства [1].

Классификация фобических расстройств:

Тревожно-фобические расстройства (F40) — невротическое состояние, при котором возникают навязчивые страхи, мысли, воспоминания. Обеспокоенность пациента проявляется в таких симптомах, как сердцебиение или ощущение дурноты, часто сочетается со страхами смерти, потери самоконтроля или сумасшествия. Состояния характеризуются мнительностью, тревожностью, эмоциональностью, застенчивостью, робостью. Страх возникает при наличии патогенной ситуации, затем при воспоминании и, наконец, заполняет все мышление, превращаясь в особую навязчивость [2, 3].

Агорафобия (F40.0) — боязнь открытых дверей, открытого пространства. Фобия представляет собой страх оказаться в ситуации, чреватой опасностью возникновения панического приступа. В качестве типичных ситуаций, провоцирующих возникновение агорафобий, становятся поездка в метро, пребывание в магазине, среди большого скопления людей и т.п. Возникает у людей с развитым воображением, чаще у женщин. Симптомы тревоги проявляются в ситуациях, вызывающих страх, или при мыслях о них. В результате агорафобии пациенты дезадаптируются, становятся прикованными к дому. Сопровождаются сильным или учащенным сердцебиением, потливостью, дрожанием, сухостью во рту, затруднением дыхания, болью в грудной клетке, тошнотой и т. д. Приступы паники непредсказуемы, для них характерны резко нарастающий страх и торопливо покидают место, где находятся. Если подобное возникает в специфической ситуации, например в автобусе или в толпе, больной может впоследствии избегать таких ситуаций [4].

Социальные фобии (F40.1) — страх оказаться в центре внимания, боязнь повышенного внимания незнакомых людей. Расстройство чаще встречается у подростков. Социофобии развиваются из-за строгого оценочного воспитания в детстве, отсутствия поощрения со стороны родителей, формирующие низкий уровень самооценки. Больным свойственно стремление любыми путями завоевать интерес и признание окружающих. Больные жалуются на покраснение лица, чувство кома в горле, сердцебиение, сухость во рту, слабость в ногах, невозможность сосредоточиться на действии. Формирующееся избегание критических ситуаций, приводит к частичной или полной социальной изоляции. Иногда сочетается с агорафобией. Выделяется две группы состояний — изолированные и генерализованные социальные фобии [2, 4].

Специфические (изолированные) фобии (F40.2) — страхи, ограниченные строго определенной ситуацией — боязнь высоты, грозы, домашних животных, лечения у зубного врача и др. Поскольку соприкосновение с предметами страха сопровождается интенсивной тревогой, то больной старается избегать их. Объекты страха иногда появляются в сновидениях. Сами страхи ограничены строго определенными ситуациями и не возникают вне таковых. Развиваются в детстве или подростковом возрасте [4].

В процессе лечения используются различные техники. Чаще всего применяется системная десенсибилизация на фоне глубокой мышечной релаксации. Вначале психолог или психотерапевт обучает больного с фобическим расстройством специальным приемам расслабления, а затем помогает ему постепенно погружаться в пугающие ситуации. Наряду с системной сенсбилизацией может использоваться принцип наглядности (наблюдение за другими людьми в пугающих пациента ситуациях) и другие приемы. Психоаналитики считают, что фобическое расстройство является внешним симптомом, выражением тяжелого внутреннего конфликта. Для устранения фобии необходимо обнаружить и устранить конфликт, лежащий в ее основе. В качестве средств для выявления проблемы, скрываю-

щейся за фобическим расстройством, используются беседы и анализ снов больного. В процессе работы пациент не только обнаруживает и прорабатывает внутренний конфликт, но и укрепляет свое «Я», а также избавляется от привычной реакции патологической регрессии в ответ на травмирующие внешние воздействия [1].

Выводы

Таким образом, тревожно-фобическое расстройство субъективно, физиологически и поведенчески не отличается от других типов тревоги и может различаться по интенсивности — от легкого дискомфорта до ужаса. Агорафобии связаны с непредсказуемыми приступами паники, боязнью открытого пространства, дезадаптацией. Пациент с социальной фобией — это человек, который боится не общества, а тех переживаний, которые испытывает человек, попадая в центр внимания. Больные испытывают тревожность и панику из-за страха оказаться в нелепом положении или быть униженными окружающими. Серьезность специфической (изолированной) фобии зависит от того, насколько легко субъект может избегать фобическую ситуацию. Наиболее эффективной психотерапевтической методикой лечения фобий является когнитивно-поведенческая терапия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Фобические расстройства [Электронный ресурс]. — Режим доступа <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/psychiatric/phobic-disorders>. — Дата доступа: 10.11.2017.
2. Самохвалов, В. П. Психиатрия: учеб. пособие / В. П. Самохвалов. — Ростов н/Д.: Феникс, 2002. — 190 с.
3. Обухов, С. Г. Психиатрия / С. Г. Обухов; под ред. Ю. А. Александровского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 256 с.
4. Зиновьев, С. В. Психиатрия. Актуальные вопросы в практике внутренних болезней / С. В. Зиновьев. — СПб.: СОТИС, 2003. — 135 с.

УДК 613.2-057.875

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ ПО ДАННЫМ АНКЕТИРОВАНИЯ

Бордовский С. Д., Кушнеревич Е. О., Беридзе Р. М.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. П. Мамчиц

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Одним из важнейших факторов, который определяет состояние здоровья, является питание. Рациональное питание — биологически полноценное питание здоровых людей с учетом их пола, возраста, характера трудовой деятельности, особенностей климата и других факторов [1]. Организация рационального питания является одной из главных задач профилактической медицины, так как от нее зависит сохранение и укрепление здоровья, а также повышение работоспособности студентов медицинских вузов. Особенности организации учебного процесса негативно влияют на рациональность питания студентов-медиков [2]. Однако есть категория студентов, которые тщательно занимаются вопросами своего здоровья, что проявляется в ведении ими здорового образа жизни: систематических занятиях спортом в секциях или на дому, соблюдении рациональности питания.

Цель

Дать сравнительную гигиеническую оценку питания студентов, занимающихся регулярно спортом и студентов, не занимающихся спортом.

Материал и методы исследования

Материалом исследования явились данные анкетирования 80 студентов Гомельского государственного медицинского университета. Респонденты были разделены на группы по полу, а также занимающиеся спортом и нет. Для обработки данных использованы общепринятые компьютерные программы.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты анкетирования показали, что среди юношей, регулярно занимающихся спортом, больше тех, кто соблюдает рациональное питание, чем в группе юношей, не за-