

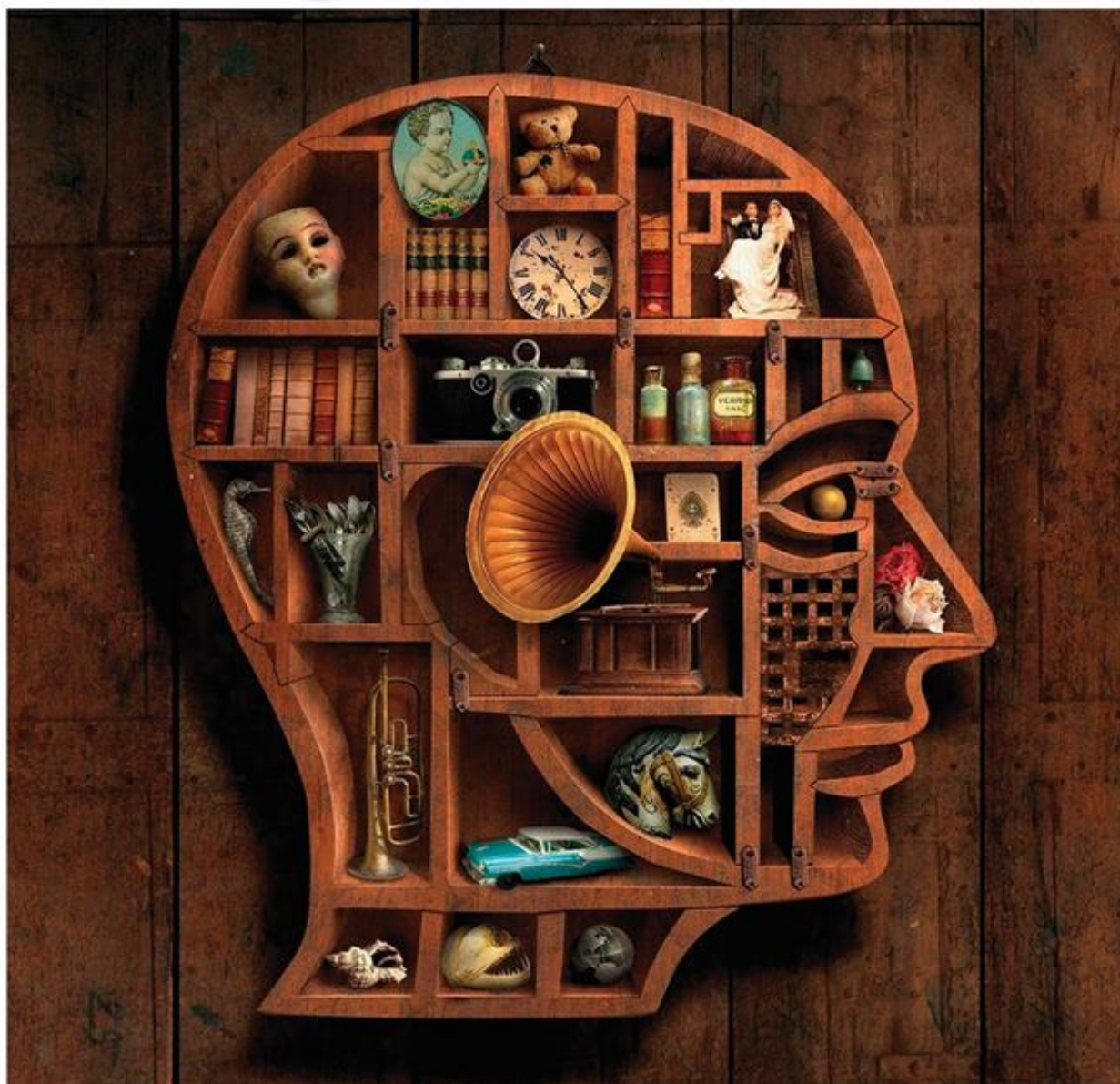


федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Кемеровский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

II-ая Международная научно-практическая конференция

# ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА И ОБЩЕСТВА

Актуальные междисциплинарные проблемы в XXI веке:  
новые задачи и возможные пути решения.



Кемерово, 2024

УДК 159.9:616.89(082)

ББК 88:56.14я43

П 863

***Редакционная коллегия выпуска:***

д.м.н., профессор А. А. Лопатин, д.м.н., профессор А. М. Селедцов,  
к. филол.н., доцент Л. В. Гукина, к.ист.н. Г.В. Акименко

**Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы в XXI веке: новые задачи и возможные пути решения.** Сборник материалов II Международной научно-практической конференции, к 170 - летию со дня рождения Сергея Сергеевича Корсакова – основателя русской психиатрической школы (Кемерово, 15 марта 2024 г.) / Г. В. Акименко, А. М. Селедцов, А. А. Лопатин, Ю. Ю. Кирина, А. С. Яковлев, Л. В. Гукина; отв. ред. Г. В. Акименко. – Кемерово: КемГМУ, 2024. – 528 с.

В сборнике представлены секционные доклады участников II-ой Международной научно-практической конференции «Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы в XXI веке: новые задачи и возможные пути решения». Сборник материалов II Международной научно-практической конференции, к 170 - летию со дня рождения Сергея Сергеевича Корсакова – основателя русской психиатрической школы, которая проходила 15 марта 2024 года на базе Кемеровского государственного медицинского университета.

В сборник научных трудов вошли доклады ученых, практикующих врачей, клинических психологов, аспирантов и ординаторов по актуальным проблемам психиатрии, наркологии, клинической психологии, особенностях психических и поведенческих расстройств у различных возрастных и социальных групп населения, в том числе в условиях пандемии COVID-19.

Материалы публикуются в авторской редакции.

**ISBN: 978-5-8151-0324-5**

*В макете обложки использована работа Сюзанны Сайнс из открытого источника. – URL: <https://zen.yandex.ru/media/id/5a99a42d55876b8ea6dbc742/kak-poniat-razvivaetsia-li-vasha-jizn-ili-uviazla-v-bolote-citaty-zigmunda-freida-60e2fc697601597c33c9d1d2> (URL 1.03.2024)*

© Кемеровский государственный  
медицинский университет, 2024

© Кузбасский клинический наркологический  
диспансер имени профессора Н.П. Кокориной, 2024

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>Сергей Сергеевич Корсаков – основатель русской психиатрической школы</b>	11
<b>Авин А. И.</b> НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ И КОПИНГ-СТРАТЕГИИ У БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМИ ТИПАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА	14
<b>Акименко Г. В., Кирина Ю. Ю.</b> ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКИХ ДИСФУНКЦИЙ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19: ОБЗОР	26
<b>Алиев Б. А.</b> ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ И КОПИНГ СТРАТЕГИЙ У МУЖЧИН С ПЕРВИЧНЫМ БЕСПЛОДИЕМ	43
<b>Алмагамбетова А. А., Байжуманова Р. М., Оспанова Н. Н., Молдагалиев Т. М. Какимова А. Ш., Баянбекова С. Б., Каменерова А. Е.</b> ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОГНИТИВНО - ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У СТУДЕНТОВ НАО «МУС»	51
<b>Аскарова Р. И.</b> ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ	61
<b>Бабарахимова С. Б.</b> АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К СУИЦИДАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ	71
<b>Бакун Н. Н.</b> ДИАГНОСТИКА РЕФЛЕКСИВНОГО КОМПОНЕНТА ГОТОВНОСТИ ВОСПИТАТЕЛЕЙ ДОШКОЛЬНОГО	83

ОБРАЗОВАНИЯ К РЕАЛИЗАЦИИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ  
ТЕХНОЛОГИЙ

- Белоногов М. Е., Вострых Д. В., Колпакова Ю. В., Рублева О. П.** 91  
ОПЫТ РАБОТЫ «ТЕЛЕФОНА ДОВЕРИЯ» ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ  
ПРОЛОНГИРОВАННОЙ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ  
ПОМОЩИ В СИТУАЦИИ ОСТРОЙ РЕАКЦИИ НА СТРЕСС
- Богданов С. И., Нархов Д. Ю., Нархова Е. Н.** 99  
ГАДЖЕТОЗАВИСИМОСТЬ СРЕДИ СТУДЕНТОВ  
МЕДИЦИНСКОГО И ТЕХНИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТОВ:  
СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
- Богданов С. И., Бодунова Л. А., Митягина Я. Р.** 113  
УПОТРЕБЛЕНИЕ НАТУРАЛЬНЫХ КАННАБИНОИДОВ:  
СОВРЕМЕННЫЙ КОНТЕКСТ
- Богушевич С. П., Ким А. Е.** 129  
ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ КАК ВНУТРЕННИЙ КЛЮЧЕВОЙ РЕСУРС  
СПЕЦИАЛИСТОВ ДЕОНТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ
- Бондарева Е. В.** 136  
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО  
ИНТЕЛЛЕКТА У СТУДЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ  
ОБРАЗОВАНИЯ
- Валиуллина Е. В.** 144  
КАТЕГОРИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ В ПСИХОЛОГИИ
- Валиуллина Е. В.** 151  
СУБЪЕКТИВНОЕ ПЕРЕЖИВАНИЕ ОДИНОЧЕСТВА КАК  
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА
- Васильев Н. А., Яковлева А. А.** 159  
СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО  
УНИВЕРСИТЕТА

<b>Васильева К. В.</b> ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ РЕБЕНКА С МЕНТАЛЬНЫМИ ОГРАНИЧЕНИЯМИ, В СВЕТЕ СОДЕРЖАНИЯ СОВРЕМЕННОГО РОССИЙСКОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА	167
<b>Вертынская Л. А.</b> САМОПОМОЩЬ В СТРЕССОВЫХ СИТУАЦИЯХ ПОСРЕДСТВОМ ПИСЬМЕННЫХ ПРАКТИК	178
<b>Вострых Д. В., Лопатин А. А., Дементьева Г. С., Рубцова О. С.</b> ПРОФИЛАКТИКА БЕЗНАДЗОРНОСТИ И ПРАВОНАРУШЕНИЙ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В РАМКАХ КОМПЕТЕНЦИИ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КУЗБАССА	189
<b>Вострых Д. В., Рубцова О. С.</b> ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА С РОДИТЕЛЯМИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	197
<b>Говорова Г. М., Дарсалия О. В., Зорохович И. И.</b> ПСИХОЛОГО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В ОТДЕЛЕНИИ КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ	204
<b>Головня С. В.</b> ПЕРЕЖИВАНИЕ СЕМЬЕЙ НОРМАТИВНОГО КРИЗИСА РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА	215
<b>Григорьева Н. И.</b> ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИЧНОСТИ СЕРИЙНЫХ УБИЙЦ	225
<b>Гукина Л. В.</b> УЧЕБНОЕ ДИАЛОГИЧЕСКОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ КАК СРЕДСТВО ФОРМИРОВАНИЯ ИНОЯЗЫЧНЫХ КОММУНИКАТИВНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ БУДУЩЕГО ВРАЧА	234



<b>Данилова Н. С., Юркевич Н. А.</b> ВЗАИМОСВЯЗЬ СТИЛЯ РОДИТЕЛЬСКОГО ВОСПИТАНИЯ С УРОВНЕМ КИБЕРАДДИКЦИИ ПОДРОСТКОВ	242
<b>Диц М. В.</b> ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ	251
<b>Дубская Ю. В., Вострых Д. В., Кирина Ю. Ю., Лопатин А. А.</b> РОЛЬ СПЕЦИАЛИСТОВ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ОБЕСПЕЧЕНИИ БЕЗОПАСНОСТИ ДОРОЖНОГО ДВИЖЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ – КУЗБАССА	257
<b>Зорохович И. И., Кириченко Е. А., Колотилина О. В., Лопатин А. А., Шевцова М. А.</b> ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ-УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ	263
<b>Зорохович И. И., Лопатин А. А.</b> ЛЕЧЕНИЕ ТРЕВОГИ И ПАНИЧЕСКИХ АТАК В ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ	273
<b>Зорохович И. И., Говорова Г. М.</b> ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19, И МЕТОДЫ ИХ ТЕРАПИИ	277
<b>Иванова А. В.</b> ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОЗАВИСИМЫХ ЖЕНЩИН – ЖЕН БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ	282
<b>Кирина Ю. Ю., Акименко Г. В., Федосеева И. Ф.</b> ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19	292
<b>Клюева О. П., Беккер А. А.</b> ПОСЛЕРОДОВАЯ ДЕПРЕССИЯ: ПРОБЛЕМА СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ	308

<b>Курязов А. К.</b> МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ АЛКАГОЛЬНОГО ПСИХОЗА У ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ БОЛЬНЫХ	315
<b>Лопатин А. А., Пискарева О. И, Рубцова О. С., Садартдинов С. Ф.</b> ВЕЙПИНГ КАК ЯВЛЕНИЕ. ТОКСИЧНОСТЬ И ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ОРГАНИЗМ	325
<b>Лукашук Ю. В.</b> ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ С ЦЕННОСТНЫМИ ОРИЕНТАЦИЯМИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН СРЕДНЕЙ ВЗРОСЛОСТИ	334
<b>Микаилова А. Ф.</b> ВЛИЯНИЕ ЧРЕЗМЕРНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МОБИЛЬНЫХ УСТРОЙСТВ НА ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ЧЕЛОВЕКА. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	343
<b>Николаев В. А., Шатобалов Я. И., Яцына Д. С.</b> ЛФК В РЕАБИЛИТАЦИИ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ И НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	352
<b>Нурходжаев С. Н.</b> ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ БОЛЬНЫХ С ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНЫМИ ДЕПРЕССИЯМИ	361
<b>Помыткина Т. Е., Ахметзянов Д. Р., Новикова Д. А.</b> ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ	368
<b>Пономаренко Ю. А., Бондарчук О. А.</b> ВЫЯВЛЕНИЕ ПРЕОБЛАДАЮЩЕГО ТИПА МЫШЛЕНИЯ У ПСИХОЛОГОВ	375

<b>Прихода И. В.</b> ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И МЕТОДИКО- ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОПТИМИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНО- ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ К ОБУЧЕНИЮ В ВЫСШЕМ УЧЕБНОМ ЗАВЕДЕНИИ	382
<b>Рохмистрова Н. С.</b> ВАЖНОСТЬ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ПСИХОЗОВ ПОСЛЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ «СОВРЕМЕННЫХ» НАРКОТИКОВ	398
<b>Сафарбаев Б. Б.</b> ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	407
<b>Селедцов А. М., Акименко Г. В., Яковлев А. С.</b> ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	415
<b>Семенова Е. А., Захаров О. П., Бороздин А. В., Тарасова И. В., Полянская Л. В.</b> ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	429
<b>Смирнова Е. С., Шукан В. М.</b> МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА ПОДРОСТКОВ ГРУПП РИСКА ПОСРЕДСТВОМ СОЗДАНИЯ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ КОМАНДЫ (НА ПРИМЕРЕ РАБОТЫ ЦДП «ДОВЕРИЕ» И РОО «БЕЛАЮ» В Г. МИНСКЕ)	437
<b>Соловьева С. Л.</b> ФЕНОМЕН ДУХОВНОГО КАК ФАКТОР СОХРАНЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ	444
<b>Сухарев С. В.</b> ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ИНЪЕКЦИОННОЙ ФОРМЫ НАЛТРЕКСОНА («ВИВИТРОЛ») ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ	454



РЕМИССИИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В  
УСЛОВИЯХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ АНГАРСКОГО  
ФИЛИАЛА ОГБУЗ «ИОПНД»

**Федосеева И. Ф., Гончаренко В. А., Гончаренко А. В.,  
Попонникова Т.В.** 464

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАССТРОЙСТВ  
АККОМОДАЦИИ У ПОДРОСТКОВ С НЕВРОЗОПОДОБНЫМИ  
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

**Федосеева И. Ф., Попонникова Т. В., Гончаренко Э. А.,  
Визило Т. Л.** 473

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА  
ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВИЗАЦИИ ШКОЛЬНОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ

**Чернышев С. В.** 480  
ПРОФИЛАКТИКА НАРКОМАНИИ: МАССОВЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ,  
КАК СОЦИАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ

**Шарипова Ф. К., Сулейманов Ш. Р.** 487  
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ КИБЕРБУЛЛИНГА  
И КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В ПОДРОСТКОВОМ  
ВОЗРАСТЕ

**Яковлева А. А., Яковлев А. С., Красноперова А. О.** 496  
СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ КАК ПРОФЕССИОНАЛЬНО  
ЗНАЧИМОЕ КАЧЕСТВО РАБОТНИКОВ МЕДИЦИНСКИХ  
ПРОФЕССИЙ В СИТУАЦИИ НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ

**Акименко, Яковлева А. А.** 504  
МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ  
ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ.  
ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

<b>Ibragimov S., Kurbonov T.</b> NEUROIMMUNE INTERACTIONS IN ALZHEIMER'S DISEASE: UNRAVELING: THE ROLE OF MICROGLIA AND INFLAMMATORY PATHWAYS	511
<b>Сведения об авторах</b>	518



*С. Корсаков*

### **Сергей Сергеевич Корсаков – основатель русской психиатрической школы**

Сергей Сергеевич Корсаков (1854-1900) - русский психиатр, один из основоположников нозологического направления в психиатрии и московской научной школы психиатрии, автор классического «Курса психиатрии» (1893), основатель экспериментальной психологической лаборатории в Москве (1886).

Сергей Корсаков родился в 1854 году во Владимирской губернии, в фабричном селе Гусь-Мальцевский, ныне город Гусь-Хрустальный.

Гимназию Сергей окончил с одними пятерками и с занесением его фамилии на «Золотую доску». А затем был медицинский факультет Московского университета. Там сформировались его увлечения – лекции Жан-Мартена Шарко (разумеется, в записях), книги Ивана Михайловича Сеченова. Непосредственными руководителями были невропатолог Алексей Яковлевич Кожевников и легендарный Григорий Антонович Захарьин.

Впрочем, Захарьин послужил скорее антипримером. Стиль общения Корсакова с пациентами был совершенно не похож на медицинские приемы этого терапевта-экстремала, который разве что не поколачивал своих несчастных больных.

В 1875 году Сергей Сергеевич защитил дипломную работу «История болезни дворянина Ильи Смирнова, 29 лет» и, будучи патентованным доктором, приступил к работе в одной из самых знаменитых психиатрических больниц Москвы – Преображенской, в наши дни имени В.А. Гиляровского.

Доктор С.И. Штейнберг, главный врач лечебницы начал знакомство с молодым специалистом словами: «В университете вы же мало учились психиатрии, вы даже, вероятно, не знаете, как связывать».

А младший ординатор Корсаков вместо того, чтобы старательно освоить новую премудрость, начал бороться за права пациентов. Он активно выступал против всех этих проверенных временем успокоительных девайсов, приводя в оторопь «старую гвардию».

А в 1877 году определилась специализация Сергея Сергеевича – алкоголики.

В январе 1877 года Корсаков опубликовал свою первую научную работу: «Курс электротерапии» и начал работать над докторской диссертацией «Об алкогольном параличе». В конце 1879 года он вернулся в Преображенскую психиатрическую больницу и одновременно начал работать в частной психиатрической больнице Александра Фёдоровича Беккера.

С.С. Корсаков был гуманистом, но не восторженным идеалистом. А вот за слова «сумасшедший», «помешанный» и «умалишенный» по его настоянию был введен крупный штраф.

Доктор утверждал: «Введение нестеснения ставит неминуемое требование сразу все улучшить, а это сразу же меняет и отношение больного к врачу, так что даже небольшое выражение несогласия со стороны последнего

будет действовать дисциплинирующим образом, и этим можно заменить «лечебное действие рубашки»».

У Корсокова было множество учеников, и всем было понятно: тридцатитрехлетний доктор, фактически, создал собственную психиатрическую школу.

С.С. Корсаков стоял у истоков Московского психологического общества и Неврологического кружка. Ездил по России и Европе. Ежедневно наблюдал алкоголиков. Благодаря исследованиям Сергея Сергеевича в психиатрию вводится новое понятие – амнестический синдром алкоголика, он же «корсаковский синдром», он же «корсаковский психоз». Суть его в том, что у больных алкоголизмом перестает усваиваться витамин В1, и это вызывает органическое поражение мозга.

Пациент не может удержать в памяти недавние события, при этом прекрасно помнит события прошлого. То же касается и навыков, он может делать то, чему учился раньше, но научиться чему-либо новому уже не в состоянии. И виною тому именно органические изменения в организме, а вовсе не «нравственное падение», как полагали ранее.

1 января 1893 года С.С. Корсаков был награждён орденом Св. Станислава 2-й степени. Созданная учёным школа русской психиатрии определила пути развития отечественной психиатрии и утвердила её мировое значение. Личность Сергея Корсакова, являвшего собой высокий пример врача-бессребреника.

Корсаков много работ посвятил физиологическому обоснованию сущности психозов. Сергей Сергеевич много времени посвятил исследованию и такого загадочного психиатрического явления, как галлюцинации.

В 90-е годы XIX века он был и знаменит, и богат, несмотря на то, что бедных лечил бесплатно.

1 мая 1900 года сердце великого ученого перестало биться.

## НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ И КОПИНГ-СТРАТЕГИИ У БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМИ ТИПАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА

Авин А. И.

*Кафедра общей и клинической психологии*

*Белорусский государственный университет, Республика Беларусь, г. Минск*

**Аннотация.** В исследовании приняли участие 25 женщин и 15 мужчин с установленным диагнозом параноидная шизофрения и наличием шизофренического дефекта. Выявлены взаимосвязи между нарушениями мышления, копинг-стратегиями и разными типами шизофренического дефекта. Изучен также гендерный аспект проблемы. Полученные результаты могут быть полезны для дальнейшей разработки и построения коррекционной программы, позволяющей формировать адаптивные формы поведения и реагирования в различных жизненных ситуациях.

**Ключевые слова:** шизофренический дефект, нарушения мышления, копинг-стратегии.

## DISORDERS OF THINKING AND COPING STRATEGIES IN PATIENTS WITH DIFFERENT TYPES OF SCHIZOPHRENIC DEFECT

Avin A. I.

*Department of General and Clinical Psychology*

*Belarusian State University, Republic of Belarus, Minsk*

**Abstract.** The study involved 25 women and 15 men with an established diagnosis of paranoid schizophrenia and the presence of a schizophrenic defect. The interconnections between thinking disorders, coping strategies and different types of schizophrenic defect are revealed. The gender aspect of the problem has also been studied. The results can be useful for further development and construction of a correction program that allows you to form adaptive forms of behavior and response in various life situations.



**Keywords:** schizophrenic defect, impaired thinking, coping strategies.

## **Введение**

Шизофрения - эндогенное заболевание, зачастую ведущее к быстрой инвалидизации пациентов. Разрабатываются и внедряются в практику различные реабилитационные методы и методики, целью которых является попытка помочь «справиться» со специфическими следствиями течения заболевания (дефицитарная симптоматика), чтобы позволить пациенту не терять социальные и трудовые навыки.

Е. Bleuler считал основным диагностическим критерием данной болезни возникновение первичного «основного» расстройства – нарушение мышления. В дальнейшем были выявлены патопсихологические особенности нарушений мышления и специфические копинг-стратегии при шизофрении [2 - 4]. В нашем исследовании был поставлен вопрос о том, как именно взаимодействуют нарушения мышления пациентов (искажение процесса обобщения, смысловые соскальзывания, разноплановость, снижение критичности и т.п.) с выбором стратегий совладающего поведения.

Спецификой шизофрении является то, что независимо от формы и типа течения болезни диагностируется шизофренический дефект, который приводит к утрате работоспособности и является основной причиной инвалидизации. На данном этапе нет единой классификации шизофренических дефектов. По мнению многих ученых это крайне неоднородный феномен, не обладающий четкими границами, возможно ввиду того, что изучение его происходит на разных этапах шизофренического процесса. Единственно в чем сходятся многие авторы, что в наше время следует разграничивать первичную негативную симптоматику (обусловленную непосредственно шизофреническим процессом) и вторичную негативную симптоматику (включающую побочное действие нейролептиков, депрессивные симптомы, явления госпитализма) [6, С.408].

Наиболее полное и четкое описание шизофренического дефекта принадлежит Р.М. Войтенко [2, С.76], который выделил следующие пять его типов:

1. Апато-абулический тип дефекта. По данным Р.М.Войтенко встречается в 8-10 процентах случаев, чаще при простой форме шизофрении, реже при параноидной. При сохранности интеллекта, профессиональных знаний и опыта, на первый план выходит дефицитарная апато-абулическая симптоматика. Для него характерны снижение вплоть до полного отсутствия активных побуждений и интересов, бездеятельность, стереотипность и однообразность поведения. Позитивная психопатологическая симптоматика представлена незначительно.

2. Параноидный тип дефекта встречается в 20-22 процентах случаев. Больные даже вне психозов сохраняют застывшие бредовые образования без стремления к систематизации идей, элементы параноидного бреда (чаще преследования), остаются скрытными, подозрительными.

3. Психопатоподобный тип дефекта встречается в 15-20 % случаев. Больные эгоцентричны, с ярко заостренными личностными чертами, довольно категоричны и жестоки в общении. Различают 3 варианта психопатоподобного типа дефекта:

- Эксплозивный. Характер перестает выполнять свою адаптивную функцию, он больше не в силах сдерживать несогласованность, расщепленность разных сторон темперамента. Появляются эмоциональные расстройства, такие как душевная холодность, аутизм. Формируется выраженный эгоцентризм, склонность к патологическому сутяжничеству.

- Эмоционально-холодный. У больного кардинально изменяются идеалы, установки, мотивы личности, могут разрушаться морально-этические нормы, а как следствие, мы можем наблюдать гиперсексуальность, безудержность, жестокость. Критики обычно к данным изменениям нет.

- Аутистический. Здесь мы наблюдаем в первую очередь вычурность в одежде, манерах. Установки становятся ригидными. Формируется крайне узкий и специфический круг интересов и увлечений.

4. Псевдоорганический тип дефекта встречается в 6-8 % случаев. На фоне формально сохранных интеллектуальных способностей у таких больных на первый план выходит снижение умственной работоспособности, может снижаться память, страдает эмоционально-волевая сфера. Данные нарушения появляются вследствие сочетания шизофренических изменений и органических поражений ЦНС, ЧМТ, атеросклероза, нейроинфекции и т.п. То есть сочетаются между собой нарушения мышления, изменения эмоционально-волевой сферы со снижением памяти, внимания, личности органического характера.

5. Астенический. Встречается чаще всего, развивается в первые 4-8 лет у 18-30 % пациентов. Негативная симптоматика представлена незначительно. Несколько снижается уровень психической активности, ослабляются волевые усилия. Характерна некоторая степень астенизации пациентов.

Данное исследование нацелено на попытку сформировать более детальную картину сочетаний психического статуса (тип шизофренического дефекта, особенности нарушений в мышлении) с механизмами совладания со стрессом для дальнейшей разработки и построения коррекционной программы, позволяющей усиливать адаптивные формы поведения и реагирования в различных жизненных ситуациях.

### **Материалы и методы**

Работа выполнена на базе РНПЦ психического здоровья в психиатрических отделениях для женщин и для мужчин. В исследовании приняли участие 40 пациентов с установленным диагнозом параноидная шизофрения. Из них 25 женщин и 15 мужчин. Средний возраст женщин составил 39 лет, мужчин – 32 года. Средняя длительность заболевания 10 лет,

100% мужчин и 29 % женщин имели 2-ю группу инвалидности, 8% женщин были с 3-ей группой инвалидности и 63 % женщин не имели инвалидности на момент исследования. 100% мужчин и 63% женщин на момент исследования не работали.

При обследовании пациентов, кроме клинического интервью были использованы следующие стандартизированные шкалы и методики: методика Лазаруса – Фолкмана «Стратегии совладающего поведения»; диагностика мышления (классификация предметов, исключение лишнего, методика «Пиктограммы», методика «Сходства», сравнения понятий). Математическая обработка данных проводилась с помощью параметров описательной статистики, коэффициента ранговой корреляции Спирмена,  $\chi^2$  -критерия для распределения 2x2 для установления взаимосвязи, U - критерия Манна - Уитни и Н - критерия Краскала - Уоллеса для независимых выборок для установления различия, факторного анализа. Статистический анализ проводился с помощью программного пакета Statistica 6.0.

### **Результаты и обсуждение**

Среди исследуемых пациентов с параноидной шизофренией преобладающим типом дефекта является психопатоподобный. Данный тип дефекта характеризует больных как эгоцентричных, категоричных, жестоких в общении с ярко заостренными личностными чертами, которые могут проявляться в континууме от эксплозивных проявлений до аутических.

Гендерные особенности состоят в большей встречаемости параноидного дефекта у мужчин и псевдоорганического дефекта у женщин (табл.1). Возможно, указанные особенности связаны с тем, что участвовавшие в исследовании женщины были несколько старше мужчин. Нельзя также исключить влияние гендерных особенностей терапевтического ответа у больных шизофренией. У женщин при большей общей эффективности психофармакотерапии отмечается большая частота и разнообразие побочных эффектов [5].

Таблица 1.

**Типы шизофренического дефекта в исследуемой выборке.**

Типы шизофренического дефекта	Женщины (%)	Мужчины (%)
Психопатоподобный	40	44
Параноидный	9	19
Псевдоорганический	19	6
Астенический	16	12
Апато-абулический	16	19

Выявлен ряд специфических патопсихологических нарушений мышления характерных для разных видов шизофренического дефекта.

Так, для апато-абулического шизофренического дефекта характерны следующие особенности: с операциональной стороны мышления преобладают формально-конкретные образы в рамках искажения процесса обобщения, склонность к сверхобобщению в рамках мотивационно-волевых нарушений, а также выхолощенные ассоциативные образы. Также к нарушениям, характерным для апато-абулического дефекта, относятся изменения динамики мыслительной деятельности в виде инертности в 38% случаях, в 62% нарушена целенаправленность, а в 88% критичность к ошибочно выполненным заданиям.

Параноидный шизофренический дефект характеризуется формально-латентными искажениями операциональной стороны мышления, сверхобобщением и разноплановостью (мотивационно-волевой компонент), присутствием лично-значимых ассоциативных образов в сочетании с выхолощенной символикой. Динамический компонент мышления при параноидном типе дефекта имеет определенные особенности в виде лабильности с полным отсутствием инертности. Мыслительный процесс отличается выраженной нарушенной целенаправленностью и полным отсутствием критики к собственным ошибкам.

Психопатоподобный шизофренический дефект проявляется нарушением операциональной стороны мышления в виде искажений по формально-

латентным признакам. Мотивационно-волевой компонент отличается нарушениями в виде резонерства, разноплановости, свехобобщений. Для ассоциативного процесса характерно наличие личностно-значимых образов. Целенаправленность деятельности значительно не снижена при довольно выраженной нарушенности критичности мышления с умеренной лабильностью.

Патопсихологические особенности мышления при псевдорганическом шизофреническом дефекте характеризуются снижением уровня обобщения в виде ошибок по типу конкретности. Мотивационно-волевой компонент отличается смысловыми соскальзываниями и разноплановостью, в ассоциативных процессах в равной степени проявляются выхолощенность и личностная-значимость образов. Особенностью псевдорганического шизофренического дефекта является полное отсутствие склонности к свехобобщению и резонерству. Наблюдаются отсутствия нарушений в виде лабильности на фоне довольно выраженной инертности процесса мышления. Значительно нарушена целенаправленность психической деятельности, по-видимому, за счет инертности и конкретности. Критика к ошибкам грубо снижена [7].

Астенический шизофренический дефект отличается не явными нарушениями операциональной стороны мышления, в равной степени могут быть представлены ошибки обобщения, как на основе латентных свойств предметов, так и формально-конкретных. Разноплановость как феномен нарушения мышления определяется минимально на фоне выраженного резонерства и склонности к свехобобщению. Снижение психической активности отражается на структурной целенаправленной деятельности, резонерство же не требует направленного усилия, подразумевая под собой бесцельное бесплодное мудрствование. Невзирая на внешне астенические проявления в поведении пациентов, объективно динамический компонент мышления практически не нарушен, критичность несколько снижена.



Таким образом, отличительными чертами нарушений мышления при различных типах шизофренического дефекта являются следующие:

- апато-абулический дефект: конкретность, выхолощенность, инертность, снижение критичности и целенаправленности;
- параноидный дефект: разноплановость, сверхобобщение, формальность и латентность, лабильность;
- психопатоподобный дефект: резонерство, сверхобобщение и личностная значимость, лабильность;
- псевдоорганический дефект: конкретность и формальность, снижение критичности и целенаправленности, инертность;
- астенический дефект: резонерство, склонность к сверхобобщению.

Исследование выявило характерные нарушения для каждого типа шизофренического дефекта. Однако патогномичными особенностями нарушений в мышлении при различных типах шизофренического дефекта является ***выраженное нарушение критичности к собственным ошибкам и грубое снижение целенаправленности.***

В выборке больных шизофренией стратегии совладания со стрессом имеют сглаженный, относительно равновеликий профиль, что говорит об использовании всех типов копинг-стратегий.

Следует отметить, что женщинами с шизофренией несколько чаще используются такие копинги, как дистанцирование, самоконтроль и планирование решений. В стрессовой ситуации данные типы поведения характеризуются попыткой снижения субъективной значимости негативных переживаний, связанных с проблемной ситуацией, и снижением степени эмоциональной вовлеченности в проблему, целенаправленным подавлением или сдерживанием эмоций, а также поиском подходящих попыток для преодоления трудностей за счет анализа ситуации и возможных вариантов поведения в ней.

Для мужчин характерно преобладание конфронтации, бегства-избегания и положительной переоценки в качестве способов совладающего поведения по сравнению с женщинами. Характерное поведение направлено либо на изменение ситуации, либо на отреагирование негативных эмоций в связи с возникшей трудной стрессовой ситуацией. Возможно и на уклонение личности от решения возникших проблем посредством отрицания их, фантазирования и отвлечения, либо предполагает возможность преодоления проблемной ситуации за счет ее положительного переосмысления, рассмотрения ее как стимула для личностного роста.

Что касается самоконтроля, то у мужчин отмечается полярность выбора данной стратегии: либо чрезмерность, что влечет за собой накопление неотреагированных аффективно-заряженных негативных переживаний со сверхтребовательностью к себе, либо дефицитность, что несет в себе социально неблагоприятные последствия из-за неспособности удерживать эмоциональное напряжение в стрессовой ситуации.

В ходе исследования в группе больных были определены статистически значимые слабая и умеренная прямые взаимосвязи *между поиском социальной поддержки и формальностью, сверхобобщением*. Это значит, что чем чаще больные шизофренией прибегают к поиску социальной поддержки в стрессовых ситуациях, тем больше наблюдаются нарушения мышления в виде сверхобобщения и формальности (таблица 2). Отрицательной стороной использования данного копинга является формирование чрезмерных ожиданий по отношению к окружающим с формальной оценкой их реальных возможностей и формированием зависимой позиции.

Выявлены статистически значимые различия по Н-критерию Краскала-Уолиса в *дистанцировании* как способе справиться с трудной ситуацией в зависимости от типа шизофренического дефекта. Дистанцирование более характерно для пациентов с психопатоподобным шизофреническим дефектом ( $p = 0,0016$ ).

Таблица 2.

**Значимые корреляции между копинг-стратегиями и нарушениями в мышлении у больных шизофренией**

Корреляции	Коэффициент Спирмена	Уровень значимости
Поиск социальной поддержки & Формальность	0,415116	0,003348
Поиск социальной поддержки & Сверхобобщение	0,511212	0,000205

Дистанцирование как совладающая стратегия может проявляться в виде использования рационализации, переключения внимания, юмора и обесценивания. Такие реакции могут быть связаны с личностными особенностями человека, а поэтому при психопатоподобном типе дефекта с учетом его заостренности личностных черт, может наблюдаться его преобладание. Но обратной стороной дистанцирования является обесценивание своих переживаний и возможностей преодоления в сложной ситуации.

По данным статистического анализа с помощью критерия Краскала-Уолиса наблюдаются статистически значимые различия в *принятии ответственности* в зависимости от типа шизофренического дефекта. Значения ранговых сумм указывают на преобладание способности понимать собственную роль в возникновении проблемной ситуации у пациентов с психопатоподобным и астеническим типом дефекта ( $p = 0,0072$ ).

Кроме того, имеются статистически значимые различия в *бегстве* как совладающим поведением в зависимости от типа шизофренического дефекта. При этом попытка уклонения личности от решения возникшей проблемной ситуации больше наблюдается при психопатоподобном и астеническим типам шизофренического дефекта ( $p = 0,0055$ ).

Итак, сопоставление копингов и типов дефекта показало, что из пяти типов шизофренического дефекта только для психопатоподобного и астенического, в рамках которых превалируют личностные изменения, характерны копинг-стратегии принятие ответственности, бегство и

дистанцирование. С одной стороны, данные стратегии направлены на мобилизацию ресурсов и решение проблемы, но с другой стороны, в сочетании с нарушением критичности и целенаправленности мышления они приводят к социальной дезадаптации.

### **Заключение**

1. Различные типы шизофренического дефекта (психопатоподобный, псевдоорганический, параноидный, апато-абулический, астенический) характеризуются специфическими нарушениями мышления, выявляемыми в ходе патопсихологического исследования.

2. Общими особенностями расстройств мышления при различных типах шизофренического дефекта являются выраженное нарушение критичности к собственным ошибкам и грубое снижение целенаправленности.

3. У пациентов с параноидной шизофренией, находящихся на стационарном лечении, преобладающим типом дефекта является психопатоподобный. Гендерные особенности шизофренического дефекта состоят в большей встречаемости параноидного дефекта у мужчин и псевдоорганического дефекта у женщин.

4. Нозоспецифические копинг-стратегии у больных шизофренией не выявлены. Женщины чаще используют дистанцирование, самоконтроль и планирование решений. Мужчины – конфронтацию, бегство – избегание, положительную переоценку.

5. Копинг-стратегии «поиск социальной поддержки» связана у больных шизофренией с нарушением мышления в виде свехобобщения и формальности.

6. Выявлена взаимосвязь копинг-стратегий «бегство», «дистанцирование» и «принятие ответственности» с астеническим и психопатоподобным типами шизофренического дефекта.

Автор выражает признательность Калмыковой Марии Ивановне, клиническому психологу РНПЦ психического здоровья МЗ РБ, за оказанную помощь при проведении данного исследования.

#### **Литература/ References:**

1. Войтенко, Р. М. Социальная психиатрия с основами медико – социальной экспертизы и реабилитации. Руководство для врачей и клинических психологов / Р.М. Войтенко.- СПб., 2011. 192 с.

2. Зейгарник, Б. В. Нарушения мышления у психически больных / Б. В. Зейгарник.- М., 1958.

3. Исаева, Е.Р. Копинг – механизмы в системе приспособительного поведения больных шизофрений: дисс. на соиск. учен. степ. канд. псих. наук: 19.00.04 /Е. Р. Исаева.- СПб., 1999. 150 с.

4. Критская, В. П., Мелешко, Т. К., Поляков, Ю. Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание /В. П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков.- М., 1991. 130 с.

5. Петрова Н.Н., Дорофейкова М.В. Гендерные особенности терапевтического ответа при шизофрении // Психиатрия и психофармакотерапия. 2018. N 5. С.4.

6. Руководство по психиатрии / Под ред. А. В. Снежневского. – Т.1. М.: Медицина, 1983. 480 с.

7. Психическое здоровье человека в современном обществе. междисциплинарные проблемы и возможные пути их решения. Монография. Акименко Г.В., Кирина Ю.Ю., Копытин А.И., Лопатин А.А., Селедцов А.М., Валиуллина Е.В., Гукина Л.В., Кадис Л.Р., Федосеева И.Ф., Яковлев А.С. Москва, 2022. 295 с.

## ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКИХ ДИСФУНКЦИЙ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19: ОБЗОР

Акименко Г. В., Кирина Ю. Ю.

*Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии  
ФГБОУ «Кемеровский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

**Аннотация.** Новое коронавирусное заболевание (COVID-19) превратилось в пандемию, затрагивающую здоровье и благополучие во всем мире. Помимо физических, экономических и социальных последствий для здоровья, в научной литературе все чаще сообщается о психологических последствиях этой пандемии. В описательном обзоре отражены научные статьи по эпидемиологии проблем психического здоровья при COVID-19. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что пандемия COVID-19 сопровождается психиатрической эпидемией, что требует внимания мирового сообщества здравоохранения.

**Ключевые слова:** пандемия, психическое здоровье, коронавирус, COVID-19, психически больные, психиатрическая служба.

## PROBLEMS OF MENTAL DYSFUNCTION DURING THE COVID-19 PANDEMIC: REVIEW

Akimenko G. V., Kirina Yu. Yu.

*Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology  
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

**Abstract.** The novel coronavirus disease (COVID-19) has become a pandemic affecting health and well-being around the world. In addition to the physical, economic and social health consequences, the psychological consequences of this pandemic are increasingly being reported in the scientific literature. This narrative review reflects scientific articles on the epidemiology of mental health problems in COVID-19. Available evidence suggests that the COVID-19 pandemic is



accompanied by a psychiatric epidemic that requires the attention of the global health community.

**Keywords:** pandemic, mental health, coronavirus, COVID-19, mentally ill, psychiatric service.

## Введение

COVID-19 (CoronaVirus Disease 2019) - это новая вирусная инфекция, которая обладает рядом особенностей, таких как быстрая скорость распространения, высокий уровень летальности, значимые социальные и экономические последствия, разрушающие привычный уклад жизни [16, 17].

Пандемию (от греч. πανδημία - «весь народ») COVID-19 вполне обоснованно называют войной. Большинство людей, лично пострадавших от коронавируса, переживают острое стрессовое расстройство, многие столкнулись с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), но у ряда людей будет более глубокий след от пережитого в виде затяжных тревожных расстройств, депрессивных эпизодов, невротических нарушений и личностных деформаций.

Психическое здоровье - это состояние психического благополучия, при котором люди хорошо справляются со многими жизненными стрессами, могут не только реализовать свой собственный потенциал, но и работать продуктивно, плодотворно и вносить свой вклад в жизнь сообщества. Психическое здоровье имеет огромную внутреннюю ценность, поскольку относится к самой сути того, что делает человек: к тому, как он взаимодействует, общается, учится, работает и переживает страдания и счастье. Хорошее психическое здоровье поддерживает способность личности вести здоровый образ жизни, сохраняя себя и других в безопасности, в том числе и свое здоровье во время пандемии. Оно имеет решающее значение для реагирования каждой страны на COVID-19 и восстановления после нее.

Несмотря на то, что кризис, вызванный COVID-19, угрожает в первую очередь физическому здоровью, он может стать причиной серьезных проблем в области психического здоровья, если не будут приняты соответствующие меры. Поскольку крепкое психическое здоровье имеет огромное значение для функционирования любого общества, его охрану необходимо поставить во главу угла в усилиях каждой страны по борьбе с пандемией и последующего восстановления общества. В настоящий момент психическое здоровье и благополучие целых сообществ серьезно пострадали в результате кризиса, спровоцированного COVID-19, забота о них входит в число приоритетных задач, требующих срочного решения [2].

**Цель настоящего исследования** - изучить распространенность психологических проблем у различных групп населения во время пандемии COVID-19, определить основные факторы, оказывающие негативное влияние на психическое здоровье человека и проанализировать работу специализированных служб, направленную на минимизацию негативных последствий для психического здоровья населения, вызванных пандемией COVID-19.

### **Материалы и методы**

В представленной работе отражены результаты обзора и анализа отечественных и зарубежных литературных источников по проблеме воздействия новой коронавирусной инфекции на нервную систему человека.

### **Результаты и обсуждение**

В 1980-х гг. в США сформировалось понятие «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР), был введен термин «вьетнамский синдром» для описания психических симптомов и изменений личности, возникших у ветеранов войны во Вьетнаме после ее окончания [3]. В практике советских и российских психиатров аналогичные состояния наблюдались у участников войн в Афганистане и Чечне («афганский» и «чеченский» синдромы) [5]. Установлено, что не только военные действия могут стать причиной

психической травмы и приводить к стрессовым расстройствам. Известны многочисленные описания психологических последствий катастроф [7], природных катаклизмов (например, землетрясений [8] и ураганов [9]), террористических актов (11 сентября 2001 г. [10]).

В настоящее время в научный оборот введено понятие «коронавирусный синдром». Сейчас мы можем только выдвигать гипотезы, как будет развиваться ситуация в дальнейшем, поскольку для более четкого определения «коронавирусного синдрома», безусловно, должно пройти время - как минимум 6 мес. от момента завершения пандемии.

До появления COVID-19 статистические данные о психических состояниях (включая неврологические расстройства и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, риск суицида и связанные с ними психосоциальные и интеллектуальные нарушения) были уже ярко выражено негативными:

- Мировая экономика теряет более 1 триллиона долларов США в год из-за депрессии и беспокойства.
- От депрессии страдают 264 миллиона человек в мире.
- Примерно половина всех состояний психического здоровья начинается в возрасте 14 лет, а самоубийства - вторая ведущая причина смерти среди молодых людей в возрасте 15-29 лет.
- Более чем 1 из 5 человек, живущих в условиях конфликта, страдает психическим заболеванием.
- Люди с тяжелыми психическими расстройствами умирают на 10-20 лет раньше, чем население в целом.
- Менее половины стран сообщают о согласовании своей политики в области психического здоровья с конвенциями о правах человека.
- В странах с низким и средним уровнем доходов от 76% до 85% людей с психическими расстройствами не получают лечения от своего состояния,

несмотря на доказательства того, что эффективные вмешательства могут быть реализованы в любом контексте ресурсов.

- Во всем мире на каждые 10 000 человек приходится менее 1 специалиста по психическому здоровью.
- Нарушения прав человека в отношении людей с тяжелыми психическими расстройствами широко распространены во всех странах мира [1, 5, 10-13].

Известно, что психическое благополучие - одно из самых игнорируемых областей здоровья. Как следствие, несмотря на воздействие чрезмерных стресс-факторов на отдельных людей, семьи и общество, в психическое здоровье вкладывается недостаточно инвестиций. Страны тратят в среднем только 2% своих бюджетов здравоохранения на сохранение психического здоровья. Средний размер расходов других секторов здравоохранения неизвестен, но принято считать, что он является незначительной частью этого показателя [1]. По оценкам специалистов, международная помощь развитию в области психического здоровья составляет менее 1% от мировых затрат на здравоохранение [3]. И это несмотря на хорошо задокументированную сопутствующую патологию физического и психического здоровья таких заболеваний, как ВИЧ / СПИД и туберкулез; а теперь и COVID-19.

В условиях пандемии и других кризисных ситуаций можно с уверенностью прогнозировать высокий уровень стресса. Неблагоприятные обстоятельства - это общепризнанный фактор риска краткосрочных и долгосрочных проблем психического здоровья. Исследования прошлых эпидемий выявили негативное влияние вспышек инфекционных заболеваний на психическое здоровье людей.

Ключевой посыл Комиссии Lancet по глобальному психическому здоровью и устойчивому развитию заключается в том, что проблемы психического здоровья существуют в диапазоне от легкого, ограниченного по времени дистресса до тяжелых состояний психического здоровья. Пандемия

влияет на то, где население находятся в этом континууме. Многие люди, которые раньше хорошо справлялись с психологическими проблемами, в сложившейся ситуации менее адаптивны из-за множества факторов стресса, вызванных COVID-19. Те, у кого ранее было мало переживаний тревоги и дистресса, испытывают увеличение их количества и интенсивности, а у некоторых развивается состояние психического нездоровья. При этом у людей, уже имевших ранее психическое заболевание, наблюдается ухудшение психологического состояния и снижение функциональности [16, 17].

Страдания людей можно понять, учитывая воздействие пандемии на жизнь людей. Во время чрезвычайной ситуации COVID-19 человек опасается заражения, смерти и потери членов семьи. В то же время огромное количество людей, потерявших или рискующих потерять средства к существованию, оказались в социальной изоляции и были разлучены с близкими.

Широко распространенная дезинформация о вирусе и мерах профилактики, а также глубокая неуверенность в будущем являются дополнительными серьезными источниками стресса. Неоднократные изображения в СМИ тяжелых больных, мертвых тел и гробов усиливали чувство страха. Осознание того, что у человека может не быть даже возможности попрощаться с умирающими близкими, усугубляло страдания людей [4].

Неудивительно, что в разных странах были зарегистрированы более высокие, чем обычно, уровни симптомов депрессии и тревоги. Крупное исследование, проведенное в региональном штате Амхара (Север Эфиопии), в апреле 2020 года, показало, что уровень распространенности симптомов, соответствующих депрессивному расстройству, оценивается в 33%, что в 3 раза больше по сравнению с оценками в этом районе до эпидемии [14].

По данным исследователей из университетов Шеффилда и Ольстера, после сообщения премьер-министра Великобритании о введении режима самоизоляции представленность тревожных расстройств возросла более чем на

20 % [4]. Недавнее исследование, проведенное в Китае, позволило выявить тревожные расстройства у 73,4 %, депрессию – у 50,7 %, инсомнию – у 36,1 % испытуемых [5]. Другое крупномасштабное исследование, проведенное на 7236 добровольцах, позволило выявить у каждого третьего тревожные и у каждого пятого – депрессивные расстройства. При этом более молодые участники были склонны к развитию тревожных и депрессивных симптомов во время вспышки COVID-19, чем участники более старшей ( $\geq 35$  лет) возрастной группы. По сравнению с другими профессиональными группами, медицинские работники отметили плохое качество сна. Установлено, что люди, которые проводили много времени ( $\geq 3$  час/сут), думая о опасности коронавируса, были более склонны к развитию тревожных симптомов [6].

По данным исследования, проведенного в Италии весной 2020 года после 3-4 недель локдауна, был выявлен ряд нарушений в психической сфере. Так, у 20,8% респондентов отмечалась выраженная тревога; у 37% - посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР); у 22,8% - сильный стресс; у 7,3% - нарушение сна (бессонница); у 21,8% - нарушения адаптации и у 17,3% - депрессивные расстройства [11].

Помимо симптомов тревоги, в условиях пандемии отмечены: рост числа и выраженности признаков депрессии (плаксивость, снижение настроения; чувство беспомощности, скуки, одиночества и подавленности из-за изоляции, изменения своих привычек и образа жизни; чувство вины и стыда из-за того, что «выжили», «заразили других» или «не смогли помочь другим»; растерянность, эмоциональное оцепенение или деморализация из-за потери некоторых предпочитаемых видов деятельности, как на работе, так и в свободное время, включая спортивные мероприятия и физическую активность; социальная или коммуникативная замкнутость), когнитивных расстройств (дезориентация - в месте, времени, собственной личности; ступор или психомоторное возбуждение; неспособность понять причины ограничений, связанных с правилами гигиены, и способов их осуществления, в том числе

положения, ограничивающие поездки и мероприятия на свежем воздухе), а также нарушений поведения (самоповреждения и/или агрессивное поведение по отношению к объектам или к другим людям) [1, 3, 8, 9].

Согласно результатам пилотных популяционных исследований, пандемия коронавирусной инфекции COVID-19 спровоцировала увеличение числа клинически завершенных форм психических расстройств [10, 12, 13], которые в свою очередь могут являться предикторами снижения иммунитета и повышения вероятности неблагоприятного течения вирусной инфекции в случае заражения [14, 15]. Этому способствует и то, что у пациентов с психическими расстройствами были зафиксированы и серьезные соматические недуги (метаболический синдром, диабет, сердечно-сосудистая и легочная патология [16, 17]), являющиеся факторами риска развития тяжелых форм COVID-19, встречаются в 2,5 раза чаще, чем у населения в целом [14-17].

Все это делает таких больных более склонными к развитию осложнений, ухудшает прогноз любого соматического заболевания и увеличивает вероятность госпитализации. Возможными причинами этого у пациентов с психическими расстройствами являются когнитивные нарушения, стигматизация, снижение инстинкта самосохранения, недостаточная критичность, плохая комплаентность, сопровождающаяся нарушениями режима самоизоляции и несоблюдением санитарных правил [13].

Чтобы справиться со стрессорами, люди могут прибегать к различным негативным способам совладания, включая употребление алкоголя, наркотиков, табака или тратить больше времени на потенциально вызывающее привыкание поведение, такое как онлайн-игры. Статистика из Канады свидетельствует о том, что 20% населения в возрасте 15-49 лет увеличили потребление алкоголя [2].

Нельзя упускать из виду долгосрочное воздействие кризиса, спровоцированного COVID-19, на психическое здоровье человека и, в свою очередь, на психическое здоровье социума в целом. Так, в результате



экономического кризиса 2008 года среди американцев трудоспособного возраста был зафиксирован рост «смертей от отчаяния» [1]. Смертность, связанная с самоубийствами и употреблением психоактивных веществ, составила большую часть этих смертей, что было связано с потерей надежды из-за отсутствия работы и растущего неравенства. По мере роста экономического бремени COVID-19 можно ожидать аналогичных потерь для психического здоровья людей, что окажет серьезное влияние на отдельных людей, семьи и общество в целом.

Воздействие COVID-19 на мозг так же вызывает серьезную озабоченность. Основные причины заключаются в том, что

- COVID-19 может вызывать неврологические проявления, включая головную боль, нарушение инсульта и менингоэнцефалит.
- Основные неврологические состояния повышают риск госпитализации по поводу COVID-19, особенно для пожилых людей.
- Стресс, социальная изоляция и насилие в семье могут повлиять на здоровье и развитие мозга маленьких детей и подростков.
- Социальная изоляция, снижение физической активности и снижение интеллектуальной стимуляции увеличивают риск снижения когнитивных функций и деменции у пожилых людей [13].

Перечисленные неврологические проявления были отмечены у людей во многих странах [6]. Более того, социальные последствия пандемии могут повлиять на развитие здоровья мозга у маленьких детей и подростков и снижение когнитивных функций у пожилого населения. Необходимы срочные меры, чтобы предотвратить долгосрочное воздействие на мозг, как самых молодых, так и старших членов нашего общества.

Сложившаяся ситуация осложняется тем фактом, что до пандемии в большинстве сообществ мира, и особенно во многих гуманитарных и конфликтных ситуациях, уже был ограниченный доступ к качественной и доступной психиатрической помощи. В настоящее время такая возможность

еще более ограничена из-за COVID-19, поскольку пандемия нарушила работу специализированных служб по всему миру.

Ключевыми факторами, влияющими на услуги специалистов в области психиатрии, являлись: инфекция и риск заражения в учреждениях длительного пребывания, включая уход дома; препятствия на пути к личной встрече с людьми; заражение этим вирусом сотрудников психиатрических служб; и закрытие специализированных учреждений с тем, чтобы превратить их в лечебные учреждения для людей, заразившихся коронавирусом.

По данным Международной сети по политике долгосрочного ухода, примерно половина всех смертей, связанных с COVID-19, в Австралии, Бельгии, Канаде, Франции, Ирландии, Норвегии и Сингапуре происходила среди пациентов учреждений долгосрочного ухода, а уровень смертности колебался от 14 % до 64% [14-16]. Многие из этих учреждений длительного пребывания являются хостингом для людей с деменцией.

Амбулаторные службы охраны психического здоровья во всем мире также серьезно пострадали. Спрос на личные психиатрические услуги значительно снизился из-за страха заражения, особенно среди пожилых людей. Многие специалисты были вынуждены переключиться на дистанционную психиатрическую помощь. Показательно, что повышенное внимание уже в 2020 г. уделялось цифровой психиатрической помощи, оказанию медицинских услуг и реализации программ для родителей (включая использование более простых технологий, таких как телефон и SMS). Такие подходы и в будущем могут быть эффективными и масштабируемыми, хотя их ограничение заключается в том, что многие, в том числе и пожилые люди имеют ограниченный доступ к Интернету или телекоммуникациям, и такие подходы не являются ответом на все потребности психического здоровья. По-прежнему остаются важными и значимыми классические методы лечения.

Службам психического здоровья пришлось искать новаторские способы реорганизации и адаптации предоставления услуг для обеспечения непрерывности оказания помощи во время пандемии.

В Мадриде, например, были вынуждены переоборудовать более 60% своих койко-мест для психиатрических больниц для оказания помощи людям с COVID-19, что снизило количество людей, обращающихся за неотложной психиатрической помощью на 75% [10]. Чтобы справиться с этим, службам психического здоровья пришлось быстро адаптироваться. По возможности, людей с тяжелыми заболеваниями переводили в частные клиники, чтобы обеспечить непрерывность лечения. В наиболее серьезных случаях были организованы посещения на дому. Также необходимо было установить партнерские отношения с ИТ-экспертами, чтобы персонал психиатрической службы, работающий по месту жительства, мог получить доступ к электронным историям болезни при сохранении конфиденциальности.

Критически пострадала и психосоциальная поддержка, оказываемая на уровне сообщества. Например, группы, ассоциации и общественные инициативы, которые раньше регулярно объединяли людей до пандемии (например, клубы пожилых людей, молодежные группы, спортивные клубы, организации людей с жизненным опытом и их семей, взаимные группы помощи при алкогольной и наркотической зависимости, культурные программы) - предлагающие социальную поддержку, смысл и чувство принадлежности - не могли работать в течение нескольких месяцев.

В современных условиях поддержание и укрепление служб и программ психического здоровья должно быть приоритетом для удовлетворения текущих и будущих потребностей в области психического здоровья и помощи в предотвращении роста психических заболеваний в будущем. Ответные меры на пандемию - это возможность улучшить масштабы и повысить рентабельность различных вмешательств в области психического здоровья.

В условиях, где есть доступ к Интернету, психическое благополучие людей поддерживается за счет создания онлайн-групп поддержки и социальных сообществ для борьбы с одиночеством и скукой и укрепления социальных связей, для распространения позитивных посланий надежды и единства и для мобилизации добровольцев. чтобы помочь тем, кому нужна помощь.

Исключительный стресс, сталкиваясь с экстремальной рабочей нагрузкой, трудными решениями, рисками заражения и распространения инфекции среди семей и сообществ, переживают медицинские работники. Поступали сообщения о попытках самоубийства и самоубийствах со стороны с их стороны. В целом ситуация выглядела крайне тревожно.

Так,

- в Канаде 47% медицинских работников сообщили о необходимости психологической поддержки.
- в Китайской Народной Республике медицинские работники сообщили о высоком уровне депрессии (50%), тревожности (45%) и бессонницы (34%).
- в Пакистане большое количество медицинских работников сообщают о психологическом стрессе от умеренного (42%) до тяжелого (26%) [13-14].

Рядом с темой травматизации медицинского персонала в период пандемии часто находится тема героизма. Герои – это люди, играющие чрезвычайно важную роль в жизни других людей в условиях трудных или чрезвычайных обстоятельств и подвергающие тем самым риску собственную жизнь.

С одной стороны, героизм ассоциируется с максимально осмысленной, проживаемой и подлинной жизнью: это то время и место, где человек ощущает себя максимально необходимым, где мир запрашивает именно его и он может максимально реализовать здесь свой потенциал: мужество, способности, знания, энергию, опыт. Героический нарратив с древнейших времен по наши дни отражает этапы развития личности героя, которые могут быть пройдены именно в травматической ситуации: сепарация (выход из привычных

безопасных условий); прохождение через экстремальный опыт и трансформация личности; реализация потенциала, приобретенного в результате страданий, в преобразовании внешнего мира. В этом процессе, вероятно, отражен феномен так называемого «посттравматического личностного роста», который давно описан в психологии и имеет эмпирические подтверждения. Людям свойственно искать и обнаруживать смыслы в трудных жизненных ситуациях: самым ярким примером этого является личность психолога и психиатра Виктора Франкла – основателя логотерапии, прошедшего через концлагерь и создавшего там основной труд своей жизни «Скажи жизни «Да!». Помощь другим, как источник смысла, является огромным ресурсом в прохождении через травматические ситуации, каковой является и пандемия коронавируса.

С другой стороны, героизм не может быть навязан или искусственно создан: истинное героическое поведение может быть только актом глубокого совпадения внутренней готовности и внешнего запроса. Навязывание социальной роли героя имеет риск привести к саморастрачиванию, ощущению себя жертвой, дистрессу и психическому истощению. Это вдвойне опасно в случае, когда героизмом одной социально-профессиональной группы искусственно прикрывается несостоятельность другой. Люди вообще и врачи, в частности, не обязаны быть героями. Способность жертвовать собой не должна быть следствием социального давления. Исследования израильских ученых показывают, что идентификация себя с героем перед военной операцией является предиктором тревожности в этот период [6].

Пожилые люди и люди с уже существующими заболеваниями так же подвержены значительному риску опасных для жизни осложнений COVID-19. Примерно 8 из 10 зарегистрированных смертей в США и Германии произошли среди людей в возрасте 65 лет и старше или 70 лет и старше соответственно [7]. Понятно, что многие пожилые люди и люди с ранее существовавшими заболеваниями (например, сердечными заболеваниями, гипертонией) в

настоящее время чрезвычайно обеспокоены тем, что могут быть инфицированы вирусом и не имеют доступа к надлежащей помощи. Некоторые из них, в том числе с когнитивными нарушениями, могут испытывать трудности с доступом к советам по профилактике инфекций и подвергаются более высокому риску изоляции. Одиночество - главный фактор риска смерти у пожилых людей [5].

Подростки и молодые люди также являются группой риска в условиях современно кризиса, поскольку большинство психических заболеваний развиваются в этот период жизни. Многие молодые люди увидели, как их будущее изменилось. Например, закрылись школы, не проводились экзамены, ухудшились экономические перспективы. Исследование, проведенное среди молодых людей с историей психических расстройств, проживающих в Великобритании, показывает, что 32% из них согласились с тем, что пандемия значительно ухудшила их психическое здоровье [8]. Основными источниками стресса были опасения по поводу здоровья их семьи, школы и закрытие университетов, потеря рутины и потеря социальных связей. Оказание психиатрических услуг должно включать в себя конкретные действия, адаптированные для этой группы населения.

Женщины - еще одна группа людей, у которой есть особые проблемы. Исследование уровней стресса среди населения Индии во время пандемии COVID-19 показало, что 66% женщин сообщили о стрессе по сравнению с 34% мужчин [4]. В нынешней ситуации с COVID-19 беременные и роженицы особенно часто беспокоятся из-за трудностей с доступом к услугам и социальной поддержке, а также из-за страха перед инфекцией. В некоторых семьях в период карантина возросли дополнительные обязанности по уходу, таких как обучение детей на дому и уход за пожилыми родственниками. Как и в случае жестокого обращения в детстве, ситуация стресса и ограничений на передвижение увеличила насилие в отношении женщин. Было подсчитано, что в мире может произойти 31 миллион дополнительных случаев гендерного насилия, если ограничения сохраняются в течение как минимум 6 месяцев [13].

Опубликован аналитический отчет ООН, в котором конкретно рассматривается влияние COVID-19 на женщин и меры, которые необходимо принять сейчас для устранения этого воздействия.

Люди в гуманитарных и конфликтных ситуациях, чьи потребности в психическом здоровье часто игнорируются, так же требуют большего внимания. Фактические данные показывают, что в условиях конфликта каждый пятый человек страдает психическим заболеванием. Ситуация пандемии может усугубить существующие состояния психического здоровья, вызвать новые состояния и ограничить доступ и без того недостаточным имеющимся услугам в области психического здоровья. Более того, часто бывает трудно придерживаться мер по профилактике инфекций (таких как физическое дистанцирование) для людей в гуманитарной среде, таких как беженцы или внутренне перемещенные лица, живущие в многолюдных лагерях или поселениях. Это увеличивает риск заражения COVID-19 и вызывает высокий уровень стресса. Пока нет данных о психическом здоровье людей, связанных с COVID-19, в гуманитарных и конфликтных ситуациях, но данные о мигрантах вызывают беспокойство. Межучрежденческий постоянный комитет (IASC) рекомендовал ряд ключевых действий для минимизации и устранения влияния COVID-19 на психическое здоровье и психосоциальное благополучие [9].

Последствия пандемии уже оказали и будут иметь серьезные последствия для психического здоровья людей. Поэтому чрезвычайные ситуации должны стать катализатором восстановления более качественных и устойчивых служб психического здоровья.

### **Заключение**

Современная ситуация пандемии имеет ряд особенностей, которые позволяют говорить о ней как о глобальном травматическом стрессоре. В условиях COVID-19 можно выделить группы людей, которые испытывают психологический дистресс. Последствия этого дистресса мировое сообщество будет ощущать на себе еще как минимум годы и, вероятно, десятилетия.



Наиболее эффективными в процессе совладания со стрессом у людей во время эпидемии, могут быть психологическое самообразование или информирование, неформальная социальная поддержка, а также полная доступность психологической/психиатрической помощи.

Люди, перенесшие COVID-19, имеют повышенный риск стать пациентами психиатра. Психиатрическая отрасль должна подготовиться к наплыву лиц, жалующихся на депрессию, посттравматическое стрессовое расстройство и другие нарушения. Между тем период наблюдения за больными COVID-19 пока что еще слишком мал, чтобы делать окончательные заключения о влиянии вируса на центральную нервную систему.

#### **Литература/ References:**

1. Акименко, Г.В. Коронавирус и кризисные ситуации с позиции психологии // Г.В. Акименко, А.М. Селедцов, Ю.Ю. Кирина. [Электронный ресурс]. Дневник науки. 2020. № 7 (43). С. 16.

2. Кирина, Ю. Ю. Опыт дистанционного обучения студентов факультета «Сестринское дело» в условиях пандемии COVID-19 // Г.В. Акименко, А.М. Селедцов, Ю.Ю. Кирина, Л.В. Начева [Электронный ресурс]. Медицинская сестра. 2020. Т. 22. № 5. С. 12-18. (URL 27.02.2024).

3. Начева, Л.В. Психология эпидемии: как пандемия (COVID-19) влияет на психику людей // Г.В. Акименко, А.М. Селедцов, Ю.Ю. Кирина, Л.В. Начева [Электронный ресурс]. Вестник общественных и гуманитарных наук. 2020. Т. 1, № 4. С. 45-54. (URL 27.02.2024).

4. Селедцов, А. М. Проблемы психического здоровья в условиях пандемии // Г.В. Акименко, А. М. Селедцов, Ю. Ю. Кирина. [Электронный ресурс] / Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии: сборник материалов Международной научно-практической конференции, посвященной 115 - летию со дня рождения австрийского психиатра и психолога В.Э. Франкла (Кемерово, 18 сентября 2020 г.) / отв. ред. А.М. Селедцов, А.А.

Лопатин, Г.В. Акименко, Ю.Ю. Кирина. – Кемерово: КемГМУ, 2020. 370 с. (URL 27.02.2024).

5. Фишхофф, Б. Психология коронавирусной тревоги. [Электронный ресурс]. - URL: <https://www.apa.org/research/action/speaking-of-psychology/coronavirus-anxiety>. (URL 27.02.2024).

6. Визило, Т.Л., Попонникова, Т.В., Федосеева, И.Ф. Вопросы первичной профилактики инсульта у взрослых и детей // Лечащий врач. 2019. № 10. С. 30-35..

7. S. Mazza, E. Ricci, Biondi S., M. Colasanti, Ferracuti S., S. Napoli, Roma P. a Nationwide study of psychological distress among Italians during the COVID-19 pandemic: immediate psychological responses and related factors. Conf. RES. Public health. 2020; 17: 3165. doi: 10.3390/ijerph17093165.

8. McIntyre R. S., Li Yu. CoV Covid-19. Res Res. 2020; 290 doi: 10.1016 / j. psychres. 2020. 113104.

9. Ozamiz-Etxebarria N., Dosil-Santamaria M., Picaza-Gorrochategui M., Idoiaga-Mondragon N. уровни стресса, тревоги и депрессии на начальной стадии вспышки COVID-19 в популяционной выборке на севере Испании. Хам. Saude. Publica. 2020; 36 (4) doi: 10.1590/0102-311X00054020.

10. Özdin S., Özdin S.B. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: the importance of gender. Int. J. Soc. Psychiatry. 2020:1–8. doi: 10.1177/0020764020927051.

11. Pisciotta M., Denneson L.M., Williams H.B., Woods S., Tuepker A., Dobscha S.K. Providing mental health care in the context of online mental health notes: advice from patients and mental health clinicians. J. Ment. Health. 2019;28 (1):64–70. doi: 10.1080/09638237.2018.1521924.

12. Qiu J., Shen B., Zhao M., Wang Z., Xie B., Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. Gen. Psychiatr. 2020; 33 doi: 10.1136/gpsych-2020-100213.

13. Tran B. X., Phan H. T., Nguyen T. P. T., Hoang M. T., Vu G. T., Lei H. T., Latkin C. A., Ho C. S. H., Ho R. C. M. Reaching further by Village Health Collaborators: The informal health Task Force of Vietnam for COVID-19 responses. J. Glob. Health. 2020;10 (1) doi: 10.7189/jogh.10.010354.

14. Fung Wong P, Craik S, Newman P, Makan A, Srinivasan K, Crawford E et al. Lessons of the month 1: A case of rhombencephalitis as a rare complication of acute COVID-19 infection. Clin Med. 2020;20(3):1-2. doi:10.7861/clinmed.2020-0182

15. Filatov A, Sharma P, Hindi F, Espinosa P. Neurological complications of coronavirus disease (COVID-19): encephalopathy. Cureus. 2020;12(3): e7352. doi:10.7759/cureus.7352

16. Helms J, Kremer S, Merdji H, Clere-Jehl R, Schenck M, Kummerlen C et al. Neurologic features in severe SARS-CoV-2 infection. N Engl J Med. 2020. [Ahead of print, published online 7 May 2020]. doi:10.1056/NEJMc2008597.

17. Zhao H, Shen D, Zhou H, Liu J, Chenet S. Guillen-Barre syndrome associated with SARS-CoV-2 infection: causality or coincidence? Lancet. 2020;19(5):383-384. doi:10.1016/S 1474-4422 (20)30109-5.

## ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ И КОПИНГ СТРАТЕГИЙ У МУЖЧИН С ПЕРВИЧНЫМ БЕСПЛОДИЕМ

Алиев Б. А.

*Кафедра психиатрии, наркологии, детской психиатрии,  
медицинской психологии и психотерапии  
Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт,  
Республика Узбекистан, г. Ташкент*

**Аннотация.** В данной статье приводятся результаты исследований уровня тревожности и механизмов психологической защиты у мужчин с первичным бесплодием. Преобладание высоких показателей дезадаптивных видов копинг-поведения у пациентов урологического профиля являются

фактором риска формирования тревожно-депрессивных состояний, снижающих качество жизни у мужчин с инфертильностью.

**Ключевые слова:** олигоспермия, уровень тревожности, механизмы психологической защиты, инфертильность.

## STUDY OF PSYCHOEMOTIONAL CHANGES AND COPING STRATEGIES IN MEN WITH PRIMARY INFERTILITY

Aliyev B. A.

*Department of Psychiatry, Narcology,  
Child Psychiatry, Medical Psychology and Psychotherapy  
Tashkent Pediatric Medical Institute,  
Republic of Uzbekistan, Tashkent*

**Abstract.** This article presents the results of studies on the level of anxiety and mechanisms of psychological protection in men with primary infertility. The predominance of high rates of maladaptive coping behaviors in urological patients is a risk factor for the formation of anxiety-depressive states that reduce the quality of life in men with infertility.

**Keywords:** oligospermia, anxiety level, psychological defense mechanisms, infertility.

**Актуальность.** В последние десятилетия отмечается стремительный рост мужской инфертильности в связи с урбанизацией, экологическими катастрофами и научно-техническим прогрессом, приводящим к нарушениям семейного и социального функционирования [1, 5, 9]. Длительное время проблемы бесплодного брака были связаны с нарушением репродуктивной функции у женщин, но роль мужской инфертильности отмечается и в исследованиях многих зарубежных авторов [3, 4, 6, 7, 10]. В клинической психологии нет достоверных исследований по поводу формирования личностной и реактивной тревожности у мужчин, страдающих первичным бесплодием [2, 8]. Изучение особенностей совладающего поведения мужчин,

состоящих в бесплодном браке, позволит выявить механизмы психологической защиты, копинг-стратегии и психологические детерминанты совладания в ситуации бесплодия.

**Цель исследования:** изучить особенности психоэмоциональных изменений и копинг стратегий у мужчин с первичным бесплодием, для оптимизации медико-психологической помощи пациентам иммунологического профиля и превенции развития психоэмоциональных изменений на самых ранних этапах их формирования.

### **Материал и методы исследования**

В основу исследования положены данные обследования мужчин с первичным бесплодием, находившихся на амбулаторном лечении, получавших комплексную терапию в виде фармакотерапии и психотерапии в течение 3-х лет наблюдения в Республиканском специализированном научно-практическом центре иммунологии. Нами были обследованы 140 мужчин с первичным бесплодием верифицированным диагнозом инфертильности.

Пациенты были распределены на три группы в зависимости от степени тяжести олигоспермии. В первую группу вошло 109 мужчин с олигоспермией первой степени (ОСП<sub>1</sub>), во вторую группу – 21 пациент с олигоспермией второй степени (ОСП<sub>2</sub>), в третью группу- 10 пациентов с олигоспермией третьей степени (ОСП<sub>3</sub>). Для выявления эмоциональных изменений - уровня тревожности использовался экспериментально-психологический тест Спилбергера-Ханина. Для изучения стилей совладающего поведения нами был проведён метод определения копинг-стратегий по тесту Плутчика, Келлермана, Конте - Методика Индекс жизненного стиля. Для редукации психоэмоциональных изменений у мужчин с первичным бесплодием проводились групповые и индивидуальные занятия медицинскими психологами и психотерапевтами в течение 3-х месяцев по специально разработанной реабилитационной программе. Диагноз первичного бесплодия был верифицирован согласно диагностическим критериям МКБ-10. Специально

разработанная карта-обследования, созданная сотрудниками кафедры психиатрии совместно с клиническими и социальными психологами, содержала перечень психологических тестов-вопросов, для выявления факторов риска формирования заболеваний иммунологического профиля с учетом копинг стратегий и уровнем тяжести психоэмоциональных расстройств.

### Результаты и обсуждение

На инициальном этапе исследования все пациенты были распределены на три группы в зависимости от степени тяжести олигоспермии (таблица 1).

Таблица 1.

#### Показатели спермограммы у мужчин с первичным бесплодием

Диагноз	Абсолютное число	Процент
олигоспермия 1 степени	109	77,9%
олигоспермия 2 степени	21	15%
олигоспермия 3 степени	10	7,1%
<b>всего</b>	140	100

Проведённое исследование реактивной и личностной тревожности при помощи шкалы Спилбергера-Ханина установило, что пациенты иммунологического профиля склонны к формированию реактивной тревожности средней степени выраженности и развитию личностной тревожности глубокой степени выраженности (таблица 2).

Проявление личностной тревожности было достоверно интенсивнее у больных при ОСП<sub>3</sub> и ОСП<sub>2</sub> в отличие от пациентов с ОСП<sub>1</sub> стадии ( $p < 0,05$ ). В тоже время максимальные показатели выраженности реактивной (ситуативной) тревожности отмечались при ОСП<sub>3</sub> стадии. Анализируя межгрупповое сравнение полученных результатов исследования, можно предположить, что с утяжелением клинических проявлений олигоспермии в клинико-динамическом

аспекте прогрессирует усиление личностной и реактивной тревожности пациентов.

Таблица 2.

**Исследование уровня тревожности шкале Спилбергера-Ханина в зависимости от степени первичного бесплодия**

Вид тревоги	Нозологические единицы		
	ОСП 1 степени	ОСП 2 степени	ОСП 3 степени
Реактивная тревожность	32,4 ± 5,4	38,4 ± 3,9	42,4 ± 4,2*
Личностная тревожность	31,3 ± 5,4	49,7 ± 5,3*	55,6 ± 6,2*

\* - достоверные значения  $p < 0,05$

На следующем этапе были изучены механизмы совладающего поведения у мужчин с первичным бесплодием. Механизм защиты по типу отрицания используется пациентами всех групп исследования с целью блокирования информации о своем реальном состоянии, и во избежание негативных переживаний, связанных с представлением о возможном формировании почечной недостаточности. Отрицание подразумевает инфантильную подмену принятия окружающими - позитивным вниманием с их стороны, привлекая его к себе всеми доступными индивиду способами, в том числе жалобами психосексуального и урологического контента.

Повышенная регрессия говорит об инфантильности личностных реакций, установке на зависимое поведение, получение помощи и поддержки извне, так как большая часть больных отличается низкой социальной адаптацией. Высокие баллы по регрессии могут быть отчасти вызваны самой ситуацией нахождения в больнице. Повышение подавление соответствовало стремлению избежать тревожащей информации. Блокирование страха происходило путем забывания о реальном стимуле, фактах и обстоятельствах, ассоциативно



связанных с ним. В группе больных с ОСП<sub>1</sub> (олигоспермия первой степени) достоверно преобладают: подавление, компенсация и реактивное образование; в группе пациентов с ОСП<sub>2</sub> достоверно преобладает регрессия (8,97); а в группе пациентов с ОСП<sub>3</sub> статистически значимо преобладает замещение (7,68). Напряженность «компенсации» в группе с ОСП<sub>1</sub> выше, в сравнительном аспекте с пациентами других групп. Компенсация предполагает попытку исправления или нахождения замены реальной или мнимой потери, утраты. Выраженность реактивного образования была достоверно выше у пациентов с ОСП<sub>1</sub>, и характеризует собой выражение неприемлемых для личности мыслей, чувств и поведения с помощью развития противоположных реакций.

Сочетание механизмов психологической защиты по типам «проекция» и «отрицание» свидетельствуют об осознанности болезненного состояния как психотравмирующей ситуации, её рациональной эмоционально подавленной интерпретации. Однако, отсутствие должного эмоционального реагирования приводит к ситуации психологического конфликта и снижению значимости травмирующих моментов.

Результаты изучения механизмов совладающего поведения у пациентов иммунологического профиля определило, что замещение способствует накоплению внутреннего беспокойства, формируя очаги застойного эмоционального напряжения, что способствует усугублению течения хронического бесплодия. Межгрупповой анализ результатов исследования механизмов совладающего поведения по типу замещения, свидетельствует о прогрессирующем нарастании показателей в клинико-динамическом аспекте в зависимости от формы мужского бесплодия.

Для выявления социально-психологических предикторов риска развития заболеваний иммунологического профиля, его клинического оформления и прогноза нами произведено исследование структуры механизма психологической защиты (МПЗ) у мужчин с первичным бесплодием среди трех диагностических групп в зависимости от степени тяжести заболевания – ОСП<sub>1</sub>,

ОСП<sub>2</sub> и ОСП<sub>3</sub>, которое определило, что у мужчин с первичным бесплодием наблюдается высокий уровень напряженности механизмов психологической защиты (согласно тесту Плутчика, Келлермана, Конте - Методика Индекс жизненного стиля). По всем шкалам в суммарной оценке были получены высокие баллы (ОСП<sub>1</sub> – 55,89; ОСП<sub>2</sub>– 56,52; ОСП<sub>3</sub> – 54,75), при этом доминирующими являются механизмы совладающего поведения по типу отрицание, подавление и регрессия.

**Выводы:**

1. Выявлено влияние мужской инфертильности на формирование психоземotionalных нарушений у лиц, страдающих мужским бесплодием, в большей мере наблюдаются тревожно-депрессивные расстройства, а в меньшей степени у пациентов регистрируется фобическая и дисфорическая симптоматика.

2. Установлено, что с утяжелением клинических проявлений мужской инфертильности прогрессирует усиление уровня тревожности, достигающие максимальных значений при высоких показателях олигоспермии.

3. Определено, что у мужчин, страдающих первичным бесплодием, наблюдается высокий уровень напряженности механизмов психологической защиты (согласно тесту Плутчика, Келлермана, Конте - Методика Индекс жизненного стиля). По всем шкалам в суммарной оценке были получены высокие баллы (ОСП<sub>1</sub> – 55,9; ОСП<sub>2</sub>– 56,5; ОСП<sub>3</sub> – 54,8), при этом доминирующими являются механизмы совладающего поведения по типу отрицание, подавление и регрессия.

4. Наличие мужской инфертильности сопровождается снижением показателей физической составляющей качества жизни пациентов иммунологического профиля, по психическому здоровью и социальной активности регистрируются значительные отличия от нормативных данных по сравнению со здоровой популяцией и ухудшение показателей качества жизни в зависимости от формы мужского бесплодия.

### Литература/ References:

1. Abdullaeva V.K. Faizullaeva N.Ya., Musakhodzhaeva D.A. and Yarmukhamedov A. S. Specific features of psycho-emotional disorders in men with impaired fertility // European journal of pharmaceutical and medical research 2020,7 (12). P. 56-58.
2. Abdullaeva V.K. Features of psycho-emotional changes in women during pregnancy. ISJ Theoretical & Applied Science, 2017; 02(46): 122-124.
3. Anderson K.M., Sharpe M., Rattray A., Irvine D.S. Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic // Journal of Psychosomatic Research. 2003. Vol. 54. № 4. P. 353–355.
4. Andrews I. Secondary Infertility and Birth Mothers [electronic resource] // Psychoanalytic Inquiry. 2010. Vol. 30. № 1. P. 80–93.
5. Amamou B., Y. E. Kissi, Hidar S., Bannour S., Idrissi K., Khairi H., Hadj Ali B. Ben Psychological Characteristics of Tunisian Infertile Men [electronic resource] // Men and Masculinities. 2013. Vol. 16 № 5. P. 579–586.
6. Beaurepaire Jones M., Thiering P., Saunders D., Tennant C. Psychosocial adjustment to infertility and its treatment: male and female responses at different stages of IVF/ET treatment / // Journal of Psychosomatic Research. 1994. Vol. 38. № 3. P. 229–240.
7. Deka P., Sarma S. Psychological aspects of infertility [electronic resource] // British Journal of Medical Practitioners. 2010. Vol. 3. № 3. P. 336–338.
8. Edelman R.J., Connolly K.J. Gender differences in response to infertility and infertility investigation: real or illusory // British Journal of Health Psychology. 2000. Vol. 5. № 4. P. 365–375.
9. Ferro A. Creativity in the Consulting Room: Factors of Fertility and Infertility [electronic resource] // Psychoanalytic Inquiry. 2012. Vol. 32. № 3. P. 257–274.

10. Galhardo A., Cunha M., Matos M., Pinto-Gouveia J. The impact of shame and self-judgment on psychopathology in infertile patients [electronic resource] // Human Reproduction. 2011. Vol. 26. №9. P.2408–2414.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ  
ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ  
РАССТРОЙСТВАХ У СТУДЕНТОВ НАО «МУС»**

Алмагамбетова А. А.<sup>1</sup>, Байжуманова Р. М.<sup>2</sup>, Оспанова Н. Н.<sup>1</sup>,  
Молдагалиев Т. М.<sup>1</sup>, Какимова А. Ш.<sup>1</sup>,  
Баянбекова С. Б.<sup>1</sup>, Каменерова А. Е.<sup>1</sup> *НАО «Медицинский университет Семей»,  
Республика Казахстан, г. Семей*

<sup>2</sup>*Коммунальное Государственное предприятие на Праве хозяйственного  
Ведения «Областной Центр Психического здоровья»  
Управления Здравоохранения Области Абай,  
Республика Казахстан, г. Семей*

**Аннотация.** Данная статья отображает методы когнитивно-поведенческой психотерапии, где используется замещение иррациональных паттернов поведения на адаптивные формы реагирования. На основании проанализированной литературы, исследование предполагает, что, закрепляя адекватную саморефлексию, можно добиться снижения уровня депрессии и тревоги. Было проведено поперечное исследование, включающее анкетирование, направленное на выявление уровня тревоги и депрессии у студентов и анализ полученных данных.

**Ключевые слова:** когнитивно-поведенческая психотерапия, тревога, депрессия, стресс, студенты.

**EFFECTIVENESS OF COGNITIVE-BEHAVIORAL PSYCHOTHERAPY  
FOR ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS IN STUDENTS  
OF THE SEMEY MEDICAL UNIVERSITY**

Almagambetova A. A.<sup>1</sup>, Baizhumanova R. M.<sup>2</sup>, Ospanova N. N.<sup>1</sup>,  
Moldagaliev T. M.<sup>1</sup>, Kakimova A. Sh.<sup>1</sup>, Bayanbekova S. B.<sup>1</sup>, Kamenerova A. E.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>*Semey Medical University,*

**Abstract.** This article displays the methods of cognitive-behavioral psychotherapy, where the replacement of irrational patterns of behavior with adaptive forms of response is used. Based on the literature reviewed, the study suggests that by anchoring adequate self-reflection, a reduction in depression and anxiety can be achieved. A cross-sectional study was conducted, including a questionnaire survey to identify the level of anxiety and depression in students and analyze the data obtained.

**Keywords:** cognitive-behavioral psychotherapy, anxiety, depression, stress, students.

Во всем мире психическое здоровье студентов представляет собой важный объект общественного здравоохранения. Медицинское образование направлено на обучение компетентных и чутких врачей, способных расширять границы знаний и укреплять здоровье населения. Тем не менее, профессия врача считается одной из наиболее академически и эмоционально требовательных, что влечёт за собой высокий уровень аффективной приверженности и требует продолжительного времени для обучения. Изучались факторы, связанные с депрессией, и частота депрессивных расстройств на разных академических уровнях среди студентов. Исследование показало, что студенты медицинских университетов имеют более высокую распространенность депрессивных расстройств по сравнению с населением в целом [5, С.4].

Высокие требования и уровень стресса, оказывающие влияние на психологическое благополучие студентов, могут спровоцировать депрессию и тревожность. Студенты, страдающие тревожностью, могут испытывать усталость, головокружение, головные боли, тошноту, боли в животе, сердцебиение, одышку и недержание мочи.

Тревожность и депрессия также могут ухудшить целенаправленное внимание и концентрацию, рабочую память и перцептивно-моторную функцию, являющиеся важными областями, которые позволяют врачам

оказывать безопасную и эффективную медицинскую помощь пациентам [8, С. 2].

История зарождения поведенческой психотерапии начинается в 1950-х годах в теориях ранних исследователей, таких как Б. Ф. Скиннер и Джозеф Вольпе. Поведенческая психотерапия развивалась и стала включать в себя когнитивную психотерапию, первооткрывателями которой стали такие психологи, как Альберт Эйлис и Аарон Т. Бек.

Когнитивная психотерапия фокусируется на изменении восприятия, что, как предполагается, приводит к изменению эмоций и поведения. Впоследствии появились термины «когнитивная психотерапия», «поведенческая психотерапия» и «когнитивно-поведенческая психотерапия» [1, С.4]. Когнитивно-поведенческая психотерапия - одно из наиболее доказательных психологических вмешательств для лечения ряда психических расстройств [2].

Результаты обзоров показывают эффективность и результативность использования методов когнитивно-поведенческой психотерапии в работе с тревожно-депрессивным расстройством. Концептуализация когнитивно-поведенческой психотерапии (КПТ) идёт как краткосрочное, сфокусированное на навыках лечение, направленное на изменение дезадаптивных эмоциональных реакций путем изменения мыслей человека, его поведения или и того, и другого.

**Цель исследования:** оценка результативности методов когнитивно-поведенческой психотерапии в работе с тревожно-депрессивными расстройствами.

**Методы исследования:** теоретический анализ, наблюдение, тестирование по Шкале депрессии Гамильтона и Шкале тревожности Тейлора, сравнительный анализ результатов.

Проведён анализ научных работ в базах данных медицинских публикаций: PubMed, Google Scholar, КиберЛенинка, и Cochrane.

В исследовании приняли участие 120 студентов 3-5 курсов, факультета общей медицина, НАО «МУС», в возрасте от 19 до 25 лет. Первым этапом исследования являлось анкетирование на выявление признаков тревожности и депрессии у студентов. Анкеты составлены на базе количественной оценки депрессивных проявлений по шкале Гамильтона и измерения уровня тревожности по шкале Тейлора.

Второй этап включает директивную работу со студентами, представляющую собой непосредственное внедрение методов когнитивно-поведенческой психотерапии.

Третий этап исследования включает вторичное анкетирование студентов, для проведения оценки динамики уровня депрессии и тревожности. Выбором метода является поперечное исследование. По исходу исследования проведён сравнительный анализ полученных данных, направленный на подведение выводов об эффективности когнитивно-поведенческой психотерапии.

**Результаты и их обсуждение.** Данные пре-анкетирования 120 (100%) студентов, из них женского пола 63 (52,5%), мужского пола 57 (47,5%) были определены в следующих показателях:

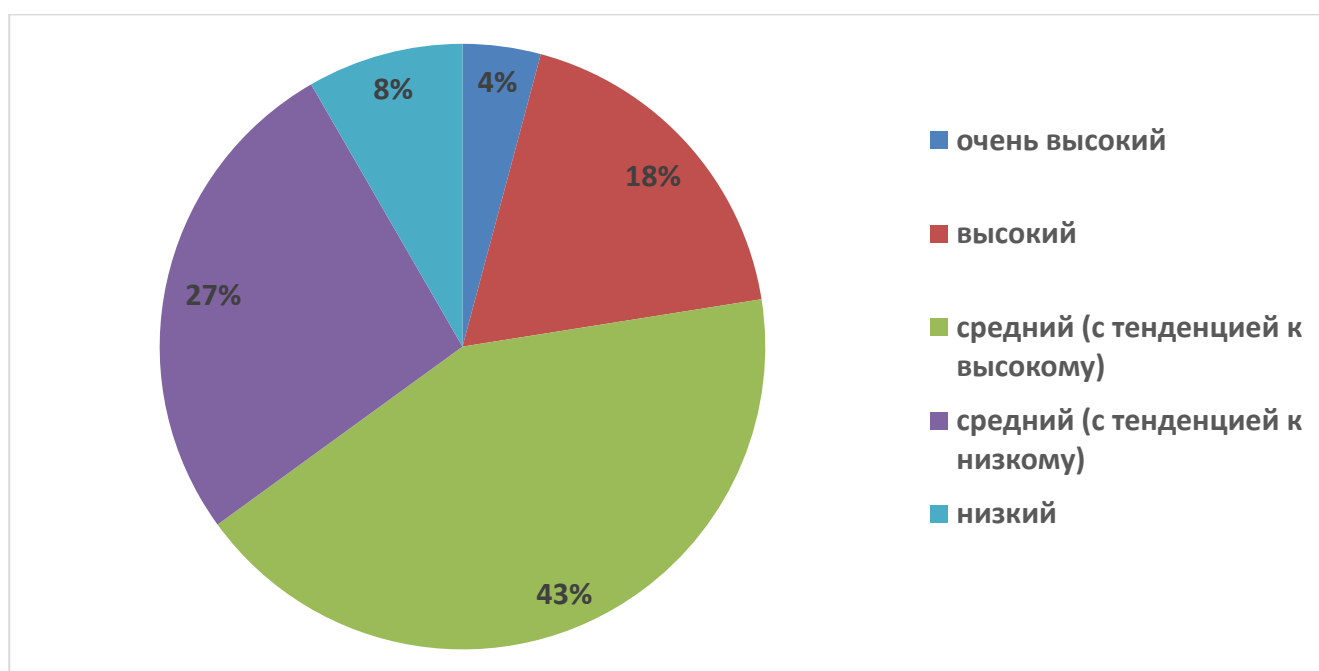


Рис.1. Уровень проявления тревоги по шкале Тейлора.



Таблица 1.

Данные пре-анкетирования по шкале Тейлора.

	Очень высокий уровень тревоги	Высокий уровень тревоги	Средний (с тенденцией к высокому) уровень тревоги	Средний (с тенденцией к низкому) уровень тревоги	Низкий уровень тревоги
Количество студентов	5 (4%)	22 (18%)	51 (43%)	32 (27%)	10 (8%)

Применение техник когнитивно-поведенческой психотерапии при выявленных состояниях были направлены на обнаружение негативных паттернов мышления, которые в итоге стали целью когнитивной реструктуризации.

Перед началом работы необходимо было научить студентов отмечать и осознавать спектр испытываемых ими эмоций, так как данный навык является включающим компонентом последующих методик.

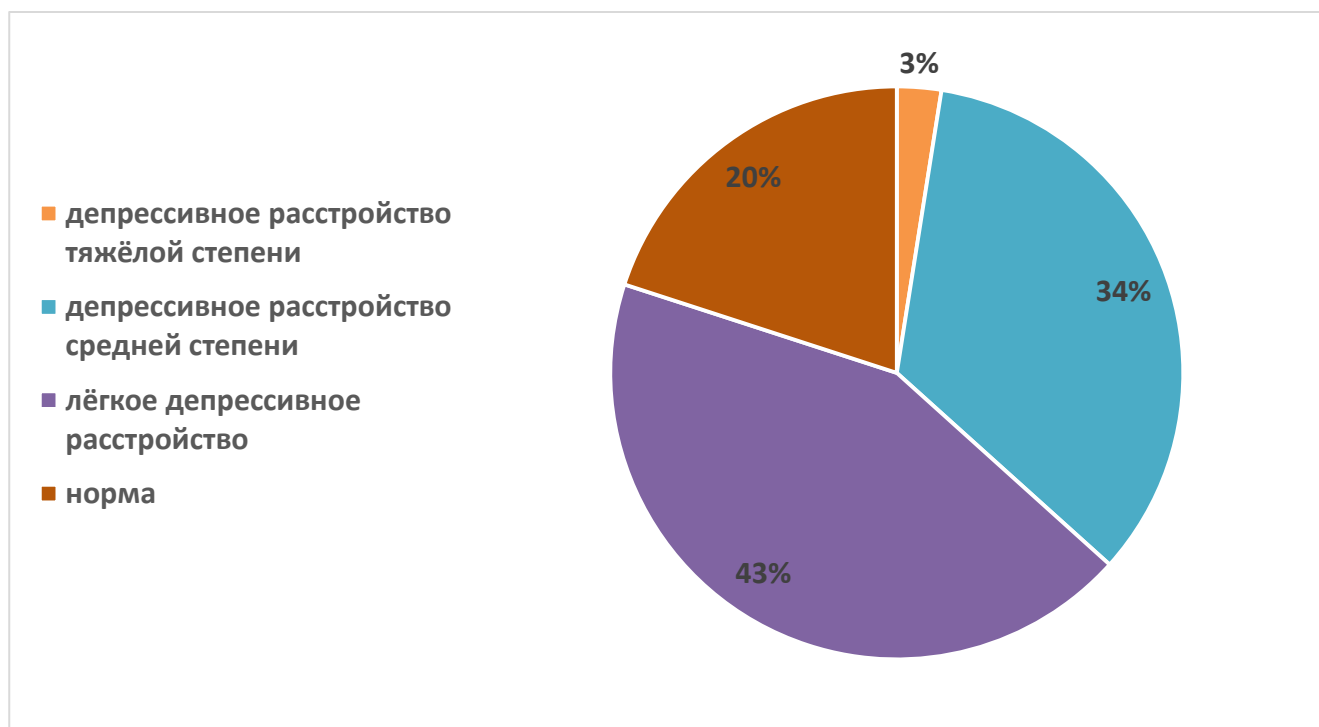


Рис.2. Шкала оценки депрессии Гамильтона в виде диаграммы.

Таблица 2.

**Данные пре-анкетирования по шкале Гамильтона.**

	Депрессивное расстройство тяжёлой степени	Депрессивное расстройство средней степени	Лёгкое депрессивное расстройство	Норма
Количество студентов	3 (2%)	41 (34%)	52 (43%)	24 (20%)

Для этого было предложено использование колеса эмоций Роберта Плутчика. В центре колеса располагаются сильные эмоции – аффекты, далее следуют базовые, а за ними, на внешнем круге, сложные. По мере отдаления от центра интенсивность и явность переживания уменьшается, а в нижней точке, полное спокойствие, так называемый эмоциональный ноль [4, С. 78].

Положительные или отрицательные эмоции играют решающую роль в активизации и поддержании новых стратегий. Техники, которые вызывают эмоции, мобилизуют новые переживания и чувства, что крайне важно для эффективности психотерапии. Наблюдается необходимость в переживании на эмоциональном уровне значимости рационального, нового образа мыслей. Так же, значимым компонентом эмоций является сила их ощущения. Навык определения уровня эмоций играет решающую роль в динамике результативности психотерапии. Таким образом, ощущаемая «невыносимая грусть» до и «иногда грустно» после, так же является прогрессом в лечении [3, С. 2].

Выбор методов когнитивно-поведенческой терапии основывается на специфической направленности на работу с депрессией и тревожностью. Таким образом, первым инструментом когнитивно-поведенческой психотерапии была выбрана поведенческая активация, являющийся результативной для преодоления депрессии. Суть приёма в ежедневном отслеживании текущих действий с помощью листа мониторинга поведения, в котором студенты описывают выполненные дела в течение дня, затраченное время, отмечают их

значимость и удовольствие, получаемое от них, по шкале от 1 до 10. Ожидаемым исходом тренинга является формирование стратегического и результативного мышления.

Вторым инструментом является работа с мыслями «что, если...?», наблюдающиеся у лиц с повышенной тревожностью. Концепция данного подхода заключается замене периодического обдумывания деструктивных мыслей на укрепление уверенности в преодолении возможных ситуаций, путём составления плана действий, направленных на решение проблем. Так же было проведено упражнение контролируемого дыхания, где необходимо отсчитывать от 1 до 4 во время каждого цикла дыхания. Данная тренировка помогает снизить фоновый уровень тревоги и стресса [6, С. 248].

Люди, страдающие от депрессии, часто ищут других людей, которые будут брать во внимание валидацию их отрицательных эмоций. Данное поведение приводит к углублению проблемы и приводит к состоянию «менталитета жертвы». В таком случае, дневник благодарности является эффективным инструментом, так как неосознанно развивает позитивное мышление. Принятие болезненных ситуаций, сопряжённое с признанием положительных моментов в своей жизни, помогают в развитии адаптивного поведения [7, С. 155].

По результатам повторного анкетирования после проведения когнитивно-поведенческой психотерапии, были получены следующие данные:

Таблица 3.

**Данные пост-анкетирования по шкале Тейлора**

	<b>Очень высокий уровень тревоги</b>	<b>Высокий уровень тревоги</b>	<b>Средний (с тенденцией к высокому) уровень тревоги</b>	<b>Средний (с тенденцией к низкому) уровень тревоги</b>	<b>Низкий уровень тревоги</b>
Количество студентов	1 (1%)	10 (8%)	32 (27%)	47 (39%)	30 (25%)



**Рис.3.** Сравнительный анализ результатов анкетирований по шкале Тейлора на выявление тревогию.

Таблица 4.

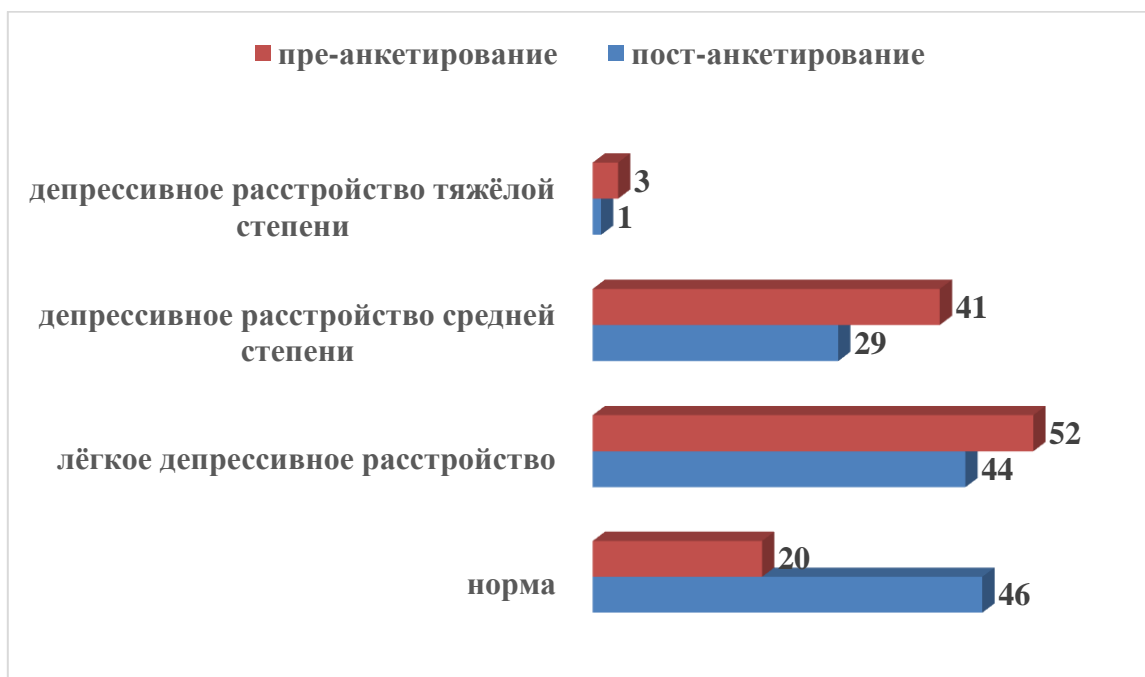
**Данные пост-анкетирования по шкале Гамильтона.**

	Депрессивное расстройство тяжёлой степени	Депрессивное расстройство средней степени	Лёгкое депрессивное расстройство	Норма
Количество студентов	1 (1%)	29 (24%)	44 (37%)	46 (38%)

Таблица 5.

**Сравнительный анализ данных анкетирования по шкале Тейлора**

	Очень высокий уровень тревоги	Высокий уровень тревоги	Средний (с тенденцией к высокому) уровень тревоги	Средний (с тенденцией к низкому) уровень тревоги	Низкий уровень тревоги
Количество студентов	5 (4%)	22 (18%)	51 (43%)	32 (27%)	10 (8%)
	1 (1%)	10 (8%)	32 (27%)	47 (39%)	30 (25%)



**Рис.4.** Сравнительный анализ результатов анкетирований по шкале Гамильтона на выявление депрессии.

Таблица 6.  
**Сравнительный анализ данных анкетирования по шкале Гамильтона**

	Депрессивное расстройство тяжёлой степени	Депрессивное расстройство средней степени	Лёгкое депрессивное расстройство	Норма
Количество студентов	3 (2%)	41 (34%)	52 (43%)	24 (20%)
	1 (1%)	29 (24%)	44 (37%)	46 (38%)

### Заключение

Исходный уровень тревоги и депрессии у студентов медицинского университета является превышающим. Такие данные представляют собой последствие комплекса стрессовых факторов, отсутствия навыков преодоления напряжённых ситуаций, повышенной нагрузки, обусловленной особенностями обучения и неадекватный режим дня. Согласно использованным шкалам, отмечались и физические проявления эмоционального состояния, такие как:

потеря сна, потливость, гиперемия лица, сердцебиение. Такие явления заметно снижают качество жизни молодых людей.

По результатам полученных данных пост-анкетирования, можно говорить о заметной результативности применения методов когнитивно-поведенческой психотерапии. Положительная динамика заключается в повышении эмоциональной рефлексии, влекущей за собой адекватное критическое оценивание своего состояния. Физическое благополучие напрямую коррелирует с психоэмоциональным состоянием. Студенты отмечают улучшение своего самочувствия: более качественный сон, отсутствие утреннего недомогания, чувства напряжения и раздражительности в течение дня, выравнивание уровня аппетита.

Немаловажным фактором является и уровень стрессоустойчивости, который растёт совместно с уровнем самооценки. Например, благодаря методу поведенческой активации, студенты отмечали, что за день проделали достаточно большое количество дел, чем ожидали. Составление и завершение планов приводят к повышению уровня удовлетворения, влекущее за собой улучшение самооценки.

Проведённые тренинги, направленные на модернизацию дезорганизующих шаблонов, создающие положительную модель поведения, отмечаются приспособленностью к удобному использованию, так как возможны к выполнению самостоятельно.

#### **Литература/ References:**

1. Блэквелл Саймон Э., Томас Хайденрайх. Когнитивно-поведенческая терапия на перепутье. Springer Nature - Коллекция PMC COVID-19. PMCID: PMC7869917. 2021.
2. Манасви Гаутам, Адарш Трипати, Дипанджали Дешмукх и Маниша Гаур. Когнитивно-поведенческая терапия депрессии. Индийский журнал психиатрии. Том 62. PMCID: PMC7001356. 2020.

3. Гудман, Ф. Р., Пекхэм, А. Д., Кнеланд, Э. Т., Чоут, А. М., Дэниел, К. Э., Бирд, К., и Бьёргвинссон, Т. Как меняется регуляция эмоций во время психотерапии? Ежедневное дневниковое исследование взрослых в трансдиагностической программе частичной госпитализации// Журнал консультативной и клинической психологии. 2023.

4. Ерыгина А.В. Эмоциональный интеллект как фактор успешности//Экономический вектор. №2(25). 2021.

5. Мирза Ахмад А., Мухтиар Баиг, Гада М Беяри, Мохаммед Айман Халавани, Абдулрахим А Мирза. Депрессия и тревожность среди студентов-медиков: Краткий обзор. Adv Med Educ Pract journal. PMID: 33911913. 2021.

6. Ли Дэвид. Когнитивно-поведенческая терапия для врачебной практики. Практическое руководство. 2023.

7. Риггенбах Джефф. Практическая когнитивно-поведенческая терапия. 2022.

8. Трэвис Тиан-Си Квек, Уилсон Вай-Сан Там, Бах Х. Тран, Мин Чжан. Глобальная распространенность тревожности среди студентов-медиков. Студенты: Мета-анализ. Международный журнал экологических исследований и общественного здравоохранения. 2019.

## ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Аскарова Р. И.

*Кафедра инфекционных болезней, фтизиатрии и эпидемиологии  
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии,  
Республика Узбекистан, г. Ургенч*

**Аннотация.** Лица с сочетанной патологией туберкулеза и наркомании представляют собой большую эпидемиологическую опасность. Больные с туберкулезом и наркоманией составляют особо трудную для терапии группу. Поскольку оказываются некомплаентными. Поздняя диагностика, осложненные



формы туберкулеза, массивное бактериовыделение, хроническое течение заболевания характерные проявления течения болезни у этой категории пациентов.

**Ключевые слова:** туберкулез, алкоголизм, медицинская помощь, наркомания, ВИЧ инфекция, коморбидность.

## WAYS TO IMPROVE THE PROVISION OF MEDICAL NARCOLOGICAL CARE TO PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS

Askarova R. I.

*Department of Infectious Diseases, Phthiology and Epidemiology  
Urgench Branch of the Tashkent Medical Academy,  
Republic of Uzbekistan, Urgench*

**Abstract.** People with the combined pathology of tuberculosis and drug addiction pose a great epidemiological danger. Patients with tuberculosis and drug addiction make up a particularly difficult group for therapy. Because they turn out to be incompetent. Late diagnosis, complicated forms of tuberculosis, massive bacterial excretion, chronic course of the disease are characteristic manifestations of the course of the disease in this category of patients.

**Keywords:** tuberculosis, alcoholism, medical care, drug addiction, HIV infection, comorbidity.

**Актуальность.** Социально значимые заболевания включают в себя болезни, представляющие угрозу здоровью населения. Туберкулез – социальная, инфекционная болезнь, одна из ведущих причин заболеваемости, которая входит в десятку наиболее распространенных причин смертности в мире и чаще других инфекционных возбудителей включая ВИЧ становится причиной смерти людей [1, 2]. Ежегодно во всем мире туберкулезом заболевает около 10 миллионов человек. Туберкулез – одна из 10 основных причин смертности. Соотношение числа заболевших мужчин и женщин [3, 4].

А уровень заболеваемости на национальном уровне варьирует от менее 50 до более 5000 на 1 млн населения в год. Почти 90% случаев фиксируют ежегодно в 30 странах с высоким бременем туберкулеза [5]. При своевременной диагностике и лечении антимикобактериальными препаратами большинство больных туберкулезом можно вылечить. Количество связанных с туберкулезом смертей также можно уменьшить за счет снижения распространенности факторов риска, связанных со здоровьем, например, курение, диабет и ВИЧ-инфекция [6]. В рамках Целей в области устойчивого развития и Стратегии ВОЗ по ликвидации туберкулеза провозглашены новые обязательства по ликвидации эпидемии туберкулеза и многосекторальная подотчетность в отношении борьбы с туберкулезом и обеспечения ее своевременного внедрения.

В Стратегии по ликвидации туберкулеза определены контрольные показатели снижения заболеваемости туберкулезом и смертности от него. В 2018 году туберкулезом, вызванным устойчивыми к рифампицину микобактериями, заболело примерно полмиллиона человек, из которых 78% заболели туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью МБТ. Доля случаев заболевания туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью или устойчивостью к рифампицину во всем мире составила 3,4% среди новых случаев и 18% среди ранее получавших лечение больных и была наиболее высока свыше 50% среди ранее пролеченных пациентов в странах бывших республик. Связанный с алкоголем вред здоровью и приносимый им социальный вред являются значимыми проблемами в мире. Наблюдались большие различия между странами в общем вреде для здоровья и общества, связанном с употреблением алкоголя. Люди с низким социально-экономическим статусом в ряде европейских стран имели трехкратный риск смерти от причин смерти, полностью связанных с употреблением алкоголя, по сравнению с людьми с высоким социально-экономическим статусом.

Смерти, связанные с употреблением алкоголя, в основном были вызваны раком (29% смертей, связанных с алкоголем), циррозом печени (20%), сердечно-сосудистыми заболеваниями (19%) и травмами (18%); мужчины страдают от бремени болезней, связанных с алкоголем, в большей степени, чем женщины.

Потребление алкоголя долгое время считалось одним из основных движущих факторов смертности, особенно среди мужчин трудоспособного возраста. Внедрение различных доказательных мер по борьбе с алкоголем привело к снижению смертности от всех причин, которые причинно или тесно связаны с употреблением алкоголя. С 2003 года, как потребление алкоголя, так и смертность снижались параллельно. Смертность от всех причин снизилась на 39% у мужчин и на 36% у женщин – тенденция, которая была отражена в увеличении продолжительности жизни.

В 2018 году средняя продолжительность жизни достигла исторического пика, составляющего почти 68 лет для мужчин и 78 лет для женщин. Опыт в снижении бремени болезней, связанных с алкоголем, является убедительным аргументом в пользу того, что эффективная алкогольная политика имеет важное значение для улучшения перспектив долгой и здоровой жизни. Согласно оценочным данным, приведенным в подготовленном Управлением ООН по наркотикам и преступности Всемирном докладе о наркотиках за 2018 год, более 31 млн. человек страдают от расстройств, вызванных потреблением наркотиков, и многие из них – это молодые люди.

Наркопотребление имеет серьезные социально-экономические последствия для стран, семей и обществ и особенно для перспективы молодых людей. Сложившаяся ситуация требует активизации усилий в поддержку профилактики употребления психоактивных веществ и лечения расстройств, вызванных их употреблением, в том числе услуг, направленных на ослабление негативных последствий наркопотребления для здоровья людей. Самым популярным наркотиком в Европе является каннабис. На основании опросов населения в целом, согласно оценкам, около 1% взрослых людей в

Европейском союзе ежедневно или почти ежедневно употребляют каннабиС. Около 60% из них моложе 35 лет и около трех четвертей составляют мужчины.

По оценкам, в 2017 году в Европейском союзе в возрастной группе 15–64 года употребляли следующие наркотики: – 18,0 млн. пробовали кокаин в течение своей жизни; – 13,7 млн. пробовали метилendioксиметамфетамин / экстази в течение своей жизни; – 12,4 млн. пробовали амфетамины в течение своей жизни. В Европе наиболее часто употребляемым незаконным опиоидом является героин, который можно курить, нюхать или вводить инъекционно [8].

В большинстве стран впервые употребление героина с высоким риском снижается. Ряд синтетических опиоидов, таких как метадон, бупренорфин и фентанил, также используются не по назначению. Потребление инъекционных наркотиков продолжает снижаться среди новых потребителей героина. Социально значимые заболевания относятся к болезням, связанным со стигматизацией, и больные нередко скрывают заболевания, что обуславливает наличие у населения скрытого контингента, и коэффициент латентности может значительно варьироваться в зависимости от региона. Больных алкоголизмом относят к контингентам с высоким риском заболевания туберкулезом. Достаточное количество исследований посвящено изучению коморбидности злоупотребления алкоголем и туберкулеза.

Сочетание туберкулеза легких и алкоголизма представляет актуальную социально-медицинскую проблему. Лица, страдающие алкоголизмом, составляют наиболее социально и эпидемиологически опасную группу больных, с трудом поддающихся полноценному излечению от туберкулеза. Частота туберкулеза среди больных хроническим алкоголизмом так же, как и алкоголизма среди больных туберкулезом, значительна. Одновременно туберкулезом и хроническим алкоголизмом страдают главным образом мужчины в возрасте 30–60 лет. Туберкулезом заболевают и женщины, злоупотребляющие алкоголем. Чаще туберкулез присоединяется к алкоголизму, реже у больных туберкулезом развивается алкоголизм. При туберкулезе легких

у больных, страдающих одновременно алкоголизмом и психическим заболеванием, последнее, как правило, первично, течение болезни неблагоприятное, эффективность терапии низкая.

При сочетании наблюдается атипичная картина алкоголизма. При возникновении туберкулеза резко ухудшается течение алкоголизма, быстро формируются его тяжелые стадии с выраженной психопатизацией, деградацией личности и социальной запущенностью. Запой принимают упорный характер, более тяжелым становится синдром похмелья. Туберкулезная инфекция является дополнительным отягощающим фактором, способствующим возникновению алкогольных психозов. Основную роль в их развитии играют обострения туберкулезного процесса. Без активной антиалкогольной терапии лечение больных алкоголизмом и туберкулезом не может быть успешным [7].

Одним из самых опасных факторов, способствующих заболеванию туберкулезом, является употребление наркотиков. Наркомания – это тяжелое хроническое заболевание, развившееся вследствие наркотизации и проявляющееся неудержимым влечением к постоянному приему наркотических веществ с потерей контроля за их приемом и сопровождающееся абстинентным синдромом. Важное значение в повышенной заболеваемости туберкулезом лиц, страдающих наркоманией, имеет резкое снижение общей и специфической резистентности организма под влиянием длительной наркотической интоксикации, а также сопутствующие инфекционные заболевания: ВИЧ-инфекция, гепатиты, которые ассоциированы с употреблением наркотиков.

Пневмонии характеризуются двусторонним поражением. Имеются сведения о том, что деструкция легочной ткани происходит в 62% случаев при наличии ВИЧ-инфекции. Факторами, способствующими развитию туберкулеза у наркоманов, являются застойные явления в легких, поражения альвеолярного эпителия, нарушение питания легочной ткани, снижение иммунитета, нарушение питания, изменения личности и неадекватные реакции. Легочные

проявления наркомании вторичны, носят во многом системный характер, зависят от вида употребляемого наркотика и путей его введения.

В большинстве случаев развиваются пневмонии, характеризующиеся агрессивным течением, часто осложняющиеся образованием деструктивных полостей, нагноением и эмпиемой плевры, дыхательной недостаточностью. Пневмонии часто являются проявлением сепсиса (в большинстве случаев у инъекционных наркоманов) и сопровождаются другими его синдромами: бактериальным эндокардитом, почечной, печеночной недостаточностью и иными проявлениями полиорганной патологии. Могут развиваться интерстициальные пневмонии с развитием пневмофиброза, буллезной дегенерации легких, гранулематозное воспаление, отек легких [5].

Во многих случаях на аутопсии у потребителей наркотиков отмечаются очаги ателектазов, сочетающиеся с эмфиземой, разрывами межальвеолярных перегородок; в 53,3% случаев регистрируются признаки давних кровоизлияний. Часто отмечается т.н. очаговая пневмония бронхопневмония, в просвете альвеол и бронхов выявляется экссудат серозного, местами серозно-гнойного характера, отмечаются десквамированные клетки эпителия, альвеолярные макрофаги, все слои стенок мелких бронхов инфильтрированы лейкоцитами. Учитывая, что туберкулез передается воздушно-капельным путем, резкий рост заболеваемости им больных с ВИЧ-инфекцией становится проблемой всего населения страны.

Результаты анализа контингента больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, проведенного на основе карт персонального учета, ставят вопрос о необходимости совершенствования системы противоэпидемических мероприятий при организации и оказании противотуберкулезной помощи больным с ВИЧ-инфекцией, а также нормативного обеспечения этой деятельности. Туберкулез и социально значимые заболевания имеют большее значение, чем остальные факторы риска, приобрел СПИД. Им обусловлена новая эпидемия туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных инъекционных

наркоманов и имеющих контакт с ними. Заболеваемость туберкулезом среди инъекционных наркоманов выше, чем среди других ВИЧ-инфицированных, что отчасти объясняется влиянием сопутствующих наркомании социально-экономических факторов.

Наркотики резко снижают иммунитет к туберкулезу у любого человека, не говоря о больном ВИЧ-инфекцией. Высокая частота у данного контингента больных обусловлена поздним обращением за медицинской помощью. В силу своей дезадаптации эти больные являются крайне эпидемиологически опасными источниками туберкулезной инфекции. Наркомания способствует формированию хронического течения туберкулеза как в связи с несвоевременным и поздним выявлением туберкулеза, так и неполноценным его лечением из-за уклонения от лечения, непереносимости противотуберкулезных препаратов, нередким возникновением рецидивов заболевания.

Поздняя диагностика, распространенные и осложненные формы туберкулеза, нередко внелегочные формы, массивное бактериовыделение, хроническое течение заболевания, высокий уровень множественной лекарственной устойчивости (25%), прерывание лечения (до 82%), хроническая легочная недостаточность, легочные кровотечения, плохая переносимость противотуберкулезных препаратов, высокая летальность – вот все, что характеризует туберкулез у наркоманов. Вопрос о сочетании туберкулеза и болезней зависимости имеет большое научно-практическое и медико-социальное значение. Проблема туберкулеза может быть решена только в комплексе с решением проблем болезней зависимости. Многие лица, страдающие алкоголизмом и наркоманией, уклоняются от профилактических флюорографических осмотров.

Детальное обследование выявленных при осмотрах больных показало, что у половины из них наблюдались клинические проявления туберкулеза легких, однако и они не обращались за врачебной помощью. Все это является



одной из причин того, что в больных туберкулезом, злоупотребляющих алкоголем и наркотиками, обнаруживаются, как правило, распространенные деструктивные процессы, а наличие алкоголизма препятствует проведению эффективного лечения. Для наиболее полного выявления больных с зависимостью от психоактивных веществ среди контингентов противотуберкулезного диспансера фтизиатрам при первом обследовании больных и в процессе их динамического наблюдения необходимо уметь выявлять среди них таких лиц. Эти данные могут быть получены из анамнеза пациента, результатов объективного исследования внешнего облика больного, его поведение, окраска кожных покровов, а также путем бесед с лицами из окружения больного и уточнения данных о больном в лечебных учреждениях.

Комплексное лечение больных, страдающих одновременно туберкулезом и болезнями зависимости, может осуществляться добровольно или принудительно. Вопрос о добровольном или принудительном лечении таких больных должен решаться на основании данных клинического фтизиатрического и наркологического обследований. Как правило, комплексное лечение наркологических больных с впервые выявленным туберкулезом или его рецидивом должно начинаться в условиях обычного туберкулезного стационара. Наиболее целесообразно сосредоточить таких больных в стационаре, где осуществляется систематическая консультация нарколога.

### **Заключение**

Туберкулез легких у пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью выявляется преимущественно при обращении в лечебные учреждения. У этой категории больных диагностируются тяжелые по течению распространенные формы туберкулеза, что связано в значительной степени с трудностями привлечения их к противотуберкулезной терапии, что обуславливает недостаточно эффективные результаты лечения. Учитывая социальную дезадаптированность этой категории населения, отсутствие в

большинстве случаев у них приверженности к лечению как туберкулеза, так алкоголизма и наркомании, создается угроза заражения населения микобактериями туберкулеза с лекарственно-устойчивыми штаммами микобактерий к противотуберкулезным препаратам, прежде всего детей и подростков.

Данные исследований свидетельствуют о необходимости оптимизации стратегии выявления туберкулеза легких у лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией. Основной задачей фтизиатрической и наркологической служб является выстраивание внутриведомственного взаимодействия и совершенствование подходов по раннему выявлению туберкулеза среди больных, страдающих болезнями зависимости. Для этого в наркологических учреждениях города осуществляются следующие мероприятия.

#### **Литература / References:**

1. Ерохин В. В., Корнилова З. Х., Алексеева Л. П. Особенности выявления, клинических проявлений и лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных. // Проблемы туберкулёза. 2005. №10. С.20-27.
2. Кобелева Г.В., Копылова И.Ф. Патогенез туберкулеза органов дыхания в современных условиях // Проблемы туберкулёза. 1997. №1. С. 35-37.
3. Кравченко А.В., Щелканова А.И., Ермак Т.Н., Литвинова Н.Г. и др. Анализ больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧинфекцией, в Московском регионе // Проблемы туберкулёза. 2005. №10. С. 34-37.
4. Москвина Е.А. Спектр вторичных заболеваний при ВИЧ-инфекции с учетом антиретровирусной терапии: Автореф. дисС. ... канд. мед. наук. СПб., 2002.
5. Пархоменко Ю.Г., Ерохин В.В., Зюзя Ю.Р., Лепеха Л.Н., Тишкевич О.А. Патоморфологические изменения в легких при туберкулезе у умерших от ВИЧ-инфекции в стадии СПИДа. // Архив патологии. 2007. №3. С. 26-28.

6. Лебедева И.Б., Осинцева И.Ю., Бондаренко Т.Е., Пьянзова Т.В., Брусина Е.Б. Клиническая характеристика // Фундаментальная и клиническая медицина. 2021. Т. 6. № 3. С. 71-84.

7. Майорова М.О., Пьянзова Т.В., Луговая Н.В., Радионова А.В., Галайда Н.М. Особенности клинического течения генерализованного туберкулеза в зависимости от вич-статуса пациента // Туберкулез и болезни легких. 2011. Т. 88. № 5. С. 36-37.

8. Психическое здоровье человека в современном обществе. междисциплинарные проблемы и возможные пути их решения. Монография. Акименко Г.В., Кирина Ю.Ю., Копытин А.И., Лопатин А.А., Селедцов А.М., Валиуллина Е.В., Гукина Л.В., Кадис Л.Р., Федосеева И.Ф., Яковлев А.С. Москва, 2022, 295 с.

## АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОДРОСТКОВ, СКЛОННЫХ К СУИЦИДАЛЬНОМУ ПОВЕДЕНИЮ

Бабарахимова С. Б.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,  
Республика Узбекистан, г. Ташкент*

**Аннотация.** В данной статье рассматриваются результаты исследования, которые позволяют выявить группы риска по суицидальной готовности среди подростков с учётом типов семейных взаимоотношений и своевременно оказывать медико-психологическую и психокоррекционную помощь родителям и детям, прогнозировать суицидальное поведение на самых ранних этапах его формирования. В профилактике подростковых суицидов важная роль принадлежит воспитательному значению семьи и семейных взаимоотношений в формировании гармонично развитой личности.

**Ключевые слова:** семья. подростки. личностные особенности. эмоциональные расстройства. суицидальное поведение. самоповреждения.

## ANALYSIS OF PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ADOLESCENTS WITH SUICIDAL BEHAVIOR

Babarakhimova S. B.

*Tashkent Pediatric Medical Institute,  
Republic of Uzbekistan, Tashkent*

**Abstract.** The article presents the results of the study, which allow to identify risk groups for suicidal readiness among this group of patients, taking into account types of family relationship, and timely provide medical, psychological and psycho-correctional assistance to parents and children, predict suicidal behavior at the earliest stages of its formation. In the prevention of teen suicides, an important role belongs to the educational value of the family in the formation of a harmoniously developed personality.

**Keywords:** family, adolescent, personal characteristic, emotional disorders, suicide behavior, self-harm.

### Введение

По данным Всемирной Организации Здравоохранения за последние 30 лет число суицидальных попыток, совершённых детьми и подростками в мире, неуклонно растёт, особенно в развитых государствах Европы и Америки [12, С.129]. Актуальность проблемы исследования суицидального поведения вызвана ростом числа самоубийств и суицидальных попыток среди детей и подростков в результате отрицательного влияния средств массовой информации и виртуального пространства кибернетической сети Интернета, освещающих самоубийства как пример для подражания и поклонения [2, С.196]. Суицид в детском и подростковом возрасте является наиболее тяжким проявлением трагической проблемы самоубийств в силу несформированности антисуицидальных барьеров и отсутствия осознания всей ценности жизни у подрастающего поколения [8, С.52]. Следует учитывать и моральный ущерб, который наносят детские и подростковые суициды родителям, сверстникам,

учителям, обществу в целом [9, С.24]. В этой возрастной группе суицид занимает четвертое (после травматизма, инфекционных и онкологических заболеваний) место в качестве причины смерти. Наряду с высоким уровнем частоты завершенных суицидов, в настоящее время отмечается и увеличение количества суицидальных попыток среди детей и подростков как варианта реакции протеста внутрисемейным взаимоотношениям [4, С.17]. Реакция родителей, принципы, типы и специфика отношений между родителями и их детьми, стиль семейного руководства и воспитания могут оказаться важными факторами, предопределяющими асоциальное поведение ребенка в семье и социуме, и влияющими на его отношения с другими людьми в зрелые годы [1, С.54].

Подростковый возраст характеризуется большой частотой дебютов депрессивных состояний, возникающих на фоне идей физического недостатка и собственной неполноценности, со склонностью к суицидальному поведению, своевременно не диагностированных вследствие неблагоприятного эмоционального микроклимата в семье [3, С.13]. Усиление суицидальной активности в подростковом возрасте за последние десятилетия определяет интерес к этой теме широкого круга специалистов, как российских, так и зарубежных [10, С.50].

Наличие взаимосвязи попыток самоубийств детей и подростков с отклоняющимся поведением: побегами из дома, прогулами школы, ранним курением, мелкими правонарушениями, конфликтами с родителями, алкоголизацией, наркотизацией, сексуальными эксцессами отмечают в своих исследованиях российские психиатры и психологи [6, С.152]. При этом в детском и подростковом возрасте возникновению суицидального поведения способствуют депрессивные состояния, которые проявляются иначе, чем у взрослых [11, С.147].

По мнению Н.Ю. Жуковой, суицидальное поведение детерминировано развитием внутриличностного конфликта под воздействием внешних

стрессогенных факторов, а также возникновением психопатологических нарушений, вызывающих аутодеструктивное поведение, не связанное с воздействием внешних факторов [7, С.27]. Согласно данным российских психиатров, для подростков характерны незрелость личности и слабый контроль эмоциональных состояний.

По данным исследований Е.А. Григоренко, для суицидентов - подростков характерны следующие особенности: чрезмерная обидчивость, ранимость. снижение толерантности к эмоциональным нагрузкам. низкая самооценка. отвержение социальным окружением, чувство ненужности и никчемности. переживание собственной неполноценности, пассивность в разрешении трудных ситуаций [5, С.40].

**Цель исследования:** изучить особенности формирования суицидальных тенденций у подростков для улучшения и оптимизации медико-психологической помощи данному контингенту населения.

### **Материал и методы**

Объектом для исследования явились 86 подростков в возрасте 15–19 лет с суицидальными тенденциями депрессивного регистра и поведенческими нарушениями. В группу вошли пациенты с наличием диагностических критериев социализированного расстройства поведения по МКБ-10–F91.2.

Специально разработанная анкета, созданная сотрудниками кафедры психиатрии совместно с клиническими и социальными психологами, содержала перечень психологических тестов-вопросов, для выявления факторов риска формирования суицидального поведения с учетом личностных особенностей и степенью депрессивной патологии.

Для диагностики параметров семейной системы был использован опросник «Шкала сплоченности и гибкости семейной системы» Олсона-Портнера, а для определения степени суицидального риска была использована «Колумбийская шкала оценки тяжести суицидального риска» (Posner K., Brent D., Lucas C., 2009).

Для оценки выраженности депрессивной симптоматики применялись шкала оценки депрессии Цунга, для выявления уровня тревоги – опросник уровня личностной и реактивной тревожности Спилбергера-Ханина, для определения устойчивых личностных характеристик испытуемых и особенностей эмоционального реагирования использован патохарактерологический диагностический опросник Личко.

### **Результаты исследования и обсуждения**

В результате психологического тестирования было выявлено, что 45% обследованных подростков росли в неполной семье, 25% - в социально неблагополучной семье, 30% исследуемых воспитывались в полноценных благополучных семьях с обоими родителями. У 53% обследованных была выявлена наследственная отягощенность алкоголизацией родителей и психической патологией родственников, что в свою очередь обусловило конфликтные взаимоотношения в семье, несоблюдение нравственно-социальных норм поведения в семье и неудовлетворительные материально-бытовые условия. Анализ полученных данных установил 26% подростков, склонных к асоциальному поведению с мелкими правонарушениями, с гедонистической жизненной позицией, сформировавшихся в процессе амбивалентного стиля воспитания в семьях, с низким уровнем запретов, который в дальнейшем проявлялся значительными дисциплинарными санкциями, спровоцировавшими в последующем суицидальные попытки как патохарактерологические реакции протеста.

Суицидальные тенденции демонстративно-шантажного и манипулятивного характера выявлены у 28% обследованных подростков из так называемых «благополучных» семей, воспитанных в полноценных семьях с хорошим материальным достатком, но растущих в условиях полной эмоциональной отчужденности с нарушением межличностных взаимоотношений с родителями.



По результатам диагностики «Шкалы сплоченности и гибкости семейной системы» было выявлено наибольшее количество семей с неправильным экстремальным типом воспитания, которое привело к нарушению функционирования семейной системы, появлению кризиса в межличностных взаимоотношениях. Выявлено 70% подростков, воспитанных в условиях эмоциональной депривации и дефицита внимания и любви со стороны родителей. Исследование амбивалентного типа семейных отношений установило полное отчуждение между членами семьи, которое предопределило появление депрессивных нарушений у подростков и развитие акцентуации характера и патологическому формированию личности.

Конфликтные взаимоотношения в деструктивных семьях способствовали развитию аффективной блокады интеллекта с отрицательной концепцией окружающей среды, что только усугубляло положение дисгармонично развивающейся личности и часто обуславливало негативные эмоции и вовлечение подростков в так называемые группы смерти виртуального пространства кибернетической среды Интернета, контролируемые кураторами компьютерных игр. В ходе тщательного сбора анамнестических сведений установлено влияние неправильных форм воспитания и контроля в родительской семье, на формирование отклоняющихся форм поведения, в том числе саморазрушающего поведения и его крайней формы – суицидального.

Согласно классификации А.Е. Личко мы выявили следующие формы родительского воспитания и контроля в семьях: гипопротекцию, доминирующую гиперпротекцию, потворствующую гиперпротекцию, эмоциональное отвержение, повышенную моральную ответственность.

По данным нашего исследования подростки чаще всего воспитывались в семьях, для которых была характерна гипопротекция (46%) и эмоциональное отвержение (25,5%). Реже встречались семьи с гиперпротекцией - доминирующей (14%) и потворствующей (10%), а также где на ребенка накладывалась повышенная моральная ответственность (4,5%). В результате

неправильного воспитания у подростков отмечались значительные изменения характерологических особенностей личности.

При гипопротекции в семьях наблюдалось равнодушное отношение к ребенку, отсутствие контроля за поведением подростка, имелся недостаток внимания, заботы и руководства, истинного интереса родителей к делам своего ребенка, его волнениям, увлечениям. В крайних формах это выражалось в полном пренебрежении нуждами ребенка в первичных потребностях, питании, одежде. Иногда выявлялась скрытая гипопротекция, когда контроль за поведением и всей жизнью подростка как будто осуществлялся, но на деле отличался крайним формализмом. При этом стиле воспитания подросток полностью был предоставлен сам себе и окружающей микросоциальной среде, где и попадал под влияние старших по возрасту и подвержен ранней алкоголизации и наркотизации. Доминирующую гиперпротекцию установили, когда выявлялась чрезмерная опека, мелочный контроль за каждым шагом подростка, постоянный надзор и наблюдение, приводящие к развитию чувства неуверенности у ребенка.

При этом имелись постоянные запреты, ограничение сферы деятельности ребенка, его самостоятельности. Данный вид гиперпротекции соотносится с авторитарным стилем воспитания, родитель зачастую является непререкаемым авторитетом, его воля в семье считается законом. Семьи, в которых ребенок воспитывался по типу «кумира семьи», характеризовались чрезмерным покровительством, баловством подростка, исполнением любых его желаний и прихотей. Ребенка не только освобождали от любых трудностей и неприятных обязанностей, но и непрестанно восхищались его успехами и талантами, порой даже незначительным способностям придавалось сверхценное значение со стороны родителей и родственников. Подросткам с ранних лет внушалось, что они лучшие, одарённые, талантливые, формировалось стремление к лидерству и перфекционизму. Такие семьи мы относили к категории потворствующей гиперпротекции.

При эмоциональном отвержении подросток постоянно ощущал, что им тяготеют, что он – обуза в жизни родителей. Особенно сильно это ощущалось в семьях, где рождались младшие братья или сестры, на которых уделялось больше внимания и забот. Как крайний вариант эмоционального отвержения выявлено воспитание по типу «ежовых рукавиц» с физическими, несоизмеримыми вине, жестокими наказаниями или психологическим насилием.

О повышенной моральной ответственности можно было говорить в семьях, где родители питали слишком большие надежды в отношении будущего своего ребенка, его успехов и способностей. При этом они отчасти пытались реализовать в ребенке свои собственные, не воплотившиеся в реальность мечты, навязывали своё мнение, ограничивали самостоятельность, право выбора, требовали от подростка стремления к совершенству и успеху. В процессе неправильных стилей родительского воспитания формировались акцентуированные личностные черты характера у подростков, которые в дальнейшем могут трансформироваться в патологическое расстройство личности.

С помощью патохарактерологического диагностического опросника А.Е. Личко были выявлены следующие типы акцентуаций характера: истероидный тип личности встречался у 9 больных (10%), психастенический тип личности у 22 больных (25,5%), лабильный тип был выявлен в 46% случаев (40 обследованных), эпилептоидный тип у 12 больных (14%), в 4,5% случаев был выявлен неустойчивый тип личности.

Наибольший процент выявленной акцентуации характера оказался лабильным типом. Эти подростки были склонны к перепадам настроения, неустойчивому эмоциональному фону, быстрой смене аффективных реакций, длительной фиксации негативных ситуаций и воспоминаний из прошлого. Депрессивное расстройство средней тяжести по шкале Цунга было выявлено у 6 пациентов с истероидным типом личности, которые стремились к признанию

себя лучшими среди сверстников, лидерству и перфекционизму. Вместе с этим, выявлялась изменчивость настроения и черты реактивной лабильности, выраженная потребность нравиться окружающим, яркость эмоциональных проявлений при некоторой их поверхностности, склонность к манипулятивному поведению, эгоцентризм, честолюбие, переоценка собственных способностей.

При неустойчивом типе личности чаще возникала депрессия средней степени тяжести по шкале Цунга (80%), и лишь у 2 пациентов была диагностирована депрессия легкой степени. В структуре личности этих пациентов на передний план выступали особенно ярко проявляющиеся признаки аффективной и эмоциональной лабильности, в сочетании с выраженной импульсивностью, склонностью к асоциальным поступкам, а иногда девиациями в сфере влечений, невозможность создавать теплые дружеские взаимоотношения со сверстниками.

Среди всех обследованных психастенический тип личности встречался в 25,5% случаев, и для этих пациентов характерным было развитие депрессии средней степени тяжести с формированием тревожно-фобических расстройств. В клинической картине наряду с депрессивными симптомами наблюдались навязчивые страхи, сомнения, фиксация на отрицательных воспоминаниях прошлого. Данному типу личности были характерны следующие черты: мнительность, нерешительность, неуверенность, робость, застенчивость, склонность к чувству вины, низкая самооценка, трудности контактов, зависимость от порядка и авторитетов. Исследование выраженности аффективных расстройств по шкале Цунга в условиях стационара выявило наличие легкого депрессивного расстройства у 71% пациентов, в 29% случаев - депрессивное асстройство средней степени.

В ряде наблюдений, особенно при наличии психотравмирующих обстоятельств, депрессивная симптоматика была более очерченной, с идеями собственной неполноценности, мыслями и представлениями о смерти (69%),

чувством немотивированной вины и нестойкими расстройствами влечений (23%). При наличии значимых психотравмирующих обстоятельств депрессивные состояния имели тенденцию к затяжному течению. При оценке выраженности депрессивных расстройств по шкале Цунга тяжелой степени депрессии среди подростков выявлено не было, основную массу 80% составили пациенты с легкой степенью депрессии и лишь в 20% случаев (9 пациентов) была выявлена депрессия средней тяжести. Среди всех обследованных было 60 мальчиков и 26 девочек.

Гендерные различия в тяжести депрессивной симптоматики распределились следующим образом: у мальчиков депрессия легкой степени была выявлена в 71% случаев и в 17% случаев диагностирована депрессия средней степени тяжести, а у девочек депрессия средней степени тяжести встречалась чаще – в 70% случаев, депрессия легкой степени выявлена у 29% больных. Чаще всего подростки жаловались на подавленное настроение, нарушения сна и аппетита, трудности в учебной деятельности, нарушение концентрации внимания, повышенную реакцию на внешние ситуации и источники стресса, раздражительность, внезапно возникающее чувство грусти, уныние, периодами отмечали выраженное чувство скуки и отсутствие желания что-либо делать, высказывали идеи самообвинения и безнадежности. В 58% случаев родители отмечали значительное снижение школьной успеваемости, нарушение внутрисемейных взаимоотношений, повышенную утомляемость, которая была сильнее выражена во второй половине дня.

В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожных расстройств различной степени выраженности у 93% подростков, более чем у половины исследуемых было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (56%), у 27% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 16% подростков – констатировалась выраженная тревога. Основными факторами, способствовавшими возникновению саморазрушающего аутоагрессивного

поведения в виде суицидальных мыслей и тенденций у подростков, были неправильные стили родительского отношения, приводящие к конфликтам в межличностных взаимоотношениях.

В ходе исследования было установлено наличие только суицидальных мыслей у 15% обследуемых, суицидальных мыслей с намерениями и планированием у 42% обследуемых, в 1/3 (33%) случаев пациенты с суицидальными мыслями совершали суицидальные попытки.

Предпочтение отдавалось легкодоступным и не жестоким способам – отравление таблетками и нанесение порезов в области предплечий. Эти действия возникали под влиянием следующих провоцирующих факторов: проблемы во взаимоотношениях с родителями (50% случаев), конфликты с учителями и воспитателями в школах и колледжах (25%), конфликты со сверстниками (15%), внутриличностными проблемами (10%). Большинство подростков скрывало наличие суицидальных намерений от родителей и близких, выявить их удавалось при изучении переписок в социальных сетях интернета или при просмотре их дневниковых записей и рисунков.

### **Заключение**

Проведенное исследование установило, что неблагоприятный психоэмоциональный фон является определяющим фактором в формировании суицидальных тенденций у подростков в силу их незрелости в личностном плане и наличием социально-психологических предпосылок пубертатного периода.

Анализ семейных факторов риска возникновения суицидальных тенденций у подростков, определил, что стили неправильного родительского воспитания в дисфункциональных семьях приводили к развитию акцентуированных личностных черт характера в виде истероидной, лабильной, эпилептоидной и психастенической акцентуациях личности у подростков, которые в дальнейшем способствовали формированию суицидального поведения.

Результаты исследования позволяют выявить группы риска по суицидальной готовности среди данного контингента больных с учётом типов семейных взаимоотношений и своевременно оказывать медико-психологическую и психокоррекционную помощь родителям и детям, прогнозировать суицидальное поведение на самых ранних этапах его формирования.

#### **Литература / References:**

1. Абдуллаева, В. К. Влияние стилей родительского воспитания на формирование суицидальных тенденций у подростков. // Журнал «Вопросы науки и образования» / Научно-практический журнал. №6 (52) март 2019. С.54-59.

2. Бабарахимова, С.Б., Абдуллаева, В.К. Взаимосвязь личностных особенностей и суицидальных тенденций у подростков // Человеческий фактор. Социальный психолог. Ярославль, 2019. №1(37). С.196-202.

3. Бабарахимова, С.Б., Искандарова, Ж.М. Влияние дисморфофобических расстройств на формирование депрессий у подростков с учётом личностных особенностей / Актуальные вопросы психического здоровья // Сборник материалов научно-практической конференция с международным участием посвящённой памяти профессора В.И. Григорьева. - Рязань, 2015. С.12-18.

4. Герасимчук, М.Ю. Суицидологический паспорт депрессии // Суицидология – актуальные проблемы, вызовы и современные решения / Сборник научных статей I научно-практической конференции Ассоц. Когнитивно-поведенческой психотерапии. - СПб. : СИНЭЛ, 2016. С.17-20.

5. Григоренко, Е.А. Проблема суицидального поведения подростков (обзор литературы) // Научное обозрение. - Медицинские науки. 2016. № 5. С.40-45.

6. Григорьева, Д.П., Егорова, В.Н. Представления подростков о факторах суицидального поведения // Казанская наука. 2016. № 12. С.151-154.



7. Жукова, Н.Ю. Взаимосвязь отношения к смерти и склонности к саморазрушающему поведению у подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017. № 4 (17). С. 27-33.

8. Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K., Sulstonova K.B., et al. Role of psychological research of suicidal behavior in adolescents // Journal Sciences of Europe/ Praha, Czech Republic. VOL 2, No 36 (2019) pp. 52-55

9. Matveeva A.A., Sulstonova K.B., Abbasova D.S. et al. Optimization of psycho-diagnostics of emotional states // Danish Scientific Journal. VOL 3, No 5 pp. 24-27.

10. Mars B., Heron J., Crane C. et al. (2014) Clinical and social outcomes of adolescent self-harm: population based birth cohort study. *BMJ*, 349: pg. 50-54 11. Skegg K. (2005) Self-harm. *The Lancet*, 366(9495): pg. 147–148. 12. Conner K.R., Wyman P., Goldston D.B. et al. Two studies of connectedness to parents and suicidal thoughts and behavior in children and adolescents // *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2016. Vol. 45, № 2. P. 129-140.

## ДИАГНОСТИКА РЕФЛЕКСИВНОГО КОМПОНЕНТА ГОТОВНОСТИ ВОСПИТАТЕЛЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ К РЕАЛИЗАЦИИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Бакун Н. Н.

*Государственное учреждение образования  
«Академия последипломного образования»,  
Республика Беларусь, г. Минск*

**Аннотация.** В статье рассматривается диагностика уровня рефлексивной готовности воспитателей экспериментальной группы (*адаптивного, репродуктивного, эвристического*) на основе содержания соответствующих им критериев (*мотивационного, ориентационного, операционального*). Полученные в ходе констатирующего этапа педагогического эксперимента результаты подтвердили необходимость целенаправленной опытно-экспериментальной работы по формированию рефлексивной готовности

воспитателей дошкольного образования к реализации здоровьесберегающих технологий.

**Ключевые слова:** воспитатели дошкольного образования, диагностика, здоровьесберегающие технологии, рефлексивная готовность.

## DIAGNOSTICS OF THE REFLECTIVE COMPONENT OF KINDERGARTEN TEACHERS' READINESS FOR IMPLEMENTING HEALTH-PROMOTING TECHNOLOGIES

Bakun N. N.

*Academy of Postgraduate Education,  
the Republic of Belarus, Minsk*

**Abstract.** The article examines the diagnostics of levels of reflective readiness of teachers in the experimental group (*adaptive, reproductive, heuristic*) based on the content of the corresponding criteria (*motivational, orientational, operational*). The results obtained during the constitutive stage of the pedagogical experiment confirmed the need for targeted experimental work to develop the reflective readiness of preschool teachers for the implementation of health-promoting technologies.

**Keywords:** preschool teachers, diagnostics, health-promoting technologies, reflective readiness.

### Введение

Структура готовности педагогов к профессиональной деятельности – достаточно сложное образование, включающее в себя не только комплекс знаний и умений, но и ценностные ориентации, свойства и качества личности. Сущность понятий «готовность», «готовность к деятельности», структурные компоненты готовности к профессиональной деятельности представлены в научных исследованиях А.А. Деркача, О.В. Добродновой, М.И. Дьяченко, Н.А. Жербаковой, В.И. Козел, В.А. Слостенина и др. Вместе с тем, ее содержание следует изучать в контексте определенной проблемы исследования и области

специализации. В нашем случае – это формирование готовности воспитателей дошкольного образования к реализации здоровьесберегающих технологий.

О.В. Доброднова рассматривает подготовку будущих педагогов дошкольного образования к здоровьесберегающей деятельности, «как целенаправленный, систематический, сознательный и специально организованный образовательный процесс, а *готовность* – как качественный показатель, результат данного процесса» [2, С.301].

В целостной системе готовности воспитателей дошкольного образования к реализации здоровьесберегающих технологий мы выделяем следующие компоненты – *функциональный, научно-методический, технологический, рефлексивный* [1].

**Цель статьи** - ознакомить с критериями, уровнями и методикой диагностики рефлексивного компонента готовности воспитателей дошкольного образования к реализации здоровьесберегающих технологий.

#### **Объекты и методы исследования**

При разработке критериев готовности воспитателей дошкольного образования к реализации здоровьесберегающих технологий мы опирались на материалы психолого-акмеологических исследований А.А. Деркача, М.И. Дьяченко, М.Я. Виленского, Н.А. Жербаковой, И.А. Зимней и др.

Большинство ученых сходятся во мнении, что профессиональная готовность имеет сложную динамическую структуру и охватывает теоретические знания, практические умения и навыки, мотивационные ценности, рефлексивные способности, приобретенные в результате обучения и интегрированные в профессиональную деятельность педагога.

Диагностика рефлексивной готовности воспитателей дошкольного образования к реализации здоровьесберегающих технологий (экспериментальная группа) проводилась с использованием следующих методов исследования: анкетирование, наблюдение, беседа.

## Результаты и их обсуждение

Рефлексивный компонент готовности воспитателей дошкольного образования к реализации здоровьесберегающих технологий проявляется в готовности, мысленного (ситуативного, перспективного или ретроспективного) анализа воспитателем дошкольного образования собственной здоровьесберегающей деятельности, направленного на оценку результатов своего труда, полное и глубокое познание себя как личности, осознание своих сильных и слабых сторон, а также способность к пониманию других людей (воспитанников, родителей, коллег и др.).

Для определения уровня рефлексивной готовности практикующим воспитателям дошкольного образования экспериментальной группы были предложены три задания.

*В первом задании* следовало представить ответы на вопросы анкеты «О здоровом образе жизни и о себе в профессии», ориентированной на выявление рефлексивных знаний воспитателей дошкольного образования. В содержание анкеты вошли вопросы, касающиеся знаний слушателей о собственном педагогическом потенциале и способах их применения в реализации здоровьесберегающих технологий, о приемах психического и физического восстановления после трудовой деятельности.

*Во втором задании* требовалось провести самоанализ и самооценку проведенной утренней гимнастики (в устной форме) в соответствии с представленным алгоритмом. Решение данной задачи способствовало диагностике рефлексивных умений специалистов в осуществлении самоанализа и самооценки собственной профессиональной деятельности.

Процедура самоанализа включала характеристику возрастных и психофизических особенностей детей, которые были учтены при планировании утренней гимнастики; анализ используемых методов и методических приемов обучения детей общеразвивающим упражнениям и подвижным играм, способов организации двигательной деятельности детей; определение условий

оптимизации физической нагрузки, обеспечения психологического и эмоционального комфорта воспитанников и др. По окончании самоанализа следовало обобщить итоги утренней гимнастики, отметить положительные и отрицательные моменты, оценить результативность мероприятия, высказать собственное мнение относительно дальнейшего совершенствования положительных сторон и устранения отмеченных недостатков.

*Третье задание* было нацелено на диагностику уровня мотивации испытуемых к процессу реализации здоровьесберегающих технологий и к его результатам посредством участия их в групповом собеседовании по теме «Реализация здоровьесберегающих технологий как условие профессионального саморазвития воспитателя дошкольного образования».

В процессе беседы важно было не только почерпнуть нужную информацию о личностной рефлексивной сфере испытуемых, но и оказать положительное психолого-педагогическое воздействие на развитие у них позитивной самооценки, Я-концепции, дающих возможность достигнуть более высоких результатов в реализации здоровьесберегающих технологий.

Для оценки выполнения второго и третьего заданий применялся метод экспертных оценок. Качество самоанализа утренней гимнастики по предложенной оценочной шкале определяли заместитель заведующего по основной деятельности и руководитель физического воспитания экспериментальных детских садов. По итогам их оценок выводился суммарный средний балл самоанализа.

Участие в группой беседе на тему «Реализация здоровьесберегающих технологий как условие профессионального саморазвития воспитателя дошкольного образования» совместно оценивали преподаватель и педагог-психолог.

Диагностика исходного уровня рефлексивной готовности (мотивационного, ориентационного, операционального) осуществлялась в соответствии с разработанными критериями (таблица 1).

Диагностика уровня рефлексивной готовности воспитателей дошкольного образования к реализации здоровьесберегающих технологий осуществлялась в ходе исследования в соответствии с разработанными критериями:

– *мотивация к процессу реализации здоровьесберегающих технологий и к его результатам.* Групповое собеседование по теме «Реализация здоровьесберегающих технологий как условие профессионального саморазвития воспитателя дошкольного образования» указало на неустойчивую мотивацию к реализации здоровьесберегающих технологий у 46,1% педагогов.

На наш взгляд, объективные причины такого результата – нестабильное психоэмоциональное состояние, недостаточный уровень самооценки у многих респондентов, что оказывает негативное влияние на решение профессиональных и жизненных вопросов. Мотивация к процессу реализации здоровьесберегающих технологий имеет место у большей части участников эксперимента (53,9%).

Таблица 1.

**Критерии и уровни рефлексивной готовности воспитателей дошкольного образования к реализации здоровьесберегающих технологий**

Уровни	Критерии рефлексивной готовности		
	Мотивационный	Ориентационный	Операциональный
Адаптивный	– недостаточная мотивация к процессу реализации здоровьесберегающих технологий и к его результатам	– недостаточные знания собственного педагогического потенциала и способов их применения в реализации здоровьесберегающих технологий	– умение осуществлять частичный и не всегда объективный самоанализ и самооценку собственной здоровьесберегающей деятельности
Репродуктивный	– недостаточная мотивация к процессу реализации здоровьесберегающих технологий и к его результатам	– недостаточно полные знания собственного педагогического потенциала и способов их	– умение осуществлять объективный самоанализ и самооценку собственной здоровьесберегающей

	результатам	применения в реализации здоровьесберегающих технологий	деятельности
Эвристический	– стремление к творческой реализации здоровьесберегающих технологий для достижения лучших результатов	– систематизированные, и полные знания собственного педагогического потенциала и способов их применения в реализации здоровьесберегающих технологий	– умение осуществлять объективный и творческий самоанализ, и самооценку собственной здоровьесберегающей деятельности

Данную группу респондентов характеризует позитивное, творческое отношение к работе, мобилизация волевых усилий и личностных ресурсов для достижения наилучших результатов;

– *знания собственного педагогического потенциала и способов их применения в реализации здоровьесберегающих технологий.* Итоги анкетного опроса «О здоровом образе жизни и о себе в профессии» зафиксировали адаптивный уровень рефлексивных знаний в области понимания цели, задачи, средств и методов в реализации здоровьесберегающих технологий у 73,1% педагогов. Лишь 26,9% слушателей на репродуктивном уровне осознают собственные личностные качества, способствующие или препятствующие успешности профессиональной деятельности. Лишь менее четверти опрошенных владеют приемами устранения последствий профессионального утомления, которые имеют большое значение в профилактике синдрома эмоционального выгорания;

– *умение осуществлять объективный самоанализ и самооценку собственной здоровьесберегающей деятельности.* Диагностика рефлексивных умений указала на затруднения у 80,8% слушателей экспериментальной группы (адаптивный уровень) в осуществлении самоанализа проведенной утренней



гимнастики. Большинство педагогов в процессе самоанализа не устанавливают причинно-следственных связей между задачами мероприятия и способами их решения; не высказывают объективное мнение о результатах собственной деятельности, о целесообразности использования тех или иных физических упражнений и подвижных игр; не осознают возникающие в ходе мероприятия проблемы и способы их решения.

### **Заключение**

Определение уровня рефлексивной готовности воспитателей экспериментальной группы (*адаптивного, репродуктивного, эвристического*) и раскрытие содержания соответствующих им критериев (*мотивационный, ориентационный, операциональный*) предусматривало:

– разработку специального диагностического инструментария, включающего серию теоретико-методических и практических заданий с применением следующих методов исследования: анкетирование, наблюдение, беседа.

– диагностику исходного уровня рефлексивной готовности воспитателей дошкольного образования к реализации здоровьесберегающих технологий на констатирующем этапе педагогического эксперимента;

– анализ и оценку ее эффективности на основе предложенных критериев и уровней.

Полученные в ходе констатирующего этапа педагогического эксперимента результаты подтвердили необходимость целенаправленной опытно-экспериментальной работы по формированию рефлексивной готовности воспитателей дошкольного образования к реализации здоровьесберегающих технологий.

### **Литература/ References:**

1. Бакун, Н.Н. Научно-методический компонент готовности воспитателя дошкольного образования к реализации здоровьесберегающих технологий/ Н.Н. Бакун // Физическая культура, спорт и здоровье в

современном обществе: сборник научных статей международной научно-практической конференции. Воронеж: Издательско-полиграфический центр «Научная книга», 2023. С. 350-352.

2. Добророднова, О.В. Профессиональная подготовка специалистов к организации здоровьесберегающей деятельности в дошкольных образовательных учреждениях / О. В. Добророднова // Учен. зап. Орл. гоС. ун-та. Сер.: Гуманитар. и соц. науки. 2011. № 4. С. 299–308.

### **ОПЫТ РАБОТЫ «ТЕЛЕФОНА ДОВЕРИЯ» ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СИТУАЦИИ ОСТРОЙ РЕАКЦИИ НА СТРЕСС**

Белоногов М. Е., Вострых Д. В., Колпакова Ю. В., Рублева О. П.

*ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер  
имени профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово*

**Аннотация.** В данной статье рассмотрены вопросы организации работы суицидологической службы в городе Кемерово, ее структура и становление на основе комплексного подхода в оказании помощи пациентам в ситуации острой реакции на стресс. Показано место телефона доверия как первичного звена городской суицидологической службы.

**Ключевые слова:** суицид, суицидологическая служба, телефон доверия, острая реакция на стресс.

### **EXPERIENCE OF THE HELPLINE IN PROVIDING EXTENDED MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL CARE IN A SITUATION OF ACUTE STRESS REACTION**

Belonogov M. E., Vostrykh D. V., Kolpakova Y. V., Rubleva O. P.

*Professor N.P. Kokorina Kuzbass Clinical Narcological Dispensary  
Russia, Kemerovo*

**Abstract.** This article discusses the issues of organizing the work of the suicidological service in Kemerovo, its structure and formation based on an

integrated approach to helping patients in a situation of acute stress reaction. The place of the helpline as the primary link of the city suicidological service is shown.

**Keywords:** suicide, suicidological service, helpline, acute stress response.

«Телефону доверия» города Кемерово более 30 лет. Он начал свою работу 27 мая 1993 года. Это был тяжелый период для нашей страны. Массово закрывались предприятия, на оставшихся – месяцами не выплачивалась зарплата. Обесценивались денежные средства и сбережения. Не было абсолютно никакой уверенности в завтрашнем дне. На этом фоне наблюдался резкий всплеск преступности, рост алкоголизма и наркомании. Люди остро ощущали свою материальную, социальную и правовую незащищенность, что провоцировало кратное увеличение числа завершенных суицидов [5, С. 34].

При этом одновременно наблюдался огромный дефицит учреждений (и не только медицинских), где могли бы оказать квалифицированную психологическую или психиатрическую помощь людям с суицидоопасным поведением. Для реализации вопросов раннего выявления и диагностики суицидоопасных состояний, а также первичной и вторичной профилактики суицидов, в 1993 году и было принято решение о создании в городе Кемерово суицидологической службы, предназначенной для оказания суицидологической и антикризисной помощи лицам с непсихотическими формами психогенных реакций, пограничными нервно-психическими нарушениями, психогенно обусловленными аффективными нарушениями у пациентов с соматическими заболеваниями и благоприятно текущими эндогенными процессами [8, С.3]. На тот момент, значение подобной службы трудно было переоценить.

После принятия принципиального решения о создании данной службы, первым шагом в ее организации было открытие «телефона доверия» – «скорой» психологической помощи по телефону для людей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Звонки на «телефон доверия» поступают круглосуточно и

бесплатно на условиях анонимности и конфиденциальности [1, С. 23]. Это дает возможность человеку, обратившемуся за помощью, чувствовать себя максимально свободно в выражении своих чувств переживаний [8, С.5].

В жизни у каждого человека бывают ситуации, когда ему нужна помощь психолога. Часто, эта помощь необходима немедленно. И от того, как быстро она поступит, зависит, порой, жизнь человека и его психическое здоровье [2, С.27]. Именно экстренная психологическая помощь является основным направлением деятельности «телефона доверия», а главная задача, стоящая перед психологами службы – это предотвращение дальнейшего развития острой реакции человека на психотравмирующую ситуацию в его жизни, помощь в ее разрешении и, тем самым, устранение причин возможного покушения на самоубийство [3, С. 18].

Подобные службы в России на момент создания «телефона доверия» города Кемерово находились на этапе становления. Единая методология в работе пока только формировалась, поэтому, нарабатывая собственный опыт телефонного консультирования, мы пришли к пониманию того, что часто позвонившему человеку недостаточно только экстренной психологической помощи. Некоторым абонентам, кроме неотложной помощи, необходима также долгосрочная, поддерживающая терапия [4, С. 806].

Понятно, что чаще всего, такого рода помощь необходима одиноким, больным людям и инвалидам. Ведь для этой категории абонентов крайне высоким является риск совершения суицида (прежде всего потому, что у них ярко выражена потеря смыслообразующей компоненты их жизни). И таким абонентам очень удобен (а иногда и единственно доступен) именно телефонный формат помощи [5, С.128]. Но, говоря о долгосрочной поддерживающей терапии, авторы имеют в виду не их, а вполне себе дееспособных людей, которые после купирования острого состояния нуждаются в дальнейшей работе.

В дальнейшем, опытным путем, убедившись в правильности первоначального замысла относительно структуры суицидологической службы, в 1994 году был организован и начал свою работу сначала кабинет медико-социально-психологической помощи, где очный прием ведет врач-психотерапевт с базовым психиатрическим образованием, а затем, в том же году, для лечения пациентов открылось стационарное отделение кризисных состояний. Вместе с «телефоном доверия» эти отделения вошли в структуру образованного наркологического диспансера города Кемерово.

Таким образом, у «телефона доверия» появилась мощная поддержка по сопровождению абонентов, нуждающихся в дальнейшей работе. Именно благодаря тесному взаимодействию «телефона доверия» с кабинетом медико-социально-психологической помощи и отделением кризисных состояний, помогло в достаточно короткие сроки наладить работу суицидологической службы – на «телефон доверия» стабильно поступали звонки, кабинет медико-социально-психологической помощи вел амбулаторный прием и работал с клиентами в очном режиме, в отделении кризисных состояний пациенты получали стационарное лечение, а после выписки продолжали наблюдение и лечение в кабинете медико-социально-психологической помощи.

Профилактика суицидального поведения среди несовершеннолетних проводится медицинскими психологами кабинетов врачей психиатров-наркологов для обслуживания детского населения (далее – кабинеты) в рамках профилактической работы как среди детей и подростков, так и для учителей, социальных педагогов, психологов и других работников образовательных организаций, а также специалистов других учреждений и ведомств, занятых работой с несовершеннолетними.

Специалисты кабинетов установили тесные контакты со школами и другими образовательными организациями города Кемерово и на их базе проводят профилактические занятия с несовершеннолетними по привитию у них понимания ценности жизни и здоровья, по формированию принципов

здорового образа жизни, предупреждению аддиктивного, в том числе суицидального поведения – кризисные интервенции, классные часы для детей и их родителей и т.д. [7, С.4].

В ходе индивидуальных консультаций несовершеннолетним проводятся психодиагностические обследования с использованием проективных методик, патодиагностических опросников и опросников суицидального риска с целью выявления кризисных состояний, депрессивных тенденций, риска деструктивного, в том числе суицидального поведения.

Психологи кабинетов тесно взаимодействуют с психологами «телефона доверия» по вопросам профилактической работы и целевых направлений абонентов «телефона доверия» к специалистам кабинетов.

Также в каждом кабинете налажен постоянный межведомственный контакт со всеми заинтересованными службами и ведомствами системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних с целью совместного наблюдения за детьми и подростками с отклонениями в поведении и лицами, попавшими в трудную жизненную ситуацию. Сотрудники кабинетов совместно с соответствующими ведомствами проводят рейды, консультативные приемы для членов семей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Еще большего охвата детско-подросткового населения удалось достичь после того, как 01 июня 2013 года «телефон доверия» города Кемерово был подключен к Федеральной детской линии с общероссийским номером [1, С. 22]. Поэтому сейчас «телефон доверия» работает на двух номерах: это городской номер (384-2) 57-07-07 и бесплатный федеральный номер 8-800-200-122.

С момента подключения количество поступающих на «телефон доверия» звонков увеличилось в 5 (пять) раз и составляет в среднем около 2 000 звонков в месяц, а общее количество звонков за 2023 год составило 25 460 (таблица 1).

Таблица 1.  
**Сравнительная таблица общего количества звонков, поступивших на «телефон доверия».**

Год	Кол-во звонков
2012 год (до подключения детского ТД)	5 280
2013 год (полгода работы детского ТД)	9 170
2023 год	25 460

Детский «телефон доверия» на сегодняшний день – это настоящая «палочка-выручалочка» для детей и подростков, попавших в сложную ситуацию и желающих получить ответы на свои вопросы, а также для родителей, не знающих, как помочь своим детям [1, С. 24].

Хочется также отметить, что «телефон доверия» взаимодействует с теми отделениями наркологического диспансера, которые специализируются на лечении зависимостей. От профессиональной работы психолога «телефона доверия» часто зависит обратится ли за помощью врач психиатра-нарколога абонент с зависимым поведением, и решится ли созависимый человек на работу в группе созависимых с целью изменения стиля своего поведения, чтобы подтолкнуть близкого ему человека на борьбу со своей болезнью [6, С. 11].

С целью расширения возможностей межведомственного взаимодействия при оказании экстренной психологической помощи и увеличения доступности экстренной психологической помощи, в 2018 году «телефон доверия» подписал соглашение об информационном взаимодействии с Центром приема и обработки вызовов экстренных оперативных служб по единому номеру «112».

Причинами обращений на «телефон доверия» несовершеннолетних являются проблемы взаимоотношений со сверстниками и близкими людьми, семейные конфликты, «прессинг» и насилие со стороны родителей и другие проблемы родительско-детских отношений, которые всегда рассматриваются специалистами как звонки с повышенной степенью суицидальной опасности. В случае поступления звонка по номеру «112» от человека, находящегося



в остром психо-эмоциональном состоянии, заявляющего суицидальные мысли и/или совершающего суицидоопасные действия, оператор службы «112» переключает абонента на психолога «телефона доверия» для дальнейшей работы с ним. В среднем за сутки медицинский психолог «телефона доверия» принимает по 5-7 подобных переключений.

Еще одним примером эффективного межведомственного взаимодействия является активное сотрудничество «телефона доверия» с Министерством социальной защиты населения Кузбасса и отделом организации деятельности подразделений по делам несовершеннолетних УОДУУП и ПДН ГУ МВД России по Кемеровской области - Кузбассу по вопросам семейного насилия. Здесь особое внимание уделяется звонкам по проблеме жестокого обращения с ребенком. Данную проблему чаще заявляют их близкие родственники, соседи, школьные учителя. Если звонит сам ребенок, то он убежден, что обнародование его проблемы только усугубит ситуацию. Поэтому его привлекает уверенность в том, что он может сам контролировать процесс разговора (у него всегда есть возможность просто положить трубку), информация не будет передана дальше и ситуация не станет для него еще более угрожающей [1, С.169].

По итогам 2023 года на «телефон доверия» поступило 4 308 обращений несовершеннолетних (юношей – 2 032, девушек – 2 276), в том числе из категории суицидальной опасности – 38 обращений (0,1%).

Для сравнения, в 2022 году было 3 731 обращение несовершеннолетних, из них юношей – 1 954, девушек – 1 777, в том числе с риском суицида – 27 обращений (0,7%).

В случаях обращений детей и подростков в ситуации семейного и иного вида насилия (при согласии звонящего) консультант «телефона доверия» собирает информацию о нем и его семье, оформляет официальное обращение и передает полученные сведения в Министерство социальной защиты населения Кузбасса и в ГУ МВД России по Кемеровской области - Кузбассу.

В 2023 году с согласия несовершеннолетних абонентов специалистами «телефона доверия» была передана информация в отношении пяти подростков, обратившихся с проблемами семейного или иного насилия и суицидальным риском.

Таким образом, комплексная и системная работа специалистов «телефона доверия» позволяет человеку, оказавшемуся в сложной жизненной ситуации и нуждающегося в помощи, открыто заявить об этом, дает возможность максимально быстро получить профессиональную помощь и поддержку.

Подводя итоги, хотелось бы сказать, что суицидологическая служба города Кемерово прошла проверку временем, показав свою необходимость и эффективность, а специалисты «телефона доверия», как первичного звена службы, профессионально и ответственно решают поставленные перед ними задачи.

#### **Литература / References:**

1. Детский телефон доверия, работающий под единым общероссийским номером 8 800 2000 122. Нормативные и методические материалы: в 3 т., т. I. Для руководителя. – М.: Смысл, 2011.
2. Емельянова Е.В. Ясность пути: миссия, цели, задачи Телефона экстренной психологической помощи // Вестник РАТЭПП: Сб. метод. Материалов. – Саратов: Издательство Саратовского университета, 2004.
3. Креславский Е.С. Телефонная экстренная психологическая помощь в Содружестве независимых государств// Вестник РАТЭПП.1992. №1.
4. Методы эффективной психокоррекции: Хрестоматия / Сост. К.В. Сельченков. – Мн.: Харвест, 1999.
5. Моховиков А.Н. Телефонное консультирование – М.: Смысл, 1999.
6. Особенности организации помощи родственникам наркологических больных: Методические рекомендации / Сост.: д.м.н. профессор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии КемГМА Н.П. Кокорина;

д.м.н., профессор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии  
КемГМА А.А. Лопатин, Ю.Е. Алимбекова, М.В. Васильев – Кемерово, 2012.

7. Пайвина Е.Ю. Первичная профилактика аддиктивного поведения подростка. – Ижевск, 2004.

8. Телефонная психотерапевтическая помощь – Телефон доверия – в системе социально-психологической службы: Методические рекомендации/ Сост.: А.Г. Амбрумова, А.М. Полеев – М., 1988.

## ГАДЖЕТОЗАВИСИМОСТЬ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО И ТЕХНИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТОВ: СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Богданов С. И.<sup>1</sup>, Нархов Д. Ю.<sup>2</sup>, Нархова Е. Н.<sup>3</sup>

*<sup>1</sup>Кафедра психиатрии, психотерапии и наркологии  
ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Россия, г. Екатеринбург*

*<sup>2</sup>Кафедра организации работы с молодежью Института физической  
культуры и молодежной политики*

*ФГАОУ ВО «Уральский федеральный университет имени первого  
Президента России Б.Н. Ельцина», Россия, г. Екатеринбург*

*<sup>3</sup>Кафедра организации работы с молодежью Института физической  
культуры и молодежной политики*

*ФГАОУ ВО «Уральский федеральный университет имени первого  
Президента России Б.Н. Ельцина», Россия, г. Екатеринбург*

**Аннотация.** В данной статье представлены данные сравнительного анализа гаджетозависимости среди 1148 студентов медицинского и технического университетов. У студентов медицинского университета выявлен более высокий уровень проблем, связанных с гаджетозависимостью. Студенты женского пола более подвержены риску формирования зависимости данного вида.

**Ключевые слова:** гаджетозависимость, влечение, утрата контроля, абстинентный синдром, рост толерантности и поглощенность активностью, студенты, гендерные особенности.

## GADGETS ADDICTION AMONG STUDENTS OF MEDICAL AND TECHNICAL UNIVERSITIES: A COMPARATIVE STUDY

Bogdanov S. I.<sup>1</sup>, Narkhov D. Yu.<sup>2</sup>, Narkhova E. N.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>*Department of Psychiatry, Psychotherapy and Narcology  
Ural State Medical University, Russia, Ekaterinburg*

<sup>2</sup>*Department of Organization of Work with Youth, Institute of Physical Culture  
and Youth Policy*

*The First President of Russia B.N. Yeltsin Ural Federal University,  
Russia, Ekaterinburg*

<sup>3</sup>*Department of Organization of Work with Youth, Institute of Physical Culture  
and Youth Policy*

**Abstract.** This article presents data from a comparative analysis of gadget addiction among 1,148 students of medical and technical universities. Medical university students showed a higher level of problems associated with gadget addiction. Female students are more at risk of developing this type of addiction.

**Keywords:** gadget addiction, attraction, loss of control, withdrawal syndrome, increased tolerance and preoccupation with activity, students, gender characteristics.

### Введение

За последние два десятилетия наблюдался огромный рост глобальных пользователей Интернета, причем этот показатель существенно вырос с 0,4 млрд. в 2000 году до 4,2 млрд. в 2018 году. Свободный доступ к интернету предоставил современному человеку доступ к практически любой информации и больше возможностей для общения и развлечений [12].

Различные исследования показали, что молодые пользователи Интернета (особенно в возрасте от 18 до 24 лет) подвержены повышенному риску интернет-зависимости, поскольку они общаются с другими людьми в социальных сетях вместо реальных контактов в жизни [4, 7, 13]. Пандемия COVID-19 также привела к неизбежному всплеску использования цифровых технологий в связи с введением дистанционного обучения, в том числе в медицинских вузах [3].

Что касается медицинского образования: исследования показали широкое распространение использования смартфонов студентами-медиками, варьирующее от 51 до 98% [7, 17].

Гаджетозависимость – это состояние, при котором человек становится зависимым от использования гаджетов, таких как смартфоны, планшеты, компьютеры и другие электронные устройства. Эта зависимость проявляется как у детей, так и у взрослых [1].

Мета-анализ показал, что совокупная распространенность зависимости среди студентов-медиков в 6 странах достигает 30,1%, что в пять раз выше, чем в общей популяции населения. Из-за стресса, присущего медицинскому образованию, многие студенты подвержены психологическим и психиатрическим расстройствам, таким как депрессия и тревога, которые положительно связаны с зависимостью [17]. Кроме того, зависимость связана с негативными последствиями для здоровья, такими как стресс, депрессия, повышенные эмоциональные и поведенческие трудности, синдром дефицита внимания/гиперактивности [10], тревожное расстройство [13, 15], низкая самооценка, застенчивость, социальная тревожность, а также суицидальное поведение и нарушение самоидентификации [16].

Что касается социально-экономических факторов, исследования показали, что зависимость статистически значимо выше среди студентов мужского пола, студентов в возрасте до 21 года, а также у студентов с такой вредной привычкой, как курение, низкой физической активностью и малым количеством часов сна (6 ч в день) [14].

В некоторых исследованиях зарубежных авторов частота выявления зависимости от устройств, обеспечивающих удаленный сетевой доступ, оказывалась статистически значимо выше среди исследуемых как женского [9, 18], так и мужского [13] пола в сравнении с противоположным полом. В некоторых работах пол не оказывал статистически значимого влияния на развитие зависимости [8, 10].

Зависимость негативно влияет на многие факторы, связанные с образом жизни, такие как управление временем и ухудшение его качества, нерегулярное питание, физическая дисфункция и сокращение периода сна у подростков [18].

При неправильном использовании гаджетов возможно ухудшение успеваемости (например, пропуски занятий, опоздания). Некоторые исследования указывают на связь зависимости от устройств, обеспечивающих удаленный сетевой доступ с низкой успеваемостью [5, 15], в том числе, с ухудшением успеваемости под влиянием гаджетов [9]. Мбоуа, I. В. и соавт. обнаружили, что продолжительность времени, проведенного в Интернете, не зависит от курса обучения и не является предиктором развития зависимости от гаджетов [14], что было сопоставимо с результатами ряда других зарубежных работ [11, 12, 16]. Но некоторыми исследователями было выявлено, что имеется связь между возникновением зависимости от устройств, обеспечивающих удаленный сетевой доступ, и курсом обучения [6].

В доступной литературе мы также не нашли работ по сравнительному анализу распространения гаджетозависимости среди студентов медицинского и технического вузов.

**Цель исследования** – изучить частоту встречаемости признаков гаджетозависимости среди студентов и зависимость ее уровня от профиля университета и гендерного фактора.

### **Материалы и методы**

Было проведено одномоментное кросс-секционное исследование. Инструмент исследования - Google-форма опросника. В первой части студентам было предложено пройти опрос, который включал вопросы о социо-демографических сведениях, об используемых устройствах, их преимущественной цели использования, оценке их качества, о среднем балле зачетной книжки. Вторая часть опросника включала «Шкалу оценки зависимости от персонального компьютера, интернета и мобильных устройств, обеспечивающих доступ к нему (Л.О. Пережогин, В.Ф. Шалимов, Б.А.

Казаковцев, 2018)» [2], позволяющая диагностировать зависимость по четырём субшкалам: «Влечение», «Утрата контроля», «Абстинентный синдром», «Рост толерантности и поглощенность активностью». Оценка производилась в баллах: для первых двух субшкал максимальный балл – 18, для третьей и четвертой – 36 баллов. В зависимости набранных по субшкалам баллов выводилась итоговая оценка.

В соответствии с интерпретацией результатов по шкале студенты были поделены на 3 группы, согласно клинической оценке зависимости по четырем исследуемым субшкалам: группа без клинических проявлений зависимости (вне зоны риска по каждой субшкале); группа риска по развитию зависимости (не относятся к группам 1 и 3); студенты с наличием признаков зависимости (достоверные клинические проявления по каждой из субшкал).

Отношение к той или иной группе определялось по количеству баллов, набранному по каждой из шкал. В субшкалах «Влечение», «Утрата контроля» и «Абстинентный синдром» применялась психометрическая шкала типа шкалы Ликерта, состоящая из 4-х вариантов ответа: «Никогда», «Редко», «Часто», «Всегда». Данные варианты ответов определяют число баллов от 0 до 3 соответственно.

Субшкала «Рост толерантности и поглощенность активностью» является бинომиальной, допускает только ответы «Да» (6 баллов) и «Нет» (0 баллов). В субшкалах «Влечение» и «Утрата контроля» в группу с достоверными клиническими проявлениями попадали опрошенные с числом баллов более 11, а в группу вне зоны риска - до 8 баллов включительно.

По субшкалам «Абстинентный синдром» и «Рост толерантности и поглощенность активностью» опрошенные с достоверными клиническими проявлениями имели балл более 17, а группа вне зоны риска - балл менее 12. Все остальные участники опроса попадали в группу 2 (группа риска по развитию зависимости) по соответствующим субшкалам.



В опросе приняли участие 1148 студентов из двух крупных университетов г. Екатеринбурга Уральского государственного медицинского университета (УГМУ) – 445 студентов (38,8%), и Уральского федерального университета (УрФУ) – 703 студента (61,2%). Из исследования были исключены аспиранты, ординаторы и учащиеся центра довузовской подготовки.

Статистическая обработка выполнена с помощью программного обеспечения SPSS-Statistics 23. Различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ . Для каждого количественного признака рассчитывали:  $M$  – выборочное среднее,  $SD$  – стандартное отклонение, ДИ 95 % (CI 95%) – доверительный интервал. Значимость различий качественных признаков оценена при помощи критерия  $\chi^2$  Пирсона с поправкой на непрерывность, различия статистически достоверны при  $p \leq 0,05$ .

### **Результаты и обсуждение**

В основу описания клинической картины гаджетозависимости были положены общие критерии МКБ-10, описывающие синдром зависимости. Согласно этой классификации, диагноз считается валидным, если из 6 общих критериев в течение года как минимум из них должны быть обнаружены минимум 3 критерия.

Основной характеристикой синдрома зависимости МКБ-10 определяется влечение. У лиц с нехимической зависимостью имеет место влечение к взаимодействию с сетью или устройствами – персональным компьютером (ПК), планшетным компьютером, мобильным телефоном.

Для диагностики данной характеристики были использованы вопросы, формирующие субшкалу «Влечение». Результаты исследования по данной субшкале приведены в табл. 1.

Таблица 1.  
**Распределение студентов по степени зависимости по субшкале «Влечение».**

Субшкала № 1 – Влечение	Среднее по двум вузам	УГМУ		УрФУ		$\chi^2$	р
вне зоны риска	85,1	361	81,1	616	87,6	9,5	<0,01
группа риска	11,8	68	15,3	67	9,5		
достоверно присутствует патологическое влечение	3,1	16	3,6	20	2,8		
<b>ИТОГО:</b>	100,0	445	100,0	703	100,0		

Как видно из приведенных данных, патологическое влечение к гаджетам выявлено у 3,1% студентов. В группе риска по данному диагностическому критерию оказались 11,8%. Остальные 85,1% находились вне зоны риска.

При сравнении данных в вузах было обнаружено статистически достоверное отличие в результатах, заключающееся в сравнительно большей доле лиц в группе риска среди студентов УГМУ (15,3% против 9,3% в УрФУ).

Следующим критерием, диагностике которого был посвящен блок опросника, был критерий утраты количественного контроля. В МКБ-10 он описывается в виде связанных между собой феноменов: «сниженной способности контролировать: его начало аддиктивной активности, окончание или дозу» и «безуспешных попыток или постоянного желания сократить или контролировать аддиктивную активность». В случае нехимической зависимости (гаджетозависимости) речь идет не о «веществе», а о действиях пользователя сети, в целом же диагностический критерий соблюдается.

Результаты исследования критерия «Утрата контроля» приведены в табл. 2.

Таблица 2.  
Распределение студентов по степени зависимости  
по субшкале «Утрата контроля».

Субшкала № 2 – Утрата контроля	Среднее по двум вузам	УГМУ		УрФУ		$\chi^2$	p
		вне зоны риска	группа риска	вне зоны риска	группа риска		
вне зоны риска	88,7	366	82,2	652	92,7	29,9	<0,001
группа риска	8,9	62	13,9	40	5,7		
достоверно присутствует утрата контроля	2,4	17	3,8	11	1,6		
<b>ИТОГО:</b>	100,0	445	100,0	703	100,0		

Представленные данные наглядно демонстрируют, что клинический уровень утраты контроля достигается у 2,4% в общей группе студентов. При сравнении данных в УГМУ выявлена сравнительно более высокая доля студентов, составившая группу риска по данному критерию (13,9% против 5,7% в УрФУ). В УГМУ также выявлен сравнительно более низкий удельный вес студентов вне зоны риска (82,2% против 92,7% в УрФУ).

Синдром отмены (абстинентный синдром) является важным клиническим проявлением у лиц, обнаруживающих гаджетозависимость. Это вполне соотносится с существующими в наркологии представлениями о последовательности формирования состояний зависимости, о стадийности развертывания клиники зависимого поведения. В МКБ-10 абстинентный синдром характеризует вторую (среднюю) стадию зависимости.

Результаты исследования критерия «Абстиненция» приведены в табл. 3.

Анализ полученных данных свидетельствует об относительно низком уровне клинического проявления клинических признаков абстинентного синдрома в общей группе студентов (2,7%) и незначительного числа лиц в группе риска по этому критерию. При этом выявлен статистически достоверно более высокий уровень студентов с наличием проявлений абстинентного синдрома среди студентов УГМУ (5,4% против 1,0% в УрФУ), а также

значительно превышающий таковой по группе риска (9,0% против 2,6% в УрФУ). Естественно, что мы получили и большую разницу по группам «вне зоны риска» - 85,6% в УГМУ и 96,4% в УрФУ.

Таблица 3.  
**Распределение студентов по степени зависимости по субшкале «Абстиненция».**

Субшкала № 3 – Абстиненция	Среднее по двум вузам	УГМУ		УрФУ		$\chi^2$	p
		вне зоны риска	группа риска	вне зоны риска	группа риска		
вне зоны риска	92,2	381	85,6	678	96,4	45,3	<0,001
группа риска	5,1	40	9,0	18	2,6		
достоверно присутствует абстиненция	2,7	24	5,4	7	1,0		
<b>ИТОГО:</b>	100,0	445	100,0	703	100,0		

В соответствии с МКБ-10, для синдрома зависимости характерным признаком является повышение толерантности, которое проявляется «в необходимости повышения дозы для достижения желаемых эффектов» и в том, «что хронический прием одной и той же дозы приводит к ослабленному эффекту». В случае гаджетозависимости рост толерантности проявляется в изменении характера работы в сети и в увеличении времени этой работы.

Результаты исследования критерия «Рост толерантности и поглощенность активностью» приведены в табл. 4.

Из всех критериев, анализ которых приведен выше, наиболее высокий уровень клинически выраженного роста толерантности и поглощенности аддиктивной активности (23,8%), который даже превышает долю лиц, вошедших по этому критерию в группу риска (21,7%).

Сравнение по вузам вновь дает статистически значимые отличия студентов УГМУ по всем трем подгруппам: по росту толерантности и поглощенностью активностью разница составила 7% (28,1% против 21,1% в

УрФУ), по группе риска превышение составило 5,1% (24,7% против 19,8% в УрФУ).

Таблица 4.  
**Распределение студентов по степени зависимости по субшкале «Рост толерантности и поглощенность активностью»**

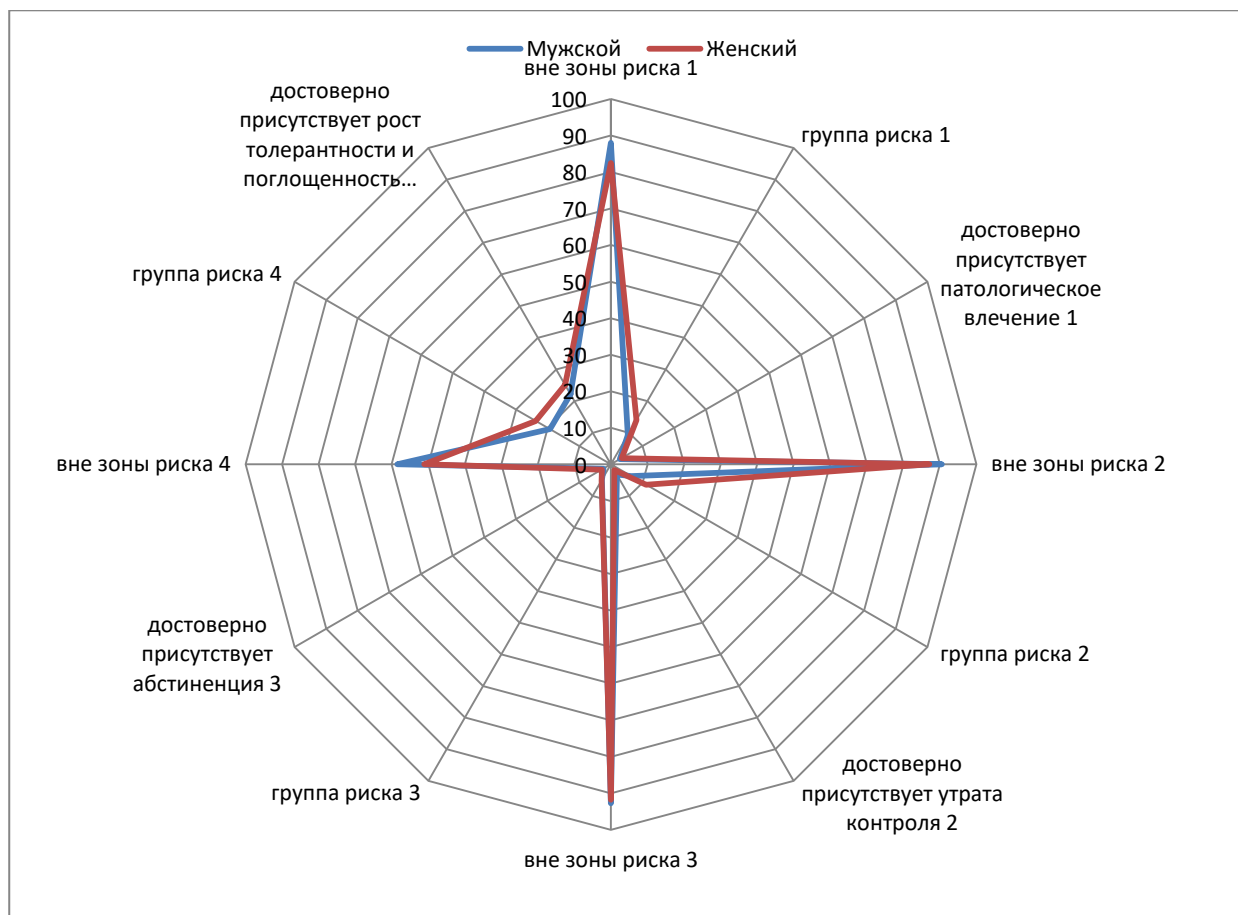
Субшкала № 4 – Рост толерантности и поглощенность активностью	Среднее по двум вузам	УГМУ		УрФУ		$\chi^2$	р
вне зоны риска	54,5	210	47,2	416	59,2	15,9	<0,001
группа риска	21,7	110	24,7	139	19,8		
достоверно присутствует рост толерантности и поглощенность активностью	23,8	125	28,1	148	21,1		
<b>ИТОГО:</b>	100,0	445	100,0	703	100,0		

Соответственно и по лицам вне зоны риска разница составила 12% (47,2% против 59,2% в УрФУ).

В результате опроса выявлены заметные гендерные различия (Рис. 1).

По субшкале 1 вне зоны риска (самая многочисленная часть респондентов - в массиве 85,1 %) оказались 88 % респондентов-мужчин и 82,5 % респондентов-женщин (% рассчитан в группах от пола). В группу риска попали 9,2 % респондентов-мужчин и 14 % респондентов-женщин. Группы респондентов, у которых достоверно присутствует патологическое влечение, составили 2,8 % мужчин и 3,4 % женщин.

Ведущим фактором в данной шкале является показатель немедленного взаимодействия с гаджетом («Как только появляется малейшая возможность сесть за компьютер или взять в руки мобильное устройство, вы немедленно делаете это»), условный индекс 1,6516 свидетельствует о значительном преобладании ответов «часто» и «всегда».



**Рис. 1.** Гендерные различия по субшкалам, переменная-основание – «Ваш пол», % от группы.

По субшкале 2 группы распределились следующим образом. Вне зоны риска 90,5 % мужчин и 87,1 % женщин, в группе риска 6,4 % мужчин и 11,1 % женщин. Число респондентов, у которых зафиксирована достоверная утрата контроля, составила 3,2 % и 1,8 % соответственно. Ведущий фактор – длительное использование мобильного устройства или ПК («Если вы сели за компьютер или взяли в руки мобильное устройство, чтобы поработать пять минут, то неизбежно просидите за ним час или два»), условный индекс – 1,3998 показывает о преимущественных ответах «редко» и «часто».

По субшкале 3 вне зоны риска оказались 92,7% респондентов-мужчин и 91,8% респондентов-женщин. Группа риска составили 4,9% мужчин и 5,2 % женщин. Группа с достоверным присутствием абстинентного синдрома включает 2,4% мужчин и 2,9 % женщин. Ведущий фактор – повышенная

тревога и раздражительность при отсутствии возможности взаимодействовать с гаджетами («Вы замечали, что у вас, лишённого возможности взаимодействовать с компьютером или мобильным устройством, меняется настроение, появляются головные боли, боли в мышцах, раздражительность, тревога»), условный индекс менее единицы: 0,7282. В ответах значительное преобладание варианта «Никогда» со значительной долей ответов «редко» (каждый пятый респондент).

По субшкале 4 наблюдается существенное перераспределение по группам. Оставшись самой многочисленной, группа респондентов вне зоны риска сильно сократилась: мужчины – 58,5 %, женщины – 51,1 %. Напротив, группа риска, как и группа респондентов с достоверным присутствием роста толерантности и поглощенности активностью, существенно расширились. В первой оказались 19,3 % мужчин и 23,8 % женщин, во второй – 22,2 % мужчин и 25,1 % женщин.

Основной влияющий фактор – возрастающее время взаимодействия с гаджетами (Вы тратите на взаимодействие с компьютером и/или мобильным устройством в среднем более 2 часов в день и это время день за днем увеличивается). Условный индекс в положительной зоне – 3,9094 преобладают ответы «Да». Здесь нужно сделать оговорку: смена шкалы на дихотомию в данном блоке вопросов делает некорректным сравнение условных индексов из первых трех субшкал с условным индексом четвертой субшкалы.

### **Заключение**

1. Проблема гаджетозависимости в университетской среде в клиническом проявлении по таким критериям как «Влечение», «Утрата контроля» и «Абстиненция» в целом выражена весьма слабо и не превышает 3% от общего числа студентов. Однако по критерию «Рост толерантности и поглощенность активностью» ситуация выглядит тревожно, т.к. практически у 24% студентов этот критерий был клинически выражен.



2. Группа риска гаджетозависимости по критериям как «Влечение», «Утрата контроля» и «Абстиненция» включала от 5 до 12% от общего числа студентов. В тоже время по критерию «Рост толерантности и поглощенность активностью» каждый пятый студент находится в группе риска.

3. Студенты медицинского университета имеют сравнительно более высокий уровень проблем, связанных с гаджетозависимостью по сравнению со студентами технического университета.

4. Студенты-женщины более подвержены риску формирования гаджетозависимости.

#### **Литература/ References:**

1. Ванюшина Е. А., Гончарова М. А. Современные тенденции формирования интернет – зависимости у студентов медицинского университета // Бюллетень науки и практики. 2017. №3. С. 134-138.

2. Пережогин Л.О., Шалимов В.Ф., Казаковцев Б.А. Зависимость от персонального компьютера, интернета и мобильных устройств, обеспечивающих удаленный сетевой доступ (клиника, диагностика, лечение). Методические рекомендации // Российский психиатрический журнал. 2018. №2. С. 19-30.

3. Сабурова В.В. Горева Е.А. Богданов С.И. Нехимические аддикции в студенческой среде: на примере гаджетозависимости // Вестник Уральского государственного медицинского университета. 2021. №4. С. 25-30.

4. Черных Н.Ю., Васильева М.В., Мелихова Е.П. Качество жизни студентов-медиков и интернет-зависимость // Научно-практический журнал. 2021. №83. С. 32-35.

5. Alotaibi M. S., Fox M., Coman R., Ratan Z. A., & Hosseinzadeh H. Smartphone Addiction Prevalence and Its Association on Academic Performance, Physical Health, and Mental Well-Being among University Students in Umm Al-Qura University (UQU), Saudi Arabia. International journal of environmental research and public health. – 2022; 19 (6).

6. Bhatt, S., & Gaur, A. Psychological risk factors associated with internet and smartphone addiction among students of an Indian dental institute. *Indian journal of public health.* – 2019; 63(4): 313–317.
7. Buchholz A., Perry B., Weiss L. B. and Cooley D. Smartphone use and perceptions among medical students and practicing physicians. *J. Mob. Technol. Med.* – 2016;5(1):27–32.
8. Cai H., Xi H. T., An F., Wang Z., Han L., Liu S., Zhu Q., Bai W., Zhao, Y. J. Chen, L. Ge Z. M., Ji M., Zhang H., Yang B. X., Chen P., Cheung T., Jackson T., Tang Y. L., & Xiang Y. T. The Association Between Internet Addiction and Anxiety in Nursing Students: A Network Analysis. *Frontiers in psychiatry.* – 2021;
9. Haroon M. Z., Zeb Z., Javed Z., Awan Z., Aftab Z., Talat W. Internet Addiction In Medical Students. *Journal of Ayub Medical College, Abbottabad : JAMC.* – 2018; 30: 659–663.
10. Jain A., Sharma R., Gaur K. L., Yadav N., Sharma P., Sharma N., Khan N., Kumawat P., Jain G., Maanju M., Sinha K. M., & Yadav K. S. Study of internet addiction and its association with depression and insomnia in university students. *Journal of family medicine and primary care.* – 2020; 9(3): 1700–1706.
11. Kolaib, A., Alhazmi, A., & Kulaib, M. Prevalence of internet addiction and its associated factors among medical students at Taiba University, Saudi Arabia. *Journal of family medicine and primary care.* – 2021; 9(9): 4797–4800.
12. Kumari, R., Langer, B., Gupta, R., Gupta, R. K., Mir, M. T., Shafi, B., Kour, T., & Raina, S. K. Prevalence and determinants of Internet addiction among the students of professional colleges in the Jammu region. *Journal of family medicine and primary care.* – 2022; 11(1): 325–329.
13. Lin X., Gu J. Y., Guo W. J., Meng Y. J., Wang H. Y., Li X. J., Deng W., Zhao L. S., Ma X. H., Li M. L., Chen T., Cheng A., Li T. The Gender-Sensitive Social Risk Factors for Internet Addiction in College Undergraduate Students. *Psychiatry investigation.* - 2021; 18(7): 636–644.

14. Mboya I. B., Leyaro B. J., Kongo A., Mkombe C., Kyando E., & George J. Internet addiction and associated factors among medical and allied health sciences students in northern Tanzania: a cross-sectional study. *BMC psychology*. – 2020; 8(1):73.
15. Rathakrishnan, B., Bikar Singh, S. S., Kamaluddin, M. R., Yahaya, A., Mohd Nasir, M. A., Ibrahim, F., & Ab Rahman, Z. Smartphone Addiction and Sleep Quality on Academic Performance of University Students: An Exploratory Research. *International journal of environmental research and public health*. – 2021; 18(16): 8291.
16. Seo, E. H., Kim, S. G., Lee, S. K., Park, S. C., & Yoon, H. J. Internet Addiction and Its Associations with Clinical and Psychosocial Factors in Medical Students. *Psychiatry investigation*. – 2021; 18(5): 408–416.
17. Shan X., Ou Y., Ding Y., Yan H., Chen J., Zhao J., Guo W. Associations Between Internet Addiction and Gender, Anxiety, Coping Styles and Acceptance in University Freshmen in South China. *Frontiers in psychiatry*. – 2021; 12.
18. Yang W., Morita N., Zuo Z., Kawaida K., Ogai Y., Saito T., Hu W. Maladaptive Perfectionism and Internet Addiction among Chinese College Students: A Moderated Mediation Model of Depression and Gender. *International journal of environmental research and public health*. – 2021; 18.

## **УПОТРЕБЛЕНИЕ НАТУРАЛЬНЫХ КАННАБИНОИДОВ: СОВРЕМЕННЫЙ КОНТЕКСТ**

Богданов С. И., Бодунова Л. А., Митягина Я. Р.

*Кафедра психиатрии, психотерапии и наркологии*

*ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»*

*Минздрава России, Россия, г. Екатеринбург*

**Аннотация.** Цель этого повествовательного обзора - описать текущую среду использования как природных, так и синтетических каннабиноидов, предоставив контекст химии и фармакологии каннабиноидов. Синтетические каннабиноиды, особенно агонисты каннабиноидных рецепторов, более

сильнодействующие, чем природные каннабиноиды, и могут приводить к более тяжелым реакциям и неотложным состояниям.

**Ключевые слова:** натуральные каннабиноиды, распространение употребления, факторы, способствующие потреблению, молодой возраст.

## CONSUMPTION OF NATURAL CANNABINOIDS: MODERN CONTEXT

Bogdanov S. I., Bodunova L. A., Mityagina Y. R.  
*Department of Psychiatry, Psychotherapy and Narcology  
Ural State Medical University, Russia, Ekaterinburg*

**Abstract.** The purpose of this narrative review is to describe the current environment for the use of both natural and synthetic cannabinoids, providing context for the chemistry and pharmacology of cannabinoids. Synthetic cannabinoids, especially cannabinoid receptor agonists, are more potent than naturally occurring cannabinoids and can lead to more severe reactions and medical emergencies.

**Keywords:** natural cannabinoids, prevalence of use, factors contributing to use, young age.

### Введение

Одним из наиболее известных каннабиноидов является  $\Delta^9$ -тетрагидроканнабинол (ТНС), который является основным психоактивным компонентом конопли (марихуаны). Однако, существует множество других каннабиноидов, таких как каннабидиол (CBD), каннабигерол (CBG), каннабихромен (CBC), которые также взаимодействуют с каннабиноидными рецепторами и могут иметь различные физиологические и психоактивные эффекты [11]. Обзор последних исследований по воздействию каннабиноидов на здоровье человека подтверждает ранее известные факты о том, что ТНС вызывает эйфорию, изменения восприятия, нарушения координации, а также негативные психические реакции, такие как тревога, паника, паранойя [7].

Международный комитет по контролю над наркотиками (МККН) в своем ежегодном докладе за 2022 год, предупреждает, что легализация немедицинского применения каннабиса, противоречащая положениям Единой конвенции о наркотических средствах 1961 года, ведет к росту потребления и снижению восприятия риска, особенно у молодежи. Данные показывают, что во всех юрисдикциях, легализовавших каннабис, повысилась заболеваемость, связанная с употреблением каннабиса. В период с 2000 по 2018 год число обращений за наркологической помощью в связи с каннабисной зависимостью и синдромом отмены во всем мире увеличилось в восемь раз, а количество обращений за помощью в связи с психотическими расстройствами на почве употребления каннабиса - в четыре раза [2].

Уровень употребления может существенно различаться в зависимости от страны и региона, культурных и социальных факторов, а также законодательных ограничений. Данные обзора последних исследований по употреблению каннабиса в различных странах мира свидетельствуют о том, что каннабис остается самым распространенным незаконным наркотиком в мире, и число людей, употребляющих каннабис, продолжает расти [4]. Согласно данным ВОЗ, около 147 миллионов человек (что сопоставимо с 2,5% населения мира) потребляют каннабис [11].

В 2020 г. из 21 т изъятых из незаконного оборота наркотиков в России 51 % приходился на каннабиноиды. В 2017-2018 гг. доля 15-летних подростков, когда-либо в жизни употреблявших коноплю среди мальчиков составила 5%, а среди девочек – 3 %.

Исследование по распределению положительных результатов химико-токсикологических исследований по каннабису в Москве показало рост на 3,6 % за 4 года (с 19,2 % в 2014 г. до 23,8 % в 2018 г.). Структура контингента больных наркоманией вследствие употребления каннабиса, обратившихся за наркологической помощью впервые в жизни в России с 1999 по 2020 гг., увеличилось в 4 раза (с 4% в структуре всех видов наркомании до 16%) [3].

Среди студентов вуза доля лиц, имеющих опыт употребления наркотиков, составляет 12,9 %, из них 94,7 % употребляли каннабис [0].

**Цель исследования:** определение факторов, способствующих употреблению натуральных каннабиоидов.

#### **Материалы и методы исследования**

В качестве инструмента исследования была использована адаптированная версия опросника национального исследования «Prevalence and correlates of non-daily and daily cannabis use among persons 15 years and older in South Africa» 2017 года [8], который включал 30 вопросов открытого и закрытого типов. Вопросы касались пола и возраста респондентов, их материального положения, уровня образования и статуса занятости, а также частоты употребления каннабиоидной продукции, наличие расстройств, связанных с употреблением алкоголя, иных хронических заболеваний. Частота употребления каннабиса оценивалось с помощью «Скрининг-теста на алкоголь, курение и употребление психоактивных веществ (ASSIST)».

В исследовании приняли участие 61 респондент. Распределение по полу: 41 (67,2%) – мужчины, 20 (32,8%) – женщины. Средний возраст –  $24,3 \pm 1,05$  лет (min – 19 лет, max – 45 лет). Имели законченное высшее образование 45,9% респондентов, 44,3% – полное среднее образование, 8,2% – среднетехническое. Работали 52,5% опрошенных, 41,0% находились в процессе получения образования, 1,6% - нетрудоспособные, 3,3% не имели работы и не учились, 1 респондент не ответил на данный вопрос. В городской местности проживали 96,7% опрошенных.

Обработка и интерпретация результатов проведена с использованием Microsoft Excel и пакета статистических программ SPSS Base Statistics 17. Значимость различий качественных признаков оценена при помощи критерия  $\chi^2$  Пирсона с поправкой на непрерывность, различия статистически достоверны при  $p \leq 0,05$ .

### Результаты исследования

Распределение респондентов по факту употребления каннабиса *за последний месяц* было следующим: не употребляли – 59,0 %, из употреблявших каннабис респондентов (41,0 %) систематическое употребление отмечено у 13,1 %, еженедельное – у 8,2 %, ежемесячное – у 6,6 %, эпизодическое – у 13,1 % (табл. 1).

Таким образом, всех участников исследования можно подразделить две группы: 1-ю группу составили лица с актуальным употреблением каннабиса (41,0 %), 2-ю группу – не употреблявшие каннабис в течение последних 3-х месяцев (59,0%).

Данное группирование респондентов позволило провести сравнительный анализ для выявления факторов, способствующих актуальному употреблению натуральных каннабиоидов.

Таблица 1.

**Распределение респондентов по частоте употребления каннабиса в течение последних трех месяцев перед исследованием**

За последние 3 месяца как часто вы употребляли каннабис	Абсолютное значение	%
Не употреблял	36	59,0%
Почти ежедневно	8	13,1%
Еженедельно	5	8,2%
Ежемесячно	4	6,6%
1-2 раза за 3 месяца	8	13,1%
Всего	61	100%

Вначале мы исследовали влияние социально-демографических характеристик контингента (табл. 2).



Таблица 2.

Социально-демографическая характеристика исследуемой группы

Исследуемый фактор	Общая группа		Употребляющие каннабис		Не употребляющие каннабис		$\chi^2$	
	Абсолютное значение	%	Абсолютное значение	%	Абсолютное значение	%		
<b>Пол</b>							1,484	>0,05
Мужской	41	67,20%	19	76,00%	22	61,10%		
Женский	20	32,80%	6	24,00%	14	38,90%		
Всего	61	100%	25	100%	36	100%		
<b>Возраст</b>							0,711	>0,05
15-29	59	96,72%	24	96,00%	35	97,20%		
30-44	1	1,64%	0	0,00%	1	2,80%		
45 и более	1	1,64%	1	4,00%	0	0,00%		
Всего	61	100%	25	100%	36	100%		
<b>Образование</b>							8,331	<0,05

Неокончен- ное школьное	1	1,60 %	1	4,00 %	0	0,00 %		
Оконченное школьное	27	44,30 %	6	24,00 %	21	58,30 %		
Колледж/тех никум	5	8,20 %	1	4,00 %	4	11,10 %		
Законченное высшее	28	45,90 %	17	68,00 %	11	30,60 %		
Аспирантура	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %		
Всего	61	100 %	25	100 %	36	100 %		
<b>Статус занятости</b>							6.1 64	<0,0 5
Не работаю	2	3,30 %	2	8,00 %	0	0,00 %		
Нетрудоспос обен	1	1,60 %	1	4,00 %	0	0,00 %		
Студент/шко льник	32	52,50 %	8	32,00 %	24	66,70 %		
Работаю по найму/на себя	25	41,00 %	13	52,00 %	12	33,30 %		
Другое	1	1,60 %	1	4,00 %	0	0,00 %		
Всего	61	100 %	25	100 %	36	100 %		

Место проживания							0,0 7	>0,0 5
Сельская местность	2	3,30 %	1	4,00 %	1	2,80 %		
Городская местность	59	6,70 %	24	6,00 %	35	7,20 %		
<b>Всего</b>	61	00%	25	00%	36	00%		

Из представленных данных можно заключить, следующее. Распределение по полу в обеих группах определяет превалирование мужчин (76 % в первой группе и 61,1 % во второй) ( $p > 0,05$ ).

Т.о. не выявлено статистически значимых гендерных различий в группах сравнения.

Учитывая высокую возрастную гомогенность респондентов отличий в исследуемых группах выявлено не было ( $p > 0,05$ ).

В проведенном исследовании 45,90% опрошенных ( $n=28$ ) закончили высшее учебное заведение, притом респонденты группы употребляющих каннибиса на постоянной основе чаще указывали на наличие оконченного высшего образования (68%), по 4% составила доля респондентов не окончивших школу, и окончивших колледж, и 24% опрошенных успели завершить школьное образование. В то время как в группе неупотребляющих каннибис респонденты чаще лишь имели завершенное школьное образование (58,3%), либо окончили колледж (11,1%), и только 30,6% неупотребляющих закончили ВУЗ.

Также в проведенном исследовании 41% опрошенных ( $n=25$ ) работают по найму, а 52,5% получают образование ( $n=32$ ), 3,3% опрошенных ( $n=2$ ) не

работают совсем, доля нетрудоспособных респондентов составила 1,6% (n=1), и 1,6% опрошенных (n=1) указали иное. Из них в группе употребляющих каннабис 52% обладали работой по найму, либо собственным делом, 32% являлись студентами, а 16% не работали, в то время как среди неупотребляющих респондентов 66,7% работали, а 33,3% являлись студентами, и в данной группе не было ни нетрудоспособных респондентов, ни респондентов без работы.

Отличий по фактору проживания в городской или сельской местности в группах не выявлено ( $p > 0.05$ ).

Данные о взаимосвязи актуального употребления каннабиса с уровнем злоупотребления алкоголем представлены в табл. 3.

Таблица 3.

**Взаимосвязь актуального употребления каннабиса с уровнем злоупотребления алкоголем**

Уровень потребления алкоголя по AUDIT	1 группа – употребляющие каннабис		2 группа – не употребляющие каннабис		$\chi^2$	p
	Абс.	%	Абс.	%		
Низкий уровень риска алкогольной зависимости	15	60,0%	34	94,4%	$\chi^2 = 11.345$	p=0.01
Угрожающее здоровью потребление	7	8,0%	2	5,6%		
Злоупотребление алкоголем	1	4,0%	0	0,0%		
Возможная алкогольная зависимость	2	8,0%	0	0,0%		
<b>ИТОГО</b>	25	100%	36	100%		

при оценке уровня потребления алкоголя по AUDIT у 60% употребляющих ПАВ опрошенных не было значимого риска алкогольной зависимости, у 28% употребление алкоголя приобрело угрожающий здоровью характер, у 4% отмечалось злоупотребление алкогольными напитками, а у 8% количество баллов говорило о возможной алкогольной зависимости. У респондентов, не употребляющих каннабис, 94,4% опрошенных не имели значимого риска алкогольной зависимости, и лишь у 6% употребление алкоголя приобрело угрожающий здоровью характер.

Данные о взаимосвязи актуального употребления каннабиса с наличием явлений психологического дистресса представлены в табл. 4.

Таблица 4.

**Взаимосвязь актуального употребления каннабиса с наличием явлений психологического дистресса**

Уровень психологического дистресса по Кесслера К10	1 группа – употребляющие каннабис		2 группа – не употребляющие каннабис		$\chi^2$	p
	Абс.	%	Абс.	%		
Отсутствие признаков психологического дистресса	24	96,0%	32	88,9%	$\chi^2 = 0.9$	p>0.05
Наличие признаков психологического дистресса	1	4,0%	4	11,1%		
<b>ИТОГО</b>	25	100%	36	100%		

Проявления психологического дистресса выявлены у 4% употребляющих каннабис и у 11,1% не употребляющих его (p>0.05).

## Обсуждение

Данные этого анализа демонстрируют, что мужчины примерно в 3 раза чаще женщин употребляли каннибис на постоянной основе. Однако статистической значимости взаимосвязи мужского пола и употребления каннабисом выявлено не было, поскольку доля употребляющих мужчин от общего числа употребляющих составила 76%, в то время как доля неупотребляющих мужчин составила соотносимые 61,1%. Вывод о том, что мужчины в значительной степени чаще подвержены каннабиоидной зависимости, согласуется с результатами опорного исследования, по результатам которого мужчины в 11 раз чаще употребляли каннабис, а также выводами иных исследований. Так, например, статья «Gender differences in cannabis use and effects: a cross-sectional survey in a Swiss national sample» (2020) проводит анализ национального опроса в Швейцарии, согласно которому уровень употребления мужчинами каннабиса был выше во всех возрастных группах [5], а также во всех социально-экономических и образовательных группах. Аналогичные результаты были получены в статье «Sex differences in cannabis use disorder diagnosis involve three main dimensions of behavior» 2020 года [13], где авторы обнаружили, что у мужчин чаще диагностируют каннабиоидную зависимость, в отличие от женщин.

Возраст 96,72% респондентов варьировал от 15 до 29 лет, потому корреляции употребления каннабиса и зависимости от возраста выявить не удалось.

В проведенном исследовании почти половина опрошенных закончили высшее учебное заведение, притом респонденты группы употребляющих каннибиса на постоянной основе достоверно чаще имели оконченное высшее образование (68%), в то время как в группе неупотребляющих каннибис респонденты чаще лишь оканчивали колледж или школу (69,4%).

Данные результаты не совпадают с выводами исходного исследования, где основная доля употреблявших закончила 8-11 класс школьной программы.

А также не соответствует выводам научных исследований, например, опубликованного в журнале «Addictive Behaviors», которое показало, что уровень образования был обратно связан с частотой употребления марихуанны среди молодых взрослых в США. То есть, люди с более высоким уровнем образования употребляли марихуану реже, чем люди с низким уровнем образования [9]. Данные результаты могут быть объяснены разницей в доступности и стоимости ПАВ в разных странах, возможно в Российской Федерации в связи с отсутствием легализации продукта, психоактивное вещество на регулярной основе доступнее для людей, окончивших ВУЗы, а значит, вероятно, обладающих большим доходом.

Также в проведенном исследовании 41% опрошенных работают по найму, а 52,5% получают образование. Из них в группе употребляющих каннабис 52% обладали работой по найму, либо собственным делом, 32% являлись студентами, а 16% не работали, в то время как среди неупотребляющих респондентов 66,7% работали, а 33,3% являлись студентами, и в данной группе не было ни нетрудоспособных респондентов, ни респондентов без работы.

Таким образом, была выявлена достоверная корреляция между отсутствием работы или получением образования и регулярным употреблением каннабиодных ПАВ. В национальном исследовании не было выявлено связи между наличием работы и частым употреблением каннабиса. Исследование, опубликованное в 2020 году в журнале «Journal of Psychoactive Drugs», показало, что люди, имеющие работу, употребляли марихуану реже, чем безработные [10]. Данное явление логично предположить на основе наличия большого количества свободного времени, отсутствии ответственности и обязательств, которые могли бы ограничить употребление.

Более 96% респондентов проживали в городской местности, взаимосвязи между наличием каннабиодной зависимости в зависимости от места проживания выявить не удалось.



В исследовании 59,0% опрошенных не употребляли каннабис за последние 3 месяца, из участников, употреблявших ПАВ минимум 1-2 раза за последние 3 месяца, из них 6,6% употребляет данный ПАВ ежемесячно, 8,2% еженедельно и 13,1% почти ежедневно.

При оценке уровня потребления алкоголя по AUDIT у 60% опрошенных, употребляющих ПАВ, не было значимого риска алкогольной зависимости, у 28% употребление алкоголя приобрело угрожающий здоровью характер, у 4% отмечалось злоупотребление алкогольными напитками, а у 8% количество баллов говорило о возможной алкогольной зависимости. У респондентов, не употребляющих каннабис, 94,4% опрошенных не имели значимого риска алкогольной зависимости, и лишь у 6% употребление алкоголя приобрело угрожающий здоровью характер.

Таким образом, употребление алкоголя от уровня, угрожающего здоровью и выше достоверно чаще встречалось у людей, употребляющих каннабис за последние 3 месяца. Исследование употребления каннабиоидов в Африке показало, что расстройство, связанное с употреблением алкоголя, и употребление других наркотиков в значительной степени связано с употреблением каннабиса в течение последних 3 месяцев. Эти результаты аналогичны другим исследованиям, в которых, казалось бы, употребление каннабиса и алкоголя взаимосвязано, а также употребление каннабиса и других наркотиков. Статья «Associations between experimentation with cannabis and the use of tobacco and nicotine products among 15–16-year-old school students» (2020) утверждает, что молодые люди, употребляющие каннабис, более склонны к курению табака и имеют более высокий риск развития алкогольной зависимости, нарушения психического здоровья и депрессии [12].

Психологический дистресс по шкале Кесслера был выявлен у 4% употребляющих каннабиноиды и у 11,1% не употребляющих респондентов, таким образом, связи с наличием стресса и употреблением каннабиса выявлено не было. В связи с этими данными необходимо упомянуть, что растет

количество доказательств, указывающих на совместное возникновение употребления каннабиса и депрессии. Однако предполагается, что депрессия может привести к началу или увеличению частоты употребления каннабиса, а не наоборот [13].

### **Заключение**

1. В исследовании приняли участие 61 респондент, из которых 41,0% (n=25) опрошенных употребляли каннабис за последние 3 месяца, из них 6,6% употребляли каннабис на ежемесячной основе, 8,2% на еженедельной и 13,1% почти ежедневной.

2. Из 67,2% опрошенных мужчин (n=41), доля употребляющих составила 76%, в то время как доля неупотребляющих составила 61,1%. 32,8% опрошенных женщин, 24% из которых употребляли ПАВ, в то время как доля неупотребляющих женщин составила 38,9%. Возраст 96,72% респондентов варьировал от 15 до 29 лет, из них 96% опрошенных (n=24) указывали на употребление каннабиса, а 97,2% опрошенных (n=35) отрицали факт употребления каннабиоидных ПАВ. 96,7% респондентов (n=59) проживают в городской местности, а в сельской местности проживают 4% опрошенных в группе употребляющих каннабис, и 2,8% в группе неупотребляющих каннабис. 45,90% опрошенных (n=28) закончили ВУЗ, притом опрошенные, употребляющие каннабис, достоверно чаще имели оконченное высшее образование (68%). Данные результаты могут быть объяснены разницей в доступности и стоимости ПАВ в разных странах.

3. Также в проведенном исследовании 41% опрошенных (n=25) работают по найму, а 52,5% получают образование (n=32). Из них в группе употребляющих каннабис 52% обладали работой по найму, либо собственным делом, 32% являлись студентами, а 16% не работали.

Таким образом, достоверным фактором риска регулярного употребления каннабиса выступает отсутствие работы или получения образования, что

объясняется наличием большего количества свободного времени, отсутствием обязательств, которые могли бы ограничить употребление.

4. У 40% опрошенных, употребляющих ПАВ, употребление алкоголя приобрело угрожающий здоровью характер, из них у 4% отмечалось злоупотребление, а у 8% вероятность алкогольной зависимости. Таким образом, употребление алкоголя от уровня, угрожающего здоровью и выше достоверно чаще встречалось у людей, употребляющих каннабис за последние 3 месяца.

5. Взаимосвязи между наличием психологического стресса и употребления каннабисом выявлено не было, дистресс был выявлен у 8% опрошенных (n=5), из них у 4% употребляющих ПАВ опрошенных и у 11,1% неупотребляющих респондентов.

#### **Литература/ References:**

1. Богданов С.И., Базылев В.С., Никитина М.С. Социально-демографические характеристики студентов, употребляющих наркотические средства // Вестник Уральского государственного медицинского университета / С.И. Богданов, В.С. Базылев, М.С. Никитина. 2021. Вып. 3. С.5-9.

2. Ежегодный доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2022 год: МККН выражает обеспокоенность тенденцией к легализации немедицинского употребления каннабиса. – [Электронный ресурс].

3. Киржанова В.В. Динамика заболеваемости наркологическими расстройствами в Российской Федерации по результатам государственной антинаркотической политики. – [Электронный ресурс].

4. Connor JP. Global Epidemiology of Cannabis Use and Associated Problems / JP. Connor, D. Stjepanović, B. Le Foll, E. Hoch, AJ. Budney, WD. Hall. – DOI 10.1038/s41572-021-00247-4. // Nat Rev Dis Primers. – 2020. – Vol. 25, iss. 7(1).

5. Cuttler C. Sex Differences in Cannabis Use and Effects: A Cross-Sectional Survey of Cannabis Users / C. Cuttler, LK. Mischley, M. Sexton. – DOI 10.1089/can.2016.0010. // Cannabis Cannabinoid Res. – 2016. – Vol. 1, iss. 1. – P. 166-175.

6. Feingold D. Cannabis and Depression / D. Feingold, A. Weinstein. – DOI 10.1007/978-3-030-57369-0\_5. // Adv Exp Med Biol. – 2021. Vol. 1264. – P. 67-80.

7. National Academies of Sciences. The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids: The Current State of Evidence and Recommendations for Research / National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Committee on the Health Effects of Marijuana: An Evidence Review and Research Agenda. // Washington (DC): National Academies Press (US). – 2017.

8. Ramlagan S. Prevalence and correlates of non-daily and daily cannabis use among persons 15 years and older in South Africa: results of a national survey in 2017 / S. Ramlagan, K. Peltzer & S. Pengpid. – DOI 10.1186/s13011-021-00364-z // Subst Abuse Treat Prev Policy 16. – 2021.

9. Seaman, E. L. Use of tobacco products/devices for marijuana consumption and association with substance use problems among U.S. young adults (2015–2016) / E. L. Seaman, C. A. Stanton, K. C. Edwards & M. J. Halenar. DOI - 10.1016/j. // Addictive Behaviors. – 2019.

10. Su-Wei Wong. State Medical Marijuana Laws and Associated Marijuana Use, Attitudes, and Perceived Social Norms among Adolescents in the U.S / Su-Wei Wong, Anne Buu & Hsien-Chang Lin (2020) – DOI 10.1080/02791072.2020.1795325. // Journal of Psychoactive Drugs. – Vol. 52. – P. 383-392.

11. World Health Organization, 2023. – URL: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/alcohol-drugs-and-addictive-behaviours/drugs-psychoactive/cannabis> (accessed 20.04.2023)

12. Yalin Sun. A review of theories and models applied in studies of social media addiction and implications for future research / Yalin Sun, Yan Zhang. – DOI 10.1016/j.addbeh.2020.106714. // Addictive Behaviors. – 2021. Vol. 114.

13. Zhu H. Sex Differences in Cannabis Use Disorder Diagnosis Involved Hospitalizations in the United States / H. Zhu, LT. Wu.

14. 14. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). Manual for use in primary care [Electronic resource] :

15. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, Walters EE, Zaslavsky AM. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med.* 2002 Aug; 32(6):959-76.

## **ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ КАК ВНУТРЕННИЙ КЛЮЧЕВОЙ РЕСУРС СПЕЦИАЛИСТОВ ДЕОНТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

Богушевич С. П., Ким А. Е.

*Кафедра психологических наук*

*ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный университет,  
Социально-психологический институт, Россия, г. Кемерово*

**Аннотация.** В данной статье мы ставим перед собой задачу провести теоретический анализ исследований жизнестойкости специалистов деонтологического профиля. Раскрыто понимание жизнестойкости в отечественной и зарубежной психологии. Описаны исследования, направленные на изучение данного качества у врачей, социальных работников, педагогов. Выделены ключевые компоненты жизнестойкости для профессий деонтологического профиля.

**Ключевые слова:** жизнестойкость, деонтология, помогающие профессии, ресурс, стресс, стрессоустойчивость.

## **HARDINESS AS AN INTERNAL KEY RESOURCE FOR DEONTOLOGICAL SPECIALISTS**

Bogushevich S. P., Kim A. E.

*Department of Psychological Sciences*

*Kemerovo State University,  
Social-Psychological Institute, Russia, Kemerovo*

**Abstract.** In this article, we set ourselves the task of conducting a theoretical analysis of research into the hardiness of deontological specialists. The understanding of resilience in domestic and foreign psychology is revealed. Studies aimed at studying this quality among doctors, social workers, and teachers are described. The key components of hardiness for deontological professions are identified.

**Keywords:** hardiness, deontology, helping professions, resource, stress, stress resistance.

**Введение.** Работа человек-человек требует от специалиста большой степени самоотдачи, физических и эмоциональных сил, времени, огромного объема знаний и компетенции, соблюдения правил этики и деонтологии. Каждый из специалистов помогающей профессии так или иначе несет персональную ответственность за решения, которые принимает в процессе работы, перед пациентом, сообществом, и самим собой. Все эти факторы требуют от человека не только физических, но и, прежде всего, внутренних ресурсов, сил, направленных на то, чтобы преодолеть стрессогенные жизненные ситуации. Мы предполагаем, что такое качество, как жизнестойкость может быть одним из ключевых внутренних ресурсов личности специалистов помогающих профессий.

### **Теоретический обзор эмпирических исследований жизнестойкости.**

Понятие жизнестойкость было введено в психологическую практику ближе к концу XX века. Американские психологи Сьюзен Кобейса и Сальваторе Мадди предложили термин хардинесс (hardiness), который был адаптирован в отечественной психологии Дмитрием Алексеевичем Леонтьевым. Сам С. Мадди говорит о жизнестойкости как об интегральной личностной черте, которая содержит в себе жизнеутверждающие установки, полученные благодаря жизненному опыту личности. Всего выделяется три компонента жизнестойкости, которые, в комплексе, влияют на способность человека справляться со стрессом: вовлеченность, контроль и принятие риска.

В 2000 году Дмитрий Алексеевич Леонтьев вводит понятие жизнестойкость, и определяет это качество как интегративную характеристику личности. Также проводится адаптация Теста жизнестойкости, опробирование русскоязычной версии которого показало свою валидность и надежность. Применение категории жизнестойкость на практике дает возможность оценить, насколько человек может приспособиться к окружающей действительности, способен принимать зрелые решения в индивидуальном порядке, может регулировать себя в психофизическом и психологическом плане [2]. Таким образом, С. Мадди и Д.А. Леонтьев под жизнестойкостью подразумевают устойчивость личности к стрессовым ситуациям, при сохранении успешной и продуктивной деятельности.

По С. Мадди, жизнестойкость (*hardiness*) представляет собой систему убеждений о себе, о мире, об отношениях с миром. Благодаря взаимному и согласованному влиянию компонентов становится возможным более эффективное преодоление трудных жизненных ситуаций, повышается удовлетворенность трудом и жизнью в целом, снижается внутреннее напряжение, связанное со стрессом [1].

– Вовлеченность можно определить как погружение и включение в свою жизнь, с получением удовольствия от деятельности, и убежденностью в то, что происходит здесь и сейчас наиболее важно для человека, и то, что его деятельность несет значимый определенный смысл.

– Контроль характеризуется убежденностью человека в способности влиять на свою жизнь, и самостоятельно принимать решения пусть даже эти решения не всегда приводят, к гарантированно к желанному результату. Самоощущение контроля над происходящим в жизни человека, является ключевым компонентом жизнестойкости, поскольку мотивирует человека к поиску новых путей и решений, тем самым трансформируя ситуацию в менее стрессогенную.



– Принятие риска. Основание и понимание человеком идеи, что всё что, с ним происходит в жизни, способствует его личностному развитию, накоплению знаний и приобретению нового опыта. Способствует тому, что человек берет на себя большие риски и предпринимает более активные действия, потому что оценивает неудачу, не как личный провал, а скорее как новый приобретенный опыт.

Рассматривая жизнестойкость, как внутренний ключевой ресурс личности специалистов деонтологического профиля, мы можем сделать вывод о том, что данное качество является ключевым фактором, способствующим противостоянию стрессу. Специалисты сферы человек-человек сталкиваются со стрессогенными факторами, связанными, прежде всего с взаимодействием с другими людьми. Можно сделать вывод о том, что, жизнестойкость является ключевым внутренним ресурсом, способствующим сохранению сотрудников в профессии и профилактике эмоционального выгорания.

Согласно исследованию Стецишина Р.И., в котором автор изучает жизнестойкость врачей, и основываясь на выводах данного исследования, мы можем сказать, что жизнестойкость является психическим свойством, которое образуется в процессе усвоения и интернализации профессиональных компетенций и качеств, становления человека, как специалиста. Автор определил, что есть более и менее значимые компоненты хардинесС. Для личности врачей, определяющим в контексте исследования жизнестойкости, будет компонент «вовлеченность». Это говорит о важности уверенного поведения, включенности в свою профессиональную ситуацию и жизнь в целом. Вторым по значимости выступает компонент «контроль», что свидетельствует о убежденности специалистов в способности контролировать большую часть событий в своей жизни. Автор также отметил, что наибольший уровень жизнестойкости достигается при профессиональном стаже 11-15 лет деятельности врача, то есть в период наибольшей жизненной и профессиональной зрелости [3].

Жизнестойкость у врачей исследовали Фомина Н.Ф. и Федосеева Т.Е., в результате чего обнаружили, что наиболее ярко выраженным компонентом жизнестойкости у врачей выборки также является вовлеченность, как и в исследовании Стецишина Р.И. Под вовлеченностью понимают то, что медицинские работники получают удовольствие от собственной профессиональной деятельности, они ориентированы на результат, а также в достаточной степени уверены в себе.

Таким образом, вовлеченность в собственную работу и получение от нее удовольствия, помогает им с наибольшей эффективностью справляться со стрессом. В исследовании также выявили, что в меньшей степени выражен такой компонент жизнестойкости, как принятие риска; врачи очень неохотно отказываются от безопасности ради возможности получить опыт и дополнительные знания в рискованных ситуациях.

Авторы также выявили, что врачи, имеющие большой стаж, по сравнению с менее опытными коллегами имеют более выраженный такой компонент жизнестойкости, как контроль. Под контролем имеется в виду убежденность человека, в способность влиять на свою ситуацию и ощущение самостоятельности выбора. Контроль, мотивирует человека к поиску новых решений, таким образом, трансформируя ситуацию в менее стрессогенную [4].

В исследовании Фризен М.А. изучались субъективные качества жизни педагогов с разным уровнем жизнестойкости. Данное исследование позволило выявить, что педагоги, имеющие более высокий уровень жизнестойкости, имеют такие параметры как, «вовлечённость» и «контроль» уровень выше среднего, а для такого параметра как «принятие риска» в исследовании было установлено что, характерен высокий уровень. У данной группы педагогов, отличающихся повышенным уровнем жизнестойкости также была обнаружена связь, и такими субъективными качествами как особенность временной перспективы, смысложизненная ориентация, психологическое благополучие и качеством жизни. Исходя из исследования, мы выявили что педагоги, имеющие

высокий уровень жизнестойкости имеют ориентацию на перспективу и будущее. Они отличаются активным целеполаганием и планированием, что позволяет структурировать их жизнь и взять под контроль многие её аспекты, что таким образом позволяет снизить уровень внутреннего напряжения и соответственно успешнее справляться со стрессом. Также нельзя не отметить взаимосвязь жизнестойкости с психологическим благополучием. Так педагоги, имеющие уровень выше среднего по параметрам жизнестойкости, проживающие разнообразные жизненные ситуации, и в том числе несущие стрессогенный фактор, привыкли опираться на свой жизненный опыт, отношения с окружающими, рассматривая трудности с точки зрения получения нового опыта, и возможности профессионального и личностного роста. У педагогов, имеющих же более низкий уровень жизнестойкости, обнаружены сниженные показатели по всем трем компонентам жизнестойкости, а также особенности её связи с другими личностными ресурсами. Низкая жизнестойкость педагогов связана с фаталистичностью представлений о жизни, может вести к трудностям планирования и целеполагания, тем самым затрудняя их деятельность. У педагогов, у которых наблюдается сниженная жизнестойкость субъективные качества связаны больше с материальной, эмоциональной стороной жизни, где внутренняя опора находится не в их субъективных личностных характеристиках, а зависит от ситуации «из вне» [5].

Учитывая предыдущие исследования, можно заключить, что у медицинских работников такой компонент жизнестойкости как принятие риска, ниже чем у педагогов. Но и сами компоненты жизнестойкости в достаточной мере зависят от субъективных качеств. Таким образом мы выделяем, что ориентация на будущее и взятие ответственности за свою жизнь, в общей мере повышают жизнестойкость как для врачей, так и для педагогов.

Б.Ш. Алиева с коллегами провели исследование профессиональных компетенции социальных работников. В качестве рисков профессиональной деятельности, которые связаны со спецификой профессии и большин

количеством межличностных контактов были названы риск профессионального и эмоционального выгорания [6].

Предотвращению эмоционального выгорания у социальных работников может способствовать достаточно развитый уровень жизнестойкости. В исследовании Кислякова П.А. мы видим, что уровень жизнестойкости положительно коррелирует со способностью человека сохранять внутреннюю устойчивость, более позитивно оценивать жизненные ситуации и контексты, связанные со стрессом и решением кризисных ситуаций. Полученные результаты позволяют сказать о том, что профессиональная жизнестойкость специалистов деонтологического профиля отражает степень его психологического благополучия и позволяет защитить от эмоционального и профессионального выгорания [7].

**Заключение.** Опираясь на приведенные выше исследования, мы можем сделать вывод о том, что для работников медицинской сферы, жизнестойкость является важным внутренним ресурсом, поскольку позволяет наиболее успешно бороться со стрессом. Также из рассмотренных нами исследований, мы выявили что наиболее важными компонентами жизнестойкости являются: вовлеченность и контроль. Принятие риска играет не столь большую роль в борьбе со стрессом, если мы говорим о специалистах деонтологического профиля.

Рассмотрев, такие сферы как: медицина, педагогика и социальная служба, мы выявили что выраженность компонентов жизнестойкости может отличаться в зависимости от сферы деятельности, но в общем для всех типов, рассмотренных нами специалистов, неизменным остается одно – жизнестойкость помогает предотвратить профессиональное выгорание и получать больше удовлетворения от собственной деятельности.

#### **Литература / References:**

1. Леонтьев Д. А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости.- М.: Смысл, 2006. 63 с.

2. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Жизнестойкость как составляющая личностного потенциала / Личностный потенциал: структура и диагностика.- М.: Смысл, 2011. 680 с.

3. Стецишин Р.И. Личностно-психологические ресурсы жизнестойкости: на примере личности врача-клинициста: дис. канд. психол. наук. - Краснодар, 2008. 187 с.

4. Фомина Н.Ф., Федосеева Т.Е. Исследование показателей жизнестойкости в аспекте личности профессионала // Современные проблемы науки и образования. 2016. № 6.

5. Фризен М.А. Жизнестойкость как внутренний ресурс профессиональной деятельности педагога // Организационная психология. 2018. Т. 8. № 2. С. 72–85

6. Алиева Б.Ш., Ахмедова Н.А., Рашидова А.Х. Профессиональная компетентность социального работника как условие профилактики профессиональной деформации // Мир науки, культуры, образования. 2019 №3(76). С. 218-219.

7. Кисляков П.А., Силаева О.А., Шмелева Е.А., Меерсон А.Л.С. Профессиональная жизнестойкость социальных работников как фактор их психологической безопасности и благополучия // Человеческий фактор: Социальный психолог. 2023. № 3 (47). С. 171-179.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У СТУДЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ОБРАЗОВАНИЯ

Бондарева Е. В.

*Кафедра общей психологии*

*Национальный Университет Узбекистана имени Мирзо Улугбека,*

*Республика Узбекистан, г. Ташкент*

**Аннотация.** В статье представлены результаты эмпирического исследования различий в эмоциональном интеллекте студентов гуманитарного

и естественного направлений образования. Методологической основой исследования является теория эмоционального интеллекта Д. В. Люсина. Участниками исследования стали студенты Национального Университета Узбекистана в количестве 57 человек. Основные результаты исследования показали, что уровень развития эмоционального интеллекта у студентов в большей степени зависит от возраста, нежели от направления образования.

**Ключевые слова:** эмоциональный интеллект, внутриличностный эмоциональный интеллект, межличностный эмоциональный интеллект, понимание и управление эмоциями, эффективные межличностные отношения.

## COMPARATIVE ANALYSIS OF THE STRUCTURE OF EMOTIONAL INTELLIGENCE IN STUDENTS OF DIFFERENT FIELD OF EDUCATION

Bondareva E. V.

*Department of General Psychology*

*Mirzo Ulugbek National University of Uzbekistan*

*Republic of Uzbekistan, Tashkent*

**Abstract.** The article presents the results of an empirical study of differences in the emotional intelligence of students in the humanities and natural sciences. The methodological basis of the study is the theory of emotional intelligence by D. V. Lyusin. The participants in the study were 57 students of the National University of Uzbekistan. The main results of the study showed that the level of development of emotional intelligence in students depends more on age than on the direction of education.

**Keywords:** emotional intelligence, intrapersonal emotional intelligence, interpersonal emotional intelligence, understanding and managing emotions, effective interpersonal relationships.

**Введение.** Эмоциональный интеллект привлекает все больше внимания как в научном дискурсе, так и в научно-популярной литературе. Поскольку

роль эмоций в процессе адаптации личности к изменяющимся условиям социального окружения чрезвычайно велика, проблема изучения возможностей распознавания эмоций и управления ими является весьма актуальной и представляет большой научный и практический интерес.

Считается, что люди с высоким уровнем эмоционального интеллекта более успешны в карьере, межличностных и личных отношениях. Однако до сих пор отсутствует однозначное и общепринятое определение того, что представляет собой эмоциональный интеллект, так же как и процедуры его измерения. Сам термин «эмоциональный интеллект» впервые был упомянут в работе Дж. Мэйера и П. Сэловея, которые рассматривали его в качестве компонента социального интеллекта. По мнению этих авторов, эмоциональный интеллект включает в себя способность отслеживать собственные чувства и чувства других людей, различать их и использовать данную информацию для управления мышлением и действиями [2, 8].

Д. Гоулман дополнил конструкцию Дж. Мэйера и П. Сэловея пятым компонентом – способностью строить эффективные межличностные отношения. Впоследствии к ним добавились настойчивость, энтузиазм и социальные навыки [3].

Следующая модель, принадлежащая Р. Бар-Ону, вводит в структуру эмоционального интеллекта преобладающее настроение – счастье, оптимизм [7]. Р. Бар-Он предлагает новый термин – «эмоциональный коэффициент», который возможно измерять аналогично IQ. По Р. Бар-Ону, эмоциональный интеллект представляет собой ряд когнитивных способностей и компетентность в решении различных жизненных проблем.

В современном понимании эмоционального интеллекта большинство учёных отказались от чисто когнитивной трактовки этого свойства личности. Среди них стоит упомянуть И.Н. Андрееву, для которой эмоциональный интеллект есть совокупность «коммуникативных, эмоциональных,



интеллектуальных и регулятивных личностных свойств, содействующих адаптации индивида» [1, С. 104].

Более широкой, чем в русле когнитивного подхода, является также модель М.А. Манойловой, согласно которой эмоциональный интеллект – это интегративное понятие, включающее в себя интеллект, эмоции и волю [5, 8].

По мнению И.Н. Мещеряковой, эмоциональный интеллект как фактор успешных межличностных взаимодействий и развития личности следует понимать как «сложное интегративное образование, включающее совокупность когнитивных, поведенческих и собственно эмоциональных качеств, обеспечивающих осознание, понимание и регуляцию собственных эмоций и эмоций окружающих» [6, С.110].

Исследования, рассматривающие эмоциональный интеллект в контексте профессионализации, до сих пор являются достаточно редкими, что и повлияло на выбор именно этого аспекта в нашей научной работе.

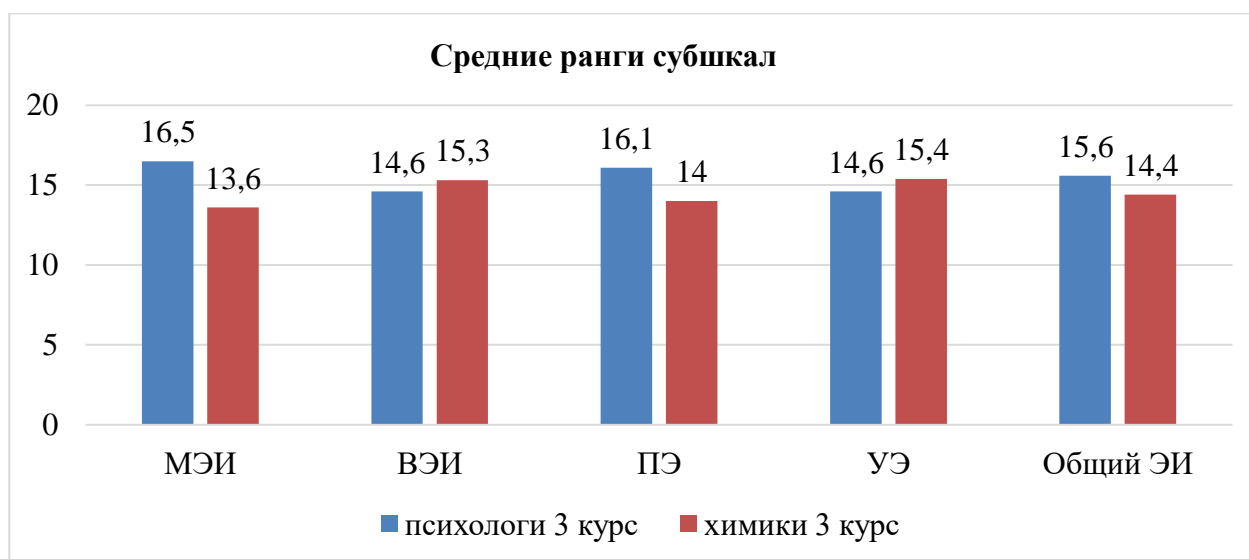
**Объекты и методы исследования.** Наиболее близкой к нашему пониманию эмоционального интеллекта является точка зрения Д.В. Люсина, согласно которой это две способности – к пониманию своих и чужих эмоций и управлению ими [4]. Отсюда два подвида эмоционального интеллекта – внутриличностный и межличностный. На основе подобного деления был создан опросник «ЭМИн» Д.В. Люсина, который стал основным методическим инструментом в нашем исследовании, проведённом совместно с А.Б. Бердимбетовой.

Для эмпирического исследования эмоционального интеллекта и выявления различий в его проявлении была создана выборка, состоящая из 57 студентов Национального Университета Узбекистана, в состав которой вошли студенты 2-х и 3-х курсов химического и психологического направления образования.

**Гипотезы исследования заключались в том, что:**

- 1) студенты-психологи будут демонстрировать более высокий уровень эмоционального интеллекта, чем студенты-химики;
- 2) девушки обнаружат более высокий уровень эмоционального интеллекта, чем юноши;
- 3) старшекурсники будут иметь более высокий уровень эмоционального интеллекта, чем их товарищи с младших курсов.

**Результаты и их обсуждение.** На рисунке 1 представлены результаты респондентов по пяти субшкалам методики Д.В. Люсина – межличностный эмоциональный интеллект, внутриличностный эмоциональный интеллект, понимание эмоций, управление эмоциями и общий эмоциональный интеллект.



**Рис. 1.** Сравнение средних рангов по субшкалам методики Д.В. Люсина для психологов и химиков.

Согласно полученным результатам, у студентов-психологов 3 курса лучше развит межличностный эмоциональный интеллект, понимание эмоций, и в общем уровне эмоционального интеллекта психологи немного опережают студентов-химиков 3 курса. В свою очередь, у химиков лучше результаты по внутриличностному эмоциональному интеллекту и управлению эмоциями.

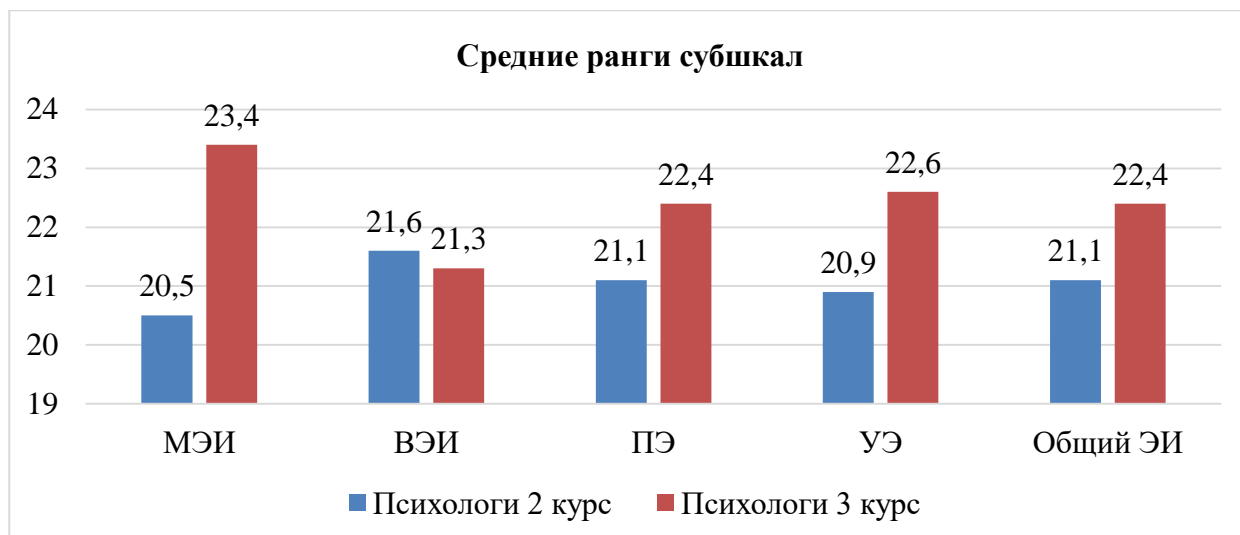
Можно предположить, что межличностный эмоциональный интеллект более развит у психологов в силу особенностей выбранной ими специальности, которая требует умения правильно взаимодействовать с людьми. Результаты по субшкале «понимание эмоций» также связаны с особенностями профессии психолог – важно уметь понимать, как свои переживания, так и эмоции клиента. И в целом уровень эмоционального интеллекта у студентов-психологов выше, так как, изучая различные дисциплины психологического направления в университете, студент не только приобретает знания, но в результате профессионального обучения меняется и его личность.

Однако в области собственных эмоций – как распознавания, так и управления ими – химики не только не уступают психологам, но и превосходят их. Видимо, для студента-психолога интереснее и важнее направить своё внимание на другого человека, партнёра по общению, тогда как рефлексивные и волевые компоненты оказываются более развиты у того, кто не столь зависим от общения, в данном случае это представитель естественно-научных профессий.

Следует отметить, что описанные выше различия между студентами психологического и химического направлений не являются статистически значимыми и выступают лишь как тенденции.

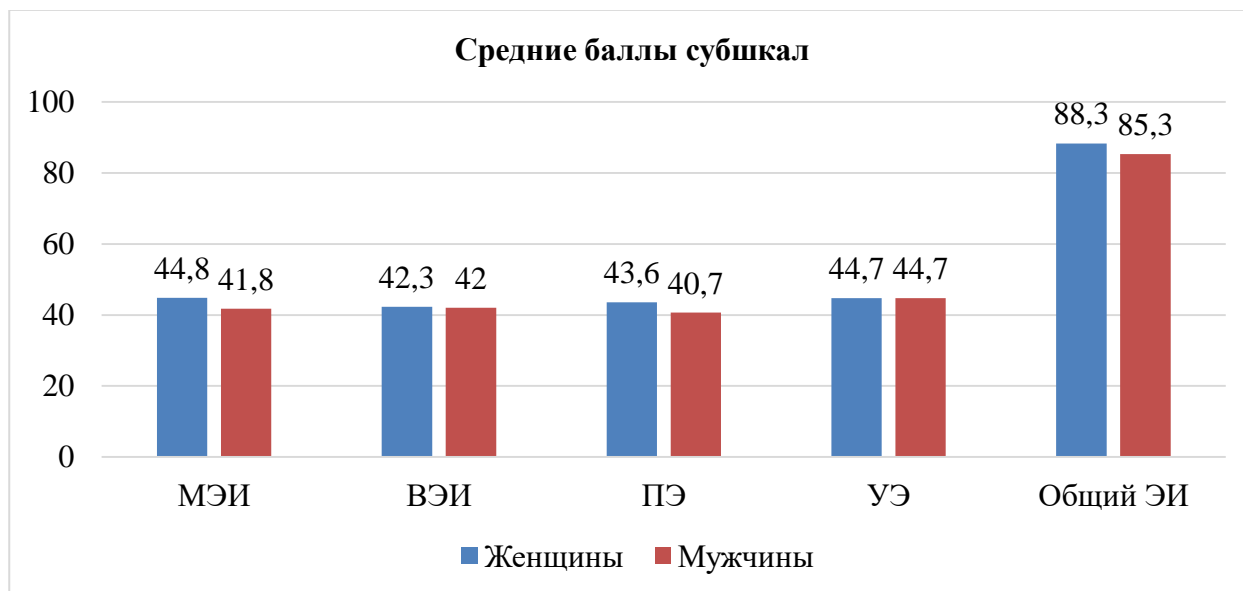
Гораздо более яркие отличия видны между результатами студентов-психологов 2 и 3 курсов (см. рисунок 2).

Как видно на диаграмме, по всем субшкалам, кроме внутриличностного эмоционального интеллекта, третьекурсники значительно превосходят студентов второго курса, особенно в области межличностного эмоционального интеллекта. Данные результаты подтверждают идею о влиянии обучения на личность: улучшается понимание себя и других людей, развиваются навыки саморегуляции и влияния на эмоциональное состояние партнёра по общению. Таким образом, можно утверждать, что эмоциональный интеллект развивается благодаря вовлечению в релевантную деятельность.



**Рис. 2.** Сравнение средних рангов по субшкалам методики Д.В. Люсина для студентов-психологов 2 и 3 курсов.

Следующим интересующим нас вопросом были возможные различия в эмоциональном интеллекте между студентами женского и мужского пола. Эти данные представлены на рисунке 3.



**Рис. 3.** Сравнение средних баллов по субшкалам методики Д.В. Люсина для студентов-юношей и девушек.

При исследовании половых различий обнаружилось, что респонденты женского пола, как мы и предполагали, опережают мужчин по всем субшкалам методики, кроме субшкалы «управление эмоциями», где результаты практически одинаковы. По-видимому, это связано с тем, что во многих культурах поощряется именно женская, но не мужская эмоциональность, вследствие чего женщины лучше понимают свои и чужие эмоции, однако управлять собой мужчины должны столь же хорошо, как и женщины.

**Заключение.** Полученные нами в ходе исследования данные свидетельствуют о том, что уровень развития эмоционального интеллекта у студентов в большей степени зависит от года, нежели от направления обучения. Разумеется, выводы носят предварительный характер и требуют дальнейшего уточнения. Очевидно, что изучение эмоционального интеллекта студентов может оказаться полезным в плане обнаружения механизмов его целенаправленного развития. Представленные нами результаты могут быть использованы для повышения эффективности учебно-воспитательного процесса в высших образовательных учреждениях, а также служить базой для дальнейших исследований.

#### **Литература/ References:**

1. Андреева И.Н. Современные представления об эмоциональном интеллекте и его месте в структуре личности//Журнал Белорусского государственного университета. Философия. Психология. 2017. №2. С. 104-109.
2. Андреева И. Н. Эмоциональный интеллект как феномен современной психологии. Новополоцк: ПГУ, 2011. 388 с.
3. Гоулман Д., Бояцис Р., Макки Э. Эмоциональное лидерство. Искусство управления людьми на основе эмоционального интеллекта.-М.: Альпина Бизнес Букс, 2005. С. 266-269.
4. Люсин Д. В. Новая методика для измерения эмоционального интеллекта: опросник ЭМИн// Психологическая диагностика. 2006. № 4. С. 3-22.

5. Манойлова М.А. Развитие эмоционального интеллекта будущих педагогов. Псков: ПГПИ, 2004. 60 С.
6. Мещерякова И.Н. Биологические и социальные предпосылки развития эмоционального интеллекта. // Территория науки. Воронеж. 2008. № 9(10). С. 110-115.
7. Социальный интеллект: Теория, измерение, исследования / Под ред. Д.В. Люсина, Д.В. Ушакова. М.: Институт психологии РАН, 2004. С. 29-36.
8. Психическое здоровье человека в современном обществе. междисциплинарные проблемы и возможные пути их решения. Монография. Акименко Г.В., Кирина Ю.Ю., Копытин А.И., Лопатин А.А., Селедцов А.М., Валиуллина Е.В., Гукина Л.В., Кадис Л.Р., Федосеева И.Ф., Яковлев А.С. Москва, 2022, 295 с.

## КАТЕГОРИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ В ПСИХОЛОГИИ

Валиуллина Е. В.

*Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии  
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

**Аннотация.** В статье дается краткий обзор психологических взглядов на понятие и структуру «социальной поддержки», представлены результаты исследования особенностей восприятия социальной поддержки в молодом возрасте. Респонденты исследования воспринимают социальную поддержку как достаточную, у подавляющего большинства молодых людей выявлен высокий уровень восприятия социальной поддержки. Ощущение психологической поддержки повышает стрессоустойчивость, эффективность адаптации, сопротивляемость негативным внешним воздействиям и так далее.

**Ключевые слова:** социальная поддержка, семья, друзья, значимый другой, восприятие социальной поддержки.

## CATEGORY OF SOCIAL SUPPORT IN PSYCHOLOGY

Valiullina E. V.

*Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology  
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

**Abstract.** The article provides a brief overview of psychological views on the concept and structure of «social support», presents the results of a study of the characteristics of the perception of social support at a young age. Study respondents perceive social support as sufficient; the vast majority of young people have a high level of perception of social support. The feeling of psychological support increases stress resistance, adaptation efficiency, resistance to negative external influences, etc.

**Keywords:** social support, family, friends, significant other, perception of social support.

**Введение.** Многие исследователи отмечают, что социальная поддержка выступает необходимым ресурсом эффективного совладающего поведения, помогает человеку противостоять негативным (стрессовым, конфликтным, фрустрирующим) факторам, сохранять эмоциональное и психологическое равновесие, душевное и психическое здоровье. Чаще всего под социальной поддержкой понимают «информацию», которая приводит человека к убеждению, что его ценят, любят, заботятся о нем и что он является членом социальной группы (сети), имеет с ней взаимные обязательства [7].

Проблемы «социальной поддержки» можно найти в трудах как отечественных, так и зарубежных авторов – Н. С. Видермана, Е. А. Писаревой, Н. А. Рождественской, Н. А. Сироты, И. И. Хажжиной, В. М. Ялтонского, В. М. Both, J. Davila, R. M. Longabaugh, A. J. Nagurney, V. S. Helgeson, J. S. House, S. Cobb, T. A. Wills, L. S. Walker и др. Г. У. Солдатов под социальной поддержкой понимает любые действия, «добровольно и с благими намерениями совершаемые в отношении знакомого человека и приносящие ему отсроченный или немедленный позитивный эффект, оказание ему практической



или символической помощи» [8]. Такая социальная поддержка положительно влияет на психическое здоровье, защищает от стрессов – выступает как буфер между человеком и стрессом, является необходимым ресурсом для эффективного разрешения эмоциональных проблем.

Психологический аспект социальной поддержки включает несколько составляющих компонентов:

- непосредственный поиск социальной поддержки (способность человека находить людей, которые готовы оказать ему помощь);
- наличие структур социальной поддержки (члены семьи, друзья, значимые другие люди, участники общественных организаций и пр.);
- восприятие социальной поддержки (способность индивида принимать помощь от окружающих людей) [9].

С целью обобщения теоретических взглядов в психологии на понятие «социальная поддержка» и изучения качественных характеристики восприятия социальной поддержки в молодом возрасте было проведено исследование.

**Объекты и методы исследования.** Для реализации поставленной цели применялись обзор научной литературы, анализ психологических публикаций, психологическое тестирование, интерпретация полученных результатов и обобщение данных исследования. Психодиагностика проведена при помощи «Многомерной шкалы восприятия социальной поддержки» («MSPSS») G.D. Zimet (в адаптации Н. А. Сироты, В. М. Ялтонского), позволяющей исследовать качественно-количественные характеристики восприятия социальной поддержки со стороны семьи, друзей и значимых других. Респондентами исследования выступили молодые люди в возрасте от 18 до 23 лет, всего было опрошено 52 человека.

**Результаты и их обсуждение.** Т. А. Силантьева рассматривает феноменологию социальной поддержки на различных этапах онтогенеза и выделяет следующие ее составляющие: источники социальной поддержки (родители, родственники, близкие друзья, одноклассники, сверстники,

наставники, учителя, психологи и т.д.); факт реальности получения социальной поддержки (реально принятая помощь, субъективное убеждение человека в том, что он получит помощь от окружения в случае необходимости); направленность социальной поддержки (провайдер поддержки, реципиент поддержки) [6].

J. S. House в качестве содержания социальной поддержки добавляет эмоциональные, инструментальные, оценочные и информационные компоненты [10]. Л. Ф. Сафонова конкретизирует данную типологию и описывает:

- 1) инструментальную (материальную) поддержку как помощь коллег по работе, обеспечение ресурсами и финансовую помощь;
- 2) информационную поддержку как непосредственное содействие в разрешении проблем предоставлением необходимой информации или совет;
- 3) оценочную поддержку как обратную связь или поддержку в форме оценки, т.е. оценки исполнения после решения проблем;
- 4) эмоциональную (интимную) поддержку как заботу о другом человеке, доверие и сопереживание ему [5].

Способность к сопереживанию, соучастию и умению поставить себя на место другого человека часто описывают в терминах эмпатии, эмпатических способностей. «Способность эмоционально воспринимать собеседника, отражение партнера по общению, в основе которого лежит эмоциональная отзывчивость, интуиция и рациональное восприятие» [2, С. 56]. Восприятие социальной поддержки и эмпатия как способность эмоционально воспринимать другого человека имеют общую категориальную основу и выступают структурами социальной перцепции, когда оценка другого человека и формирование субъективного отношения к нему происходит в поведенческом, эмоциональном и личностном плане.

Методика G. D. Zimet позволяет изучить субъективную оценку личностью воспринимаемой социальной поддержки по четырем шкалам:

поддержка семьи, поддержка друзей и поддержка значимых других, а также общий интегративный показатель уровня восприятия социальной поддержки. По результатам проведенного исследования у молодых людей выявлен достаточно высокий уровень восприятия социальной поддержки (средний интегративный показатель по тесту  $9,571 \pm 1,57$ ). Высокий уровень восприятия социальной, эмоциональной, психологической поддержки от различных категорий людей способствует повышению эффективности адаптационных процессов, формированию стрессоустойчивости и пр. По мнению Р. Лазаруса, активный поиск социальной поддержки можно отнести к эмоционально-ориентированному способу преодоления сложных ситуаций, который способствует приспособлению к обстоятельствам путем регуляции своего психологического состояния [1].

Показатели восприятия социальной поддержки «семьи» у опрошенных юношей и девушек имеют нормативные значения (средние значения по выборке  $3,023 \pm 1,12$ ) и интерпретируются как «достаточная социальная поддержка». В исследованиях подростков из детского дома, проведенных профессором Н. А. Сиротой, выявлена зависимость низкого уровня восприятия социальной поддержки и риска формирования механизмов саморазрушающего поведения [4]. Восприятие социальной поддержки от семьи как дефицитной способствует развитию таких личностных свойств как неустойчивость настроения, формированию зависимостей, игнорирование общественных норм поведения и предикатов «двойной морали» [7]. При достаточном уровне социальной поддержки семьи, молодые люди воспринимают семью как «опору», а родители и другие родственники выступают для них источником моральной, информационной, эмоциональной и материальной поддержки, помогают противостоять негативным социальным факторам.

Восприятие социальной поддержки «друзей» ( $3,166 \pm 1,19$ ) респондентов исследования отражает высокий уровень параметра. Социальной особенностью юношеского и молодого возраста является развитая сеть друзей, знакомых и

приятелей, позволяющая расширить «выбор» донора социальной поддержки с прогнозированием оценки ее эффективности.

«Способность личности прогнозировать развитие событий, предвидеть собственные психологические реакции на эти события и выстраивать свое поведение в соответствии с этим называют антиципационной состоятельностью» [3, С. 12]. Антиципационные способности функционируют на нескольких уровнях – сенсомоторном, речемыслительном, уровне представлений и перцептивном уровне, а индивид в зависимости от типа условий, конкретных критериев, актуальных задач использует эти способности – в случае восприятия социальной поддержки речь может идти непосредственно о перцептивном уровне антиципации.

Наиболее высокие значения результатов исследования получены по шкале социальной поддержки от «значимых других» ( $3,404 \pm 0,65$ ), что соответствует высокому уровню восприятия. D.J. Terry указывает, что социальная поддержка способствует преодолению стресса в трех направлениях: другие люди оказывают помощь в стрессовой ситуации, происходит повышение личной самооценки, в собственную оценочную систему включается оценка значимого другого, что меняет эмоциональный отклик на действие стрессоров, позволяя взглянуть на ситуацию по другому [4]. Зачастую человеку сложно самому «посмотреть» на проблемную ситуацию со стороны или «сверху» безэмоционально и беспристрастно, в таком случае именно помощь значимого другого может способствовать выйти за рамки ситуации, оценить риски и возможности эффективного разрешения возникших проблем.

**Заключение.** Социальная поддержка действует в нескольких направлениях. С одной стороны, наличие такой поддержки уже само оказывает положительный эффект на психологическое состояние человека – успокаивает, подбодряет, поддерживает. С другой стороны, высокий уровень социальной поддержки вселяет уверенность в человека, активизирует его усилия, повышает самооценку, что способствует реализации адаптивных форм поведения,

«здорового жизненного стиля». С третьей стороны, социальная поддержка смягчает воздействие сильных негативных факторов (стрессовых, конфликтных, фрустрирующих), вплоть до полной нейтрализации последних при условии достаточного уровня социальной поддержки и ее высокой эффективности.

Восприятие социальной поддержки у респондентов проведенного исследования имеет высокую степень, молодые люди оценивают возможность получения такой поддержки от семьи, друзей и значимых других на достаточном уровне. Вера в поддержку от разных категорий людей позволяет снизить эмоциональное напряжение, обеспечивает субъективную уверенность, способствует преодолению сложных жизненных ситуаций и негативных стрессовых воздействий.

Перспективными направлениями исследований может стать изучение личностных, биологических, психологических детерминант восприятия социальной поддержки; особенностей формирования и проявления перцептивных составляющих поддержки на различных этапах онтогенеза; используемых стратегий в поиске, принятии и реализации социальной поддержки с анализом их эффективности.

#### **Литература/References:**

1. Водопьянова Н. Е. Психодиагностика стресса.- СПб.: Питер, 2009. 336 с.
2. Валиуллина Е. В. Анализ взаимосвязи эмоционального интеллекта с некоторыми коммуникативными свойствами личности // Вестник общественных и гуманитарных наук. 2021. Т. 2. № 3. С. 53-59.
3. Валиуллина Е. В. Эмпатические способности и самооценка личности в молодом возрасте // Научный вестник Крыма. 2019. № 5 (23). С. 12.
4. Ресурсы адаптационного поведения подростков. Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский. - URL: <http://www.medpsy.ru/library/library083.php> (URL: 20.01.2024).

5. Сафонова Л. Ф. Содержание и методика психосоциальной работы.- М.: Академия, 2006. 224 с.
6. Силантьева Т. А. Социальная поддержка как фактор психологической устойчивости личности и безопасности инклюзивного образовательного пространства // Психологическая наука и образование. 2013. № 6. С. 124-130.
7. Сирота Н. А., Ялтонский В. М. Копинг-поведение и психопрофилактика психосоциальных расстройств у подростков // Обозрение психиатрии и медицинской психологии, 1994. №1. С.63-74.
8. Солдатова Г. У., Рассказова Е. И. Обратная сторона цифровой компетентности российских подростков: иллюзия компетентности и рискованное поведение онлайн // Журнал психологии. 2017. № 3. С. 3-15.
9. Сущность понятия социальная поддержка. - URL: <https://studfile.net/preview/9943391/page:2/> (URL: 20.01.2024).
10. House J. S. Work stress and social support // Addison-Wesley Reading, MA, 1981. 156 p.

## СУБЪЕКТИВНОЕ ПЕРЕЖИВАНИЕ ОДИНОЧЕСТВА КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

Валиуллина Е. В.

*Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии  
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

**Аннотация.** В работе обсуждаются вопросы психологии одиночества, рассматриваются взгляды современных психологов на данный феномен, представлены результаты исследования субъективного ощущения одиночества у лиц молодого возраста. Подавляющее большинство респондентов исследования имеют низкий уровень ощущения одиночества, около трети из них – средний уровень, и лишь единицы показали высокую степень

субъективного ощущения одиночества. Одиночество представляет собой психологическое состояние, отражающее субъективное переживание индивида невозможности или нежелания иметь социальные отношения и быть принятым другими людьми.

**Ключевые слова:** одиночество, психология одиночества, ощущение одиночества, переживание, субъективное ощущение.

## SUBJECTIVE EXPERIENCE OF LONELINESS AS A PSYCHOLOGICAL PROBLEM

Valiullina E. V.

*Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology  
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

**Abstract.** The work discusses the psychology of loneliness, examines the views of modern psychologists on this phenomenon, and presents the results of a study of the subjective feeling of loneliness in young people. The vast majority of respondents to the study have a low level of feeling of loneliness, about a third of them have an average level, and only a few showed a high degree of subjective feeling of loneliness. Loneliness is a psychological state that reflects an individual's subjective experience of being unable or unwilling to have social relationships and be accepted by others.

**Keywords:** loneliness, psychology of loneliness, feeling of loneliness, experience, subjective feeling.

**Введение.** Психология одиночества обсуждается исследователями «испокон веков», вопросы одиночества встречаются уже в трудах античных философов Аристотеля и Платона; мыслителей эпохи Просвещения И. Канта, Дж. Локка, И. Фихте; психологов начала XX века Э. Фромма, К. Хорни, В. Франкла и т.д. Современные исследователи проблем одиночества И. Г. Антипова, С. А. Ветров, Л. П. Гримак, О. В. Данчева, В. И. Лебедев, Д. А.



Леонтьев, Б. Миускович, Н. Е. Покровский, Е. Е. Рогова, Н. А. Рождественская, И. М. Слободчиков, Ю. М. Швалб, Е. И. Шлягина и др. расходятся во мнении относительно феноменологии «одиночества». В обобщенном виде одиночество можно рассматривать как психологический феномен, отражающий субъективное переживание человека своего нежелания или невозможности иметь социальные связи и быть принятым другими людьми.

Такое «переживание» может иметь как негативный вектор – отчужденность, отстраненность, дистанцирование, так и позитивный – уединенность, независимость, самодостаточность.

Б. Г. Ананьев утверждает, что одиночество выступает проявлением «массового роста городов» и сказывается на «обезличивании человека, дефиците общения». С проблемами общения связывают одиночество и К. А. Абульханова-Славская, И. С. Кон; Н. А. Рождественская и С. В. Малышева с неудовлетворенными потребностями и неразделенными чувствами; С. Г. Корчагина с «переживаниями собственной отдельности, субъективной неосуществимости».

С позиции феноменологического подхода К. Роджерс разработал «лично ориентированную модель одиночества» и определил, что одиночество порождается непосредственным разрывом между реальным «Я» и идеальным «Я», а формированию состояния одиночества способствуют ситуативные факторы [10]. Интеракционистский подход (Д. Мид, Д. Рон, Г. Блумер, М. Вебер) рассматривает личностные и ситуативные аспекты одиночества и постулирует тезис о предрасположенности некоторых индивидов к переживанию одиночества, возникновение которого обусловлено социальными ситуациями. В совокупности эти аспекты проявляются как в количестве, так и в качестве взаимодействия человека с другими людьми: «порождая либо эмоциональное переживание одиночества, либо ощущение социальной изолированности» [4].

Как нормативную статистическую характеристику, присущую обществу, рассматривают одиночество представители социологического подхода Д. Рисмен, Р. Денни, Н. Глазер. По их мнению, одиночество возникает, когда общество не способно удовлетворить потребность человека, ориентированного «вовне» (на других людей) и не получая достаточно внимания, человек будет испытывать одиночество [9]. С целью обобщения психологических подходов к проблеме одиночества и изучения субъективного ощущения одиночества у лиц молодого возраста было проведено исследования.

**Объекты и методы исследования.** В исследовании приняли участие молодые люди от 18 до 23 лет, всего было протестировано 104 человека. Методами исследования выступили – обзор психологической литературы, анализ научных публикаций по предмету исследования, тестирование, интерпретация и обобщение полученных данных. Методика «Диагностики уровня субъективного ощущения одиночества», разработанная Д. Расселом, М. Фергюсоном, Л. Пепло, предназначена для самооценки уровня ощущения индивидом своего одиночества. Авторы связывали такое состояние с повышенной тревожностью, депрессивными состояниями, возможной социальной изоляцией или элементарной скукой.

**Результаты и их обсуждение.** Чувство одиночества воспринимается личностью исключительно субъективно, глубоко индивидуально и выступает достаточно уникальным переживанием – специфическое чувство полной погруженности человека в самого себя [5]. Познавательный момент одиночества определяет «самость», «субъективность» и «самоличность», выступая в качестве особой формы самосознания и самовоспитания. Психологическое состояние «одиночества» может находиться на разных этапах развития от нормативных состояний до болезненных, патологических проявлений, когда потребность в общении выражена крайне ярко до «персонификации предметов» и путаницы в реальных и придуманных событиях.

Методика Д. Рассела и М. Фергюсона позволяет оценить уровень ощущения одиночества. По результатам проведенного исследования максимальное значение в выборке составило 46 баллов, минимальное рано 1 баллу, среднее значение  $(14,86 \pm 9,85)$  соответствует низкому уровню субъективного ощущения одиночества. Низкий уровень субъективного ощущения одиночества выявлен у большинства опрошенных молодых людей – 73% показали такой результат.

Исследования в рамках когнитивной психологии (Л. Пепло, К. Рук, Д. Перлман) рассматривают одиночество как категорию конструкта сознания и выявляют зависимость «глубинного одиночества» от уровня самооценки – такое состояние обусловлено низкой самооценкой [6]. Объяснения состояния собственного одиночества человек способен провести самостоятельно по трем аспектам: аффективному, когнитивному и поведенческому. Понимание собственных эмоциональных состояний и рефлексия своих психологических свойств для построения межличностных контактов выступают специфическими особенностями молодого и юношеского возраста [2, 3].

Лишь у 3% респондентов настоящего исследования был получен высокий уровень субъективного ощущения одиночества. Следует различать «одиночество» как состояние невольной изоляции и как намеренное стремление к одиночеству (сознательную потребность в нем). С. Г. Трубникова рассматривает одиночество как психическое явление – субъективное психическое состояние и выделяет три его вида:

- отчуждающее одиночество (преобладание тенденции к отчуждению личности от других людей и других людей от личности);
- самоотчуждающее одиночество (преобладание тенденции к идентификации, что приводит к невозможности обособления, отчуждению от собственного «Я» и отсутствием самоидентификации);

- уединенность (способность человека к уединению – позитивная форма одиночества – субъективно желаемая уединенность, со сформированными способностями к саморегуляции и рефлексии) [8].

Средним уровнем ощущения одиночества обладают 24% юношей и девушек, участвовавших в проведенном исследовании. В частной типологии одиночества, по критерию субъективной оценки силы одиночества и степени признания одиночества, а также общей эмоциональной окраске выделяют низкий уровень (т.н. отрицаемое одиночество), средний уровень (т.н. комфортное одиночество) и высокий уровень (т.н. деструктивное одиночество). По данной типологии именно средний уровень – комфортное одиночество – является наиболее оптимальным видом одиночества.

Рефлексия причин негативного эмоционального состояния «одиночества» может включать несколько взаимосвязанных, но достаточно различных элементов: фиксация изначального события, приведшего к одиночеству; анализ причин своего одиночества и поиск собственных слабых сторон, которые впоследствии могут стать характеристиками личности; представление о характере изменений социального окружения, при которых ощущение одиночества облегчается либо проходит [1]. Структура переживания одиночества как личностная характеристика так же включает несколько последовательных компонентов: первичная эмоциональная реакция на факт одиночества; интеллектуализация переживания; процесс «проживания» ощущения состояния одиночества; последствия такого переживания и его интеллектуализации. Л. С. Выготский под интеллектуализацией состояний понимал процесс «движения» от простого ощущения к целостному пониманию, подчинение рефлексивного процесса когнитивному контролю – приведение рефлексивных образов переживаний к конкретным понятиям.

**Заключение.** «Переживание» одиночества существует на протяжении всей жизни человека, является сущностной характеристикой его личности, которая имеет собственное содержание, специфическую структуру и

закономерности развития [7]. Феноменология одиночества предполагает его рассмотрение в двух аспектах – как состояния и как чувства. Психологическое состояние одиночества предполагает отсутствие или ограничение социальных контактов, проявляется осознанием несоответствия внутренних ожиданий качества общения и реального характера общения и сопровождается ощущением покинутости, потерянности, ненужности вплоть до депрессивных тенденций.

Одиночество как специфическое чувство сопряжено с осознанием сложности или невозможности человека иметь близкие отношения с другими людьми, связано с переживанием своего отличия от них, с наличием психологических преград в общении, что вызывает ощущение неприятия и непонимания себя другими людьми [4].

Центральное место в феноменологии одиночества занимает непосредственное «переживание» одиночества, которое проявляется в течение жизни, выступает психологической особенностью личности и имеет собственную структуру, специфическое содержание и принципы формирования. «Одиночество» тесно связано с развитием личности в онтогенезе; процессами социализации и индивидуализации; ориентацией на свой внутренний мир; самопознанием, самовосприятием и способностью к рефлексии; а также одиночество оказывает влияние на личную активность человека, стимулируя или блокируя ее определенным образом.

Анализ психологической литературы по предмету исследования показал наличие следующих тенденций в его изучении: одиночество рассматривается с двух позиций как состояние и как переживание; преимущественно одиночество обсуждается как негативное переживание и/или состояние, существуют единичные исследования о т.н. позитивном типе одиночества – уединении. Многочисленные публикации последнего времени не привели к созданию целостного единого представления о феномене «одиночества», равно как и о возрастных особенностях его переживания.

### Литература/References:

1. Белоусова З. И. Легко ли быть одиноким? Запорожье, 1995. 132 с.
2. Валиуллина Е. В. Психологические особенности кризисов профессионального самоопределения в процессе высшего медицинского образования // Вестник Кемеровского государственного университета. 2011. №2 (46). С. 131-134.
3. Валиуллина Е. В. Эмоциональный интеллект и потребности в саморазвитии в возрасте юности // Научное обозрение. Педагогические науки. 2021. № 1. С. 78-82.
4. Корчагина С. Г. Психология одиночества. М.: МПСИ, 2008. 228 С.
5. Одиночество: анализ причин и реакций. - URL: <https://psychojournal.ru/article/236-odinochestvo-analiz-prichin-i-reakciy.html> (URL: 20.01.2024).
6. Перлман Д., Пепло Л. Теоретические подходы к одиночеству // Лабиринты одиночества: пер. с англ. / сост., общ. ред. и предисл. Н. Е. Покровского. М.: Прогресс, 1989. С. 152-168.
7. Слободчиков И. М. Теоретико-экспериментальное исследование феномена одиночества личности: на материале подросткового возраста. Автореф дисС. ... докт. псих. наук: 19.00.01. Москва, 2006. 50 с.
8. Трубникова С. Г. Психология одиночества: генезис, виды, проявления: Автореф дисС. ... канд. псих. наук: 19.00.01. Москва, 1999. 19 С.
9. Risman D. The lonely crowd / D. Risman, R. Denney & N. Glazer. New Haven: Yale University Press, 2001. 307 p.
10. Rogers C. The lonely person and experiens ib encounter group. N.Y., 1970. 172 p.

## СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Васильев Н. А., Яковлева А. А.

*Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии  
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

**Аннотация.** Ежегодно по причине суицида умирают около 800 тысяч человек во всём мире. В данной статье представлены результаты исследования суицидального риска у студентов медицинского университета. Студенты-медики являются уязвимой группой населения, подверженной аутоагрессивным действиям и суицидальному поведению вследствие высокой учебной и психоэмоциональной нагрузки. Целью исследования являлось выявление суицидального риска у студентов медицинского университета с 1-го по 6-й курс обучения, анализ конкретных факторов суицидального риска и уровня сформированности суицидальных намерений.

**Ключевые слова:** суицидальный риск, суицидальное поведение, антисуицидальный фактор, опросник суицидального риска, аффективность.

## SUICIDAL RISK AMONG MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS

Vasilyev N. A., Yakovleva A. A.

*Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology  
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

**Abstract.** About 800 thousand people worldwide die every year due to suicide. This article presents the results of a study of suicide risk in medical university students. Medical students are a vulnerable group of the population, prone to autoaggressive actions and suicidal behavior due to high educational and psycho-emotional stress. The aim of the study was to identify suicidal risk among students of the medical university from the 1st to the 6th year of study, to analyze specific factors of suicidal risk and the level of formation of suicidal intentions.



**Keywords:** suicidal risk, suicidal behavior, anti-suicidal factor, suicide risk questionnaire, affectivity.

## Введение

Суицид – каждый смертный случай, который непосредственно или опосредованно является результатом положительного или отрицательного поступка, совершенного самим пострадавшим, если этот последний знал об ожидавших его результатах. Суицидальный риск – готовность совершить акт суицида.

Проблема суицида и связанного с ним поведения в последние годы становится крайне актуальной в современном мире. От самоубийств умирает больше людей, чем от войн и убийств. Во всем мире самоубийство входит в тройку основных причин смерти среди людей в возрасте от 15 до 45 лет.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно от самоповреждения умирают около 800 тысяч человек, при этом каждые 12 минут совершается один акт самоубийства [6]. Наиболее часто суицид совершается в возрасте от 14 до 25 лет. При этом у мужчин на 1 совершенный суицид приходится 12 попыток, у женщин – 1 суицид на 59 попыток [5]. Частота совершения самоубийств в обществе зависит от целого ряда факторов, влияющих на различные группы населения. Уровень самоубийств высок среди пенсионеров, безработных, бедных, разведённых, бездетных, городских жителей, одиноких людей и других групп населения, находящихся в сложной жизненной ситуации.

Студенты-медики также относятся к группе повышенного суицидального риска [3]. Это объясняется множеством факторов: резкими переменами жизненного уклада при поступлении в университет и вынужденностью покинуть родителей и друзей, неполной сформированностью жизненного пути и будущего, сложные экзаменационные сессии и связанный с этим стресс. Также у многих студентов-медиков значительную роль играет недостаточная

финансовая обеспеченность и связанная с этим необходимостью совмещать учёбу и работу, что нарушает возможность полноценно отдыхать и посвящать время хобби и увлечениям.

В медицинском университете студенты подвержены сильным нагрузкам со стороны учебного процесса, высоким чувством ответственности за жизни будущих пациентов [2, 4].

Немалую роль играет и то, что врач относится к типу профессии: «Человек-человек», что обуславливает высокий уровень стресса и связанные с этим психическое истощение и эмоциональное выгорание среди будущих медицинских работников. В связи с такими трудностями студенты чаще подвержены депрессивным (от 6% до 66%) и тревожным расстройствам (от 7,7% до 65,5%) [1].

Всё это обычно осложняется невозможностью обратиться к друзьям, родителям за помощью, в связи с предполагаемым осуждением с их стороны, а также страх обратиться к психологам и психиатрам, что повышает вероятность летального исхода при совершении суицидальной попытки.

Перечисленные факторы значительно ухудшают физическое и психоэмоциональное состояние студентов-медиков, увеличивая риск суицидального поведения.

### **Цель исследования**

Целью данного исследования являлась оценка суицидального риска у студентов медицинского университета на разных курсах обучения, анализ конкретных факторов суицидального риска и уровня сформированности суицидальных намерений.

### **Материалы и методы**

В исследовании приняли участие 192 студента ФГБОУ ВО Кемеровского государственного медицинского университета в возрасте от 18 до 31 года (средний возраст - 24,5).

Среди них:

1 курс – 24 человека (средний возраст 21,25);

2 курс – 24 человека (средний возраст 19,6);

3 курс – 78 человек (средний возраст 20,5);

4 курс – 97 человек (средний возраст 21,9);

5 курс – 36 человек (средний возраст 22.2);

6 курс – 23 человека (средний возраст 23,6).

Для достижения поставленной цели использовался «Опросник суицидального риска (модификация Т.Н. Разуваевой), представляющий собой тест из 29 вопросов, на которые респондент даёт ответ в форме «да» или «нет». Оценка производится по суммарному коэффициенту и субшкальным диагностическим концептам: демонстративность (Д), аффективность (А), уникальность (У), несостоятельность (Н), социальный пессимизм (СП), слом культурных барьеров (СКБ), максимализм (М), временная перспектива (ВП), антисуицидальный фактор (АФ).

### **Результаты и их обсуждения**

По данным «Опросника суицидального риска (модификация Т.Н. Разуваевой)» выделены следующие субшкальные диагностические концепты:

#### *Демонстративность (Д):*

Стремление привлечь к себе внимание окружающих, добиться от них сочувствия. Может иметь место шантажное поведение, но оно также способно вести к непоправимым последствиям.

#### *Аффективность (А):*

Доминирование эмоций над интеллектуальным контролем в оценке событий, особенно в психотравмирующих ситуациях.

#### *Уникальность (У):*

Восприятие себя и своей жизненной ситуации как исключительного явления, не похожего на другие, и, как следствие, подразумевающего особенные варианты выхода из этой ситуации (суицид).

*Несостоятельность (Н):*

Отрицательная Я-концепция, представление о своей несостоятельности, никчемности, ненужности.

*Социальный пессимизм (СП):*

Отрицательная концепция окружающего мира, восприятие мира как источника негатива, боли, опасности и т. д.

*Слом культурных барьеров (КБ):*

Культ самоубийства. Поиск культурных ценностей и норм, оправдывающих суицид или даже делающих его привлекательным. Копирование суицидальных моделей: поведения из книг и кино.

*Максимализм (М):*

Инфантильный максимализм ценностных установок. Распространение содержания локального конфликта на все сферы жизни.

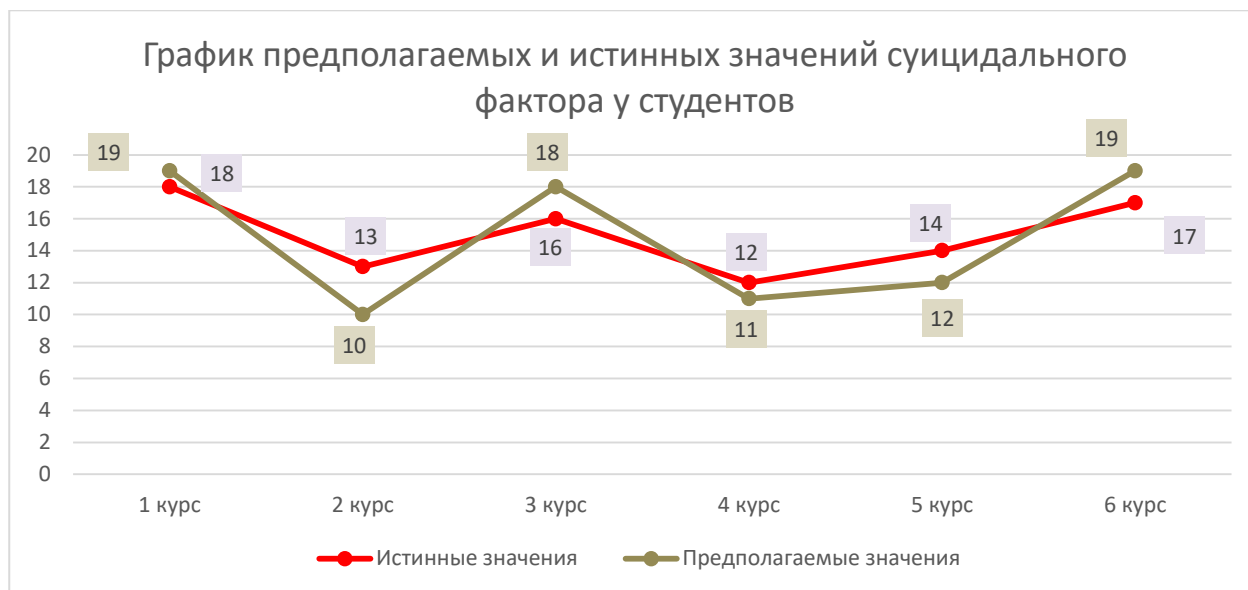
*Временная перспектива (ВП):*

Пессимистические представления о своем будущем, невозможность его конструктивного планирования.

*Антисуицидальный фактор (АФ):*

Это показатель, который снижает суицидальный риск. Он представляет собой жизнеутверждающие установки. В определенном смысле это ресурсный показатель для психокоррекции.

На рисунке 1 ниже представлены истинные значения суицидального фактора, которые были выявлены у студентов в ходе опроса и предполагаемые величины, ассоциированные с возможными уровнями стресса, возникающими в различные периоды обучения студентов.



**Рис.1.** Истинные значения суицидального фактора, которые были выявлены у студентов.

Таблица 1 иллюстрирует преобладающие субшкальные концепты на различных курсах обучения и соответствующий этому коэффициент суицидального фактора:

Курс	Суммарный коэффициент суицидального фактора	Преобладающие субшкальные диагностические концепты:
1 курс	18 баллов	Максимализм
2 курс	13 баллов	Аффективность
3 курс	16 баллов	Аффективность
4 курс	12 баллов	Антисуицидальный фактор
5 курс	14 баллов	Социальный пессимизм
6 курс	17 баллов	Временная перспектива

В результате анализа полученных при тестировании данных выявлено, что наиболее высокий суицидальный риск наблюдается у студентов 1 курса обучения. У обучающихся со 2-го по 6-й курс обучения суицидальный риск

соответствует среднему уровню, при этом у студентов 3-го и 6-го курса он наиболее близок к высокому значению.

Суммарный коэффициент у студентов 1-го курса составляет 18 из возможных 29 с выраженным максимализмом (М). У 2-го курса 13 баллов из 29 с выраженной аффективностью (А). 3-й курс имеет 16 баллов из возможных 29 с выраженной аффективностью (А). У студентов 4-го курса 12 баллов из возможных 29 с выраженным антисуицидальным фактором (АФ). 5-й курс имеет 14 баллов из 29 с выраженным социальным пессимизмом (СП), Студенты 6-го курса имеют 17 баллов с временной перспективой (ВП).

Студенты 1-го курса имеют высокий суицидальный риск, который связан с их адаптацией к переменам жизненного пути. По-видимому, с этим связано преобладание максимализма (М) в данной группе. Студенты 1-го курса зачастую распространяют неудачи в учёбе на свою личную жизнь, отношения с друзьями и родителями, что негативно сказывается на психическом благополучии в целом.

Студенты 3-го и 6-го курса имеют близкие к высоким показателям, связанные с преодолением учебных границ. Учащиеся 3-го курса сдают сложные клинические предметы, от чего у них преобладает аффективность (А) – тревога за возможно проваленную сессию и неспособность адекватно оценивать свои возможности, тем самым преобладают эмоции над интеллектом. Шестикурсники готовятся к сдаче итоговых экзаменов, поступлению в ординатуру и дальнейшей самостоятельной работе в сфере здравоохранения. В этот период многие пытаются объективно оценить свои знания: «Могу ли я работать врачом? Достаточно ли я знаю теоретическую часть?», с чем и связан выраженная концепция – временная перспектива (ВП)

У каждой из 6 групп исследуемых имеется средний или высокий антисуицидальный фактор (АФ), который позволяет им не совершать самоубийство. Наиболее выражен антисуицидальный фактор у студентов 4-го курса, вероятнее он связан с преодолением трудностей на 3-ем курсе. Можно

предположить, что эта концепция позволяет учащимся КемГМУ не наносить самоповреждение.

### **Заключение**

Исходя из полученных результатов исследования, можно сделать вывод, что несмотря на средние показатели коэффициента суицидального фактора, имеется высокий и близкий к высокому суицидальный риск, который связан с жизненными трудностями, экзаменами и дальнейшей реализацией в медицинской сфере. Также у всех групп студентов средне выражен или высоко выражен антисуицидальный фактор, который так или иначе не позволяет им совершить суицид. Поэтому крайне важно разработать систему диагностики аутоагрессивного поведения среди студентов медицинских вузов, активно проводить скрининговые психологические исследования среди всех обучающихся и в последующем организовать работу психолога с группами риска развития суицидального поведения.

### **Литература/ References:**

1. Акименко, Г. В. Стрессоустойчивость как профессионально значимое качество работников медицинских профессий в ситуации неопределенности // Г. В. Акименко, Ю. Ю. Кирина, А. С. Яковлев / Дневник науки. 2023. № 12(84).
2. Руженкова В.В., Руженков В.А., Шкилева И.Ю., Шелякина Е.В., Сидякина Я.В., Науменко Н.М. Влияние учебного стресса на проявление тревожных и тревожно-фобических расстройств у студентов-медиков 1 курса // Научные ведомости БелГУ. Серия Медицина. Фармация. 2018. Т. 41. С. 305–316.
3. Акименко, Г. В. Детерминанты формирования эмоционально-психологической компетентности в профессионально-личностном становлении студентов-медиков // Г. В. Акименко, А. М. Селедцов, Ю. Ю. Кирина, А. С. Яковлев / Дневник науки. 2022. № 12 (72).



4. Деревянных Е.В., Балашова Н.А., Яскевич Р.А., О.Л. Москаленко О.Л. Частота и выраженность тревожно-депрессивных нарушений у студентов медицинского вуза // В мире научных открытий. 2017. Т 9(1). С. 10–28.

5. М.А. Андрианова, В.А. Приятель, А.П. Серeda, Т.Б. Тарасова, Д.Д. Федотов. Алгоритм выявления медицинским персоналом суицидального риска у пациентов // Медицина экстремальных ситуаций. 2018. С. 541–545.

6. Иванец Н.Н., Тюльпин Ю.Г., Кинкулькина М.А. Психиатрия и медицинская психология. Неотложные состояния в психиатрии. Москва: ГЭОТАР- Медиа 2022. С. 772.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ  
РЕБЕНКА С МЕНТАЛЬНЫМИ ОГРАНИЧЕНИЯМИ,  
В СВЕТЕ СОДЕРЖАНИЯ СОВРЕМЕННОГО  
РОССИЙСКОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА**

Васильева К. В.

*Кафедра гражданского права и процесса  
ЧОУВО «Московский университет имени С.Ю. Витте»,  
Россия, г. Москва*

**Аннотация.** В данной статье рассмотрены психолого-правовые аспекты социальной поддержки семьи, в которой воспитывается ребенок, имеющий ментальные проблемы (нарушения интеллекта). Основные выводы по итогам работы сделаны по поводу совершенствования способов ликвидации отношенческих барьеров, мешающих быстрой и эффективной интеграции человека с нарушениями интеллекта в нормотипичное общество.

**Ключевые слова:** гражданин с ОВЗ, ментальные нарушения, нарушения интеллекта, права детей, психологическая поддержка, социальное государство.

## PSYCHOLOGICAL SUPPORT FOR FAMILIES RAISING A CHILD WITH MENTAL DISABILITIES IN LIGHT OF THE CONTENT OF MODERN RUSSIAN LEGISLATION

Vasilyeva K. V.

*Department of Civil Law and Process*

*S.Yu. Witte Moscow University, Russia, Moscow*

**Abstract.** This article examines the psychological and legal aspects of social support for a family raising a child with mental problems (intellectual disabilities). The main conclusions based on the results of the work were made regarding the improvement of ways to eliminate attitudinal barriers that hinder the rapid and effective integration of a person with intellectual disabilities into a normotypical society.

**Keywords:** person with disabilities, mental disorders, intellectual disabilities, children's rights, psychological support, social state.

**Введение.** Российская Федерация является социальным государством. В соответствии со ст. 7 Конституции России, государственная политика в нашей стране направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека. Право на достойную жизнь и свободное развитие, таким образом, гарантировано каждому, в том числе вне зависимости от здоровья, как физического, так и ментального (интеллектуального).

Однако по сей день в России сохраняются два типа барьеров, мешающих надлежащей интеграции граждан с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в общество нормотипичных людей. Барьеры могут быть средовыми (отсутствие доступной среды для лиц с ОВЗ) и отношенческими (предвзято-негативное отношение нормотипичных граждан к людям с инвалидностью) [1, С. 22].

Согласно актуальной статистике, в России на 2023 год на каждую тысячу населения приходится 74,7 граждан с установленной инвалидностью. При этом

в абсолютном выражении численность детей с установленной инвалидностью также на начало 2023 года составляет 722 тысячи человек [2, С. 1]. Необходимо отметить, что в российском праве понятия «ребенок-инвалид» и «ребенок с ограниченными возможностями здоровья» не тождественны, и фактически число детей, испытывающих проблемы со здоровьем, требующие особых образовательных, медицинских и социальных потребностей, выше.

По данным Росстата по разделу «Детская инвалидность», доля детей с ментальными проблемами (нарушениями интеллекта), кому инвалидность была установлена впервые, составляет некоторым более 30%; среди детей, которым инвалидность была установлена повторно, доля детей с ментальными проблемами составляет около 25% [3, С.1]. Психические нарушения и расстройства поведения, включающие в себя нарушения интеллекта, являются самым частым основанием установления детской инвалидности. При этом следует иметь в виду, что ментальные нарушения могут быть частью «сложного дефекта», например, сопровождать неврологические, онкологические, генетические и иные диагнозы, так что фактическая доля детей с нарушениями интеллекта в общем числе детей с ОВЗ опять же выше, чем «официально заявленная».

Исходя из того, что дети с ментальными нарушениями составляют преобладающую часть детей с ОВЗ, ликвидация отношенческих и средовых барьеров для их успешной интеграции в общество нормотипичных людей представляется важнейшей социальной задачей.

Тем не менее, на сегодняшний день в России указанные барьеры сохраняются; при этом для детей с нарушениями интеллекта более существенным препятствием к социальной интеграции являются отношенческие барьеры, нежели средовые.

Актуальной проблемой преодоления отношенческих барьеров в отношении детей с нарушениями интеллекта является то, что первым человеком, воздвигающим эти барьеры, для ребенка с подобной особенностью

часто выступает его мать, которой потом начинают во многом «вторить» и другие члены семьи. Сам по себе факт наличия в семье ребенка с особенностями развития является психотравмирующей ситуацией; тем более когда нарушения интеллекта в ребенке видны не с рождения, а часто к возрасту, когда ребенку предстоит начать посещать детскую дошкольную образовательную организацию (детский сад). Получается, что долгое время семья воспитывала ребенка как нормотипичного, после чего наступило разочарование в ребенке, вызванное диагнозом [4, С.208]. Одно это обстоятельство уже позволяет расценивать предоставление психологической поддержки семьям, воспитывающим ребенка с интеллектуальными нарушениями, как обязательную и не вызывающую сомнений меру социальной поддержки, предоставляемую со стороны государства.

**Объектом исследования** в настоящей работе выступила семья как единый объект социальных отношений. Необходимым условием рассмотрения в качестве объекта исследования выступило наличие в семье как минимум одного ребенка, имеющего диагностированное нарушение интеллекта (чаще всего в виде различной степени умственной отсталости). В основном рассматривались семьи, обращающиеся к автору настоящей работы за предоставлением комплексных психолого-правовых консультаций в рамках работы проекта «Энциклопедия социальной поддержки» [5].

**Предметом исследования** явились межличностные отношения в семье между ее членами, прежде всего представления взрослых членов семьи о ребенке (сыне, дочери, внуке, внучке, младшем брате или сестре) с интеллектуальными нарушениями.

**Методами исследования** выступили основные методы изучения личности в психологической науке, такие, как наблюдение, беседа, анкетирование, тестирование; также применялись общенаучные методы, такие, как анализ, синтез, индукция, дедукция. Помимо этого, в работе

использовались частнонаучные методы исследования, применяемые в юридической науке, прежде всего формально-юридический метод.

**Результаты и обсуждение.** В первую очередь было выявлено, что отношенческие барьеры, воздвигаемые семьей «особого» ребенка с ментальными нарушениями, вызваны невысокой правовой грамотностью взрослых членов семьи. Во многих семьях было выявлено негативное отношение к ребенку с нарушениями интеллекта, вызванное представлением о том, что ребенок с ментальными проблемами не является личностью; проще говоря, является «недочеловеком», «человекоподобным животным» или даже «растением», неспособным даже в минимальной степени интегрироваться в общество. К сожалению, до сих пор можно отметить, что подобная позиция взрослых членов семьи ребенка с ментальными проблемами формируется под воздействием «профессионального мнения» специалистов, работающих с ребенком - врачей, педагогов, специалистов по социальной работе.

Для преодоления обозначенной проблемы представляется целесообразным в ходе предоставления психологической поддержки семье, воспитывающей ребенка с нарушениями интеллекта, уделять внимание и правовому просвещению нормотипичных членов семьи. Так, в соответствии с Конституцией России и многими отраслевыми кодексами, понятия «человек» и «личность» являются равнозначными, синонимичными [6, С.168]. Любой представитель вида «человек разумный» с позиций права является личностью, обладающей субъективными правами и свободами и имеющей охраняемые законом интересы.

Недостаточная дееспособность гражданина с интеллектуальными нарушениями должна быть установлена судом на основании медицинского заключения. Признание интеллектуально отстающего гражданина недееспособным или ограниченно дееспособным осуществляется исключительно в целях защиты его прав и интересов, в первую очередь имущественных, чтобы ограничить такого человека в заключении

имущественных сделок, способных умалить его права. В свою очередь, недееспособность априори не означает нетрудоспособности и неспособности к социальной адаптации.

Даже если человек с ментальными проблемами имеет так называемый «паллиативный статус» (то есть, признан неизлечимо больным и нуждающимся в комплексе мер поддержки, включающем медицинские вмешательства, мероприятия психологического характера и уход, в целях улучшения качества жизни, а также облегчения боли и других тяжелых проявлений заболевания, более подробно см. ст. 36 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), это не означает, что такой человек лишен основополагающих гражданских прав и свобод. Более того, подобный статус дает ему и его законным представителям право требовать соблюдения дополнительных прав, льгот и гарантий, установленных социальным законодательством России.

Психологическая поддержка семей, воспитывающих ребенка с интеллектуальными нарушениями, не должна ограничиваться лишь кризисной работой по преодолению психотравмы. Работа с семьями, воспитывающими ребенка с ментальными проблемами, может (а порой и должна) включать в себя работу с ложным и «токсичным» стыдом (здесь токсичный - отравляющий нормальную жизнедеятельность), испытываемым родителями и иными членами семьи в момент, когда они просят о предоставлении указанных выше мер социальной поддержки для ребенка. Предоставление этих мер является законной обязанностью государства и уполномоченных им на то органов и организаций, поэтому если кто и должен испытывать стыд в данной ситуации — так это чиновники и работники соответствующих организаций, если они выполняют свои обязанности ненадлежащим образом.

Переходя непосредственно к организации психологической поддержки семей, воспитывающих ребенка с интеллектуальными нарушениями, отметим, что «барьерное», непринимаящее, отвергающее отношение членов семьи к

такому ребенку во многом определяется социальными стереотипами, являющимися или устаревшими, или на сегодняшний день уже доказанно неверными. Один из таких стереотипов, основной, уже был оглашен выше: человек с ментальными нарушениями не является полноценным человеком. Помимо этого, в сознании нормотипичного общества сильны и другие стереотипы, связанные с людьми с ментальными проблемами, а именно:

- Из семьи с ребенком, имеющим ментальные нарушения, непременно уйдет отец.
- Семья с ребенком, имеющим ментальные нарушения, в любом случае обречена на бедность (тяжелое материальное положение).
- Если ребенок с ментальными нарушениями продолжит воспитываться в семье, а не будет помещен в специализированный интернат «для психохроников», вся семья окажется изолированной от общества.
- Не надо никому говорить, что в семье растет ребенок с ментальными нарушениями, и тем более открыто показывать такого ребенка обществу = соответствующая «тень» ляжет на каждого члена семьи, ибо умственная отсталость передается по наследству.
- Дети с ментальным отставанием рождаются только в антисоциальных семьях, так что буквально признавайтесь, какие вредные вещества вы употребляли до рождения ребенка, и нечего притворяться нормальными...

Автор рад, если подобные «умозаключения» вызвали у кого-то улыбку и жест кручения у виска, однако по личной практике автора нередко вера в «правильность и справедливость» подобных высказываний влечет за собой эксклюзию ребенка из общества, включая помещение ребенка как можно раньше в учреждение интернатного типа.

Поэтому следующим важным этапом психологической поддержки семей, воспитывающих детей с ментальными проблемами, автору видится работа по развенчанию когнитивных искажений (ошибок мышления), на основе которых сформировались вышеперечисленные стереотипы и шаблоны. В числе



основных когнитивных искажений, над которыми следует вести работу, автор видит следующие [7, С. 73-75]:

- *Сверхобобщение*: злоупотребление установками «всегда», «никогда», «все», «никто» и т.д.; глобальные негативные выводы на основании статистически незначительного количества случаев.

- *Персонализация*: принятие на себя ответственности и вины за все происходящее в окружающем мире без четкого понимания того, что не все происходящее зависит от человека; в жизни есть не только действия, но и события (последние как раз не зависят от человеческой воли).

- *Катастрофизация*: установка, что происходящее (болезнь ребенка) настолько страшно и невыносимо, что последствия этого непреодолимы.

- *Навешивание негативных ярлыков*: «у меня родился больной ребенок, значит я сам неполноценный человек и не заслуживаю ни любви, ни счастья, ни вообще благополучия».

- *Предсказание будущего*: убеждение, что человек и (или) семья теперь в обязательном порядке окажется в социальной изоляции, за чертой бедности, «на социальном дне» и т. п.

- *Ложное представление о низкой стрессоустойчивости*: «мне этого точно не пережить».

Особенно важным в свете работы с когнитивными искажениями и стереотипами автору представляется формирование у семей, воспитывающих детей с интеллектуальными нарушениями, четкого логического представления, что страх оказаться «на социальном дне» ложен, поскольку самого по себе «дна», как и вообще социальной иерархии, не существует — это образование, искусственно придуманное и внедренное в жизнь людьми. К сожалению, утверждения об объективности и «естественности» социальной иерархии прививаются гражданам со школьной скамьи, в частности, при изучении дисциплины «Обществознание». Согласно учебникам обществознания для восьмого класса средней общеобразовательной школы, социальные группы

образуют иерархическую систему, делясь на высшие, средние и низшие классы (страты). Хотя авторы учебников и не отрицают возможность перехода между стратами, но все же в отдельный момент времени каждого человека относят к определенной страте [8, С.100].

Педагогам вторят теологи и священнослужители, утверждая, что стремление руководить и подчиняться заложено в человеке высшими силами [9, С.1]. Автору настоящей статьи представляется возможным поспорить с перечисленными выше утверждениями, согласившись скорее с автором блога «Критическое мышление» на платформе Дзен. В качестве цитаты приведем слова, с которыми автор может выразить согласие практически полностью:

«В одних аспектах люди действительно равны, а в других - нет. Именно поэтому иерархия и необязательна. Иерархия есть ... далеко не везде и не всегда: семейные и дружественные отношения могут быть построены без неё. Даже бизнес-отношения запросто могут быть без иерархии: действительно, разве трудно представить себе равноправное партнёрство?» [10, С.1].

Отметим, кстати, что с позиций права все граждане равны как перед законом, так и перед судом. Запрещается любая дискриминация, в том числе по признаку состояния ментального здоровья.

По мнению автора, общество имеет не обязательно иерархическую, но организационную структуру, в которой каждый человек может найти себе место. Даже если ребенок с ментальными нарушениями будет признан нетрудоспособным (что с позиций права можно всегда оспорить), он все равно живет с определенной целью — как иллюстрация естественности многообразия мира и необходимости гуманного и принимающего отношения ко всем людям без исключения. Как однажды сказала Софья Шаталова, поэтесса с диагностированным расстройством аутистического спектра: «Мы живем, чтобы жили все» [11, С.1].

Еще один, по мнению автора, целесообразный для учета аспект психологической поддержки семей, где растет ребенок с ментальными

проблемами — это отход от любых оценок в повседневной жизни с заменой их безусловным принятием: от самих себя и до собственно «особого» ребенка». Автором концепции безусловного принятия выступил, еще в середине прошлого века, всемирно известный психотерапевт, автор модальности рационально-эмоциональной поведенческой терапии (РЭПТ) Альберт Эллис (1913-2007). Суть безусловного принятия состоит в том, что оценочные суждения (в том числе самооценка) нецелесообразны, поскольку оценочные суждения по своей сути никогда не могут быть признаны рационально обоснованными: по мнению А. Эллиса, «не существует способов определить точный или «истинный» общий балл личности человека. Попытки решить эту задачу не приводят ни к чему, кроме противоречивых и абсурдных выводов» [12, С. 81-82]. В отличие от оценочных суждений о людях, безусловное принятие стоит на следующих установках:

- Никто не застрахован от ошибок.
- Не бывает людей без недостатков.
- Следовательно, каждого человека стоит принимать в целом, со всеми его недостатками и правом на ошибки.

По мнению автора, идеи А. Эллиса, во многом перекликаясь с критикой непременно иерархического общественного устройства, помогут и членам семьи, и окружающим людям принимать детей с ментальными нарушениями в общество и помогать им в этом обществе адаптироваться.

**В заключение** хотелось бы отметить, что ограничиваться психологической поддержкой лишь семьи, которая воспитывает ребенка с нарушениями интеллекта, недостаточно. Чтобы наше общество стало по-настоящему здраво относиться к детям с ментальными проблемами, работу по психологическому просвещению стоит вести в общественном и государственном масштабе, опираясь прежде всего на юридическое равенство всех людей.

### Литература / References:

1. Васильева К. В. Актуальные проблемы преодоления эйблизма в России: правовые, психологические и организационно-управленческие аспекты: Научная монография. - М.: ООО «Русайнс», 2023.
2. Общая численность инвалидов по группам инвалидности // Материалы Федеральной службы государственной статистики. [Электронный ресурс.] - URL: [https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/pi\\_1.1.docx](https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/pi_1.1.docx), URL 09.03.2024.
3. Распределение признанных инвалидами детей в возрасте до 18 лет по преимущественным основным видам стойких нарушений функций организма человека // Материалы Федеральной службы государственной статистики. [Электронный ресурс.] - URL: [https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/pi\\_8-6\\_2022.xlsx](https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/pi_8-6_2022.xlsx), URL 09.03.2024.
4. Фатихова Л.Ф. Родительское отношение матерей детей с сохранным и нарушенным интеллектом к разным сторонам семейной жизни // Вестник МГПУ. Серия: Педагогика и психология. 2023. Т. 17. № 1. С. 206-222.
5. Энциклопедия социальной поддержки: комплексная правовая и психологическая консультация. Проект Ксении Васильевой. [Электронный ресурс.] - URL: <https://vkv-socpravo.com>, URL 09.03.2024.
6. Васильева К.В. Юридическое понятие личности в современной российской науке социальных отраслей права: глава в коллективной монографии «Актуальные проблемы развития российского государства и права». Под ред. д.ю.н., проф. С. Г. Киселева.- М.: МАКС Пресс, 2018.
7. Лихи Роберт. Техники когнитивной психотерапии. - Спб.: Питер, 2023.
8. Обществознание. 8 класс: учебник для общеобразовательных организаций. Под ред. Л.Н. Боголюбова. - М.: Просвещение, 2022.
9. Панарин В. (иерей). Семь смертных грехов. Из каких выросли добродетелей? [Электронный ресурс.] - URL:

<https://dzen.ru/a/XYuTNqP25ACtEA1Q>, URL 09.03.2024.

10. Иерархия в обществе — зло или неизбежность? // Блог «Критическое мышление». [Электронный ресурс.] - URL: <https://dzen.ru/a/XcGTN9eFm5Wk1mvo>, URL 09.03.2024.

11. Юсупова Д., Щедрин С. «Там мечутся слова и просятся уйти». Как живет поэтесса с аутизмом Соня Шаталова // Портал «Правмир». [Электронный ресурс.] - URL: <https://www.pravmir.ru/tam-mechutsya-slova-i-prosyatsya-ujti-kak-zhivet-poetessa-s-autizmom-sonya-shatalova>, дата образования 09.03.2024.

12. Эллис Альберт. Вредная самооценка. Не дай себя обмануть. Красные таблетки для всех желающих. - М.: Издательство АСТ, 2022.

## САМОПОМОЩЬ В СТРЕССОВЫХ СИТУАЦИЯХ ПОСРЕДСТВОМ ПИСЬМЕННЫХ ПРАКТИК

Вертынская Л. А.

*Кафедра социальной и семейной психологии*

*Институт психологии БГПУ*

*Учреждение образования «Белорусский государственный педагогический университет имени М. Танка», Республика Беларусь, г. Минск*

**Аннотация.** В данной статье письменные практики рассматриваются как доступный и эффективный инструмент самопомощи в стрессовых ситуациях, которые необходимы для лучшего понимания себя, преобразования своего жизненного опыта, исцеления и изменения в предпочитаемую сторону. Описываются основные виды письменных практик, принципы и способы их использования в повседневной жизни, а также преимущества работы, которые доказаны рядом проведенных отечественных и зарубежных исследований. Раскрываются идеи нарративного подхода, позволяющие содержательно углубить основания терапии письменным словом.

**Ключевые слова:** самопомощь, стресс, психотерапия письменным словом, письменные практики, нарративные практики.

## SELF-HELP IN STRESSING SITUATIONS THROUGH WRITTEN PRACTICES

Vertynskaya L.A.

*Department of Social and Family Psychology of the Institute of Psychology of  
M. Tank Belarusian State Pedagogical University,  
Republic of Belarus, Minsk*

**Abstract.** This article examines writing practices as an accessible and effective tool for self-help in stressful situations, which are necessary for better understanding oneself, transforming one's life experiences, healing and changing in the preferred direction. The main types of writing practices, principles and methods of their use in everyday life are described, as well as the advantages of the work, which have been proven by a number of domestic and foreign studies. The ideas of the narrative approach are revealed, allowing one to meaningfully deepen the foundations of therapy with the written word.

**Keywords:** self-help, psychotherapy with the written word, writing practices, narrative practices.

В условиях хронического или кратковременного стресса сложившаяся ситуация сталкивает человека с необходимостью внутренней оценки себя и происходящего. Ревизия имеющихся ресурсов с целью преодоления стрессовых обстоятельств может порой сигнализировать о всевозможных дефицитах личностных качеств, физических сил, материальных средств. Нехватка внутренней устойчивости под влиянием тех или иных стрессоров формирует собой запрос на психологическое вмешательство либо поиск альтернативных способов совладания, которые могут помочь уравновесить состояние, привести его в положение условного баланса.

К одним из таких альтернативных вариантов самопомощи можно отнести письменные практики. Они доступны, компактны, экономически малозатратны и могут быть использованы как в домашних условиях, так и во время перемещения из одного места в другое [6, С. 12]. Они всегда рядом, и к ним

можно обратиться в любой момент жизни. При наличии таких весомых преимуществ, важно понимать, зачем их использовать в качестве инструмента самопомощи, что они могут дать человеку, чтобы улучшить своё состояние?

Согласно проведенным исследованиям Дж. Пеннебейкера и Дж. Смита [5, С. 43-59], удерживание в себе острых актуальных переживаний, либо переживаний минувших дней, которые продолжают оказывать влияние на качество жизни в настоящем, приводит к многочисленным психосоматическим нарушениям, особенно, если речь идет о замалчивании травматического опыта. Хранение тайны требует определенных усилий на самоцензуру в поступках, в словах и мыслях, а это значит, что приходится делать вид, что что-то действительно значимое является несущественным [5, С. 24]. Это способствует повышению уровня стресса. Если человек не выражает словесно что-то важное для себя, то это приводит к невозможности осмыслить переживание, отодвигая тем самым его встраивание в целостную историю своей жизни. То, что человек стремится вытеснить из памяти со временем вновь пытается вернуться и обратить на себя внимание в виде навязчивых интрузий, фантазий, сновидений [5, С. 31]. На них тратиться значительное количество наших ресурсов, обедняя свой запас при решении текущих вопросов или проблем. Важно отметить, что интеграции в жизненную историю порой требуют не только негативные переживания, но и сильные переживания, связанные с определенными социальными успехами, достижениями, позитивными изменениями, о которых либо некому рассказать, либо в предъявлении которых возникают опасения или неловкость.

Предложенный американским профессором Дж. Пеннебейкером метод экспрессивного письма, в статусе заботы о себе, позволяет отреагировать и осмыслить имеющиеся переживания, разорвав порочный круг замалчивания в стремлении к лучшему качеству жизни [5, С. 37]. Это важно для сохранения и укрепления как психического, так и соматического здоровья [5, С. 38]. Писать можно о любом опыте, который оказался под запретом, о котором не



получилось сообщить окружающим из-за оказываемого социального давления или собственных страхов.

Польза от письменных практик в первые дни и месяцы после случившегося события, пошатнувшего или нарушившего внутренне равновесие человека, может заключаться в следующем [1; 2; 4]:

во-первых, письменные практики позволяют признать произошедшее, обозначив чувства и переживания, таким образом, начав придавать им организованность и определенную структуру для последующего осмысления;

во-вторых, появляется возможность устанавливать причинно-следственные связи, поскольку переживания начинают темпорально выстраиваться в хронологическую последовательность;

в-третьих, на уровне жизненной истории появляются новые контексты или дополнительные точки зрения, включение которых в структуру истории может приводить к более плотному и насыщенному описанию;

в-четвертых, в процессе письма история приобретает большую связность и понятность, что приводит к высвобождению какой-то части ресурсов для взаимодействия с реальностью в настоящем режиме времени;

в-пятых, за счет того, что автор истории стремится занять более рефлексивную позицию, появляется возможность менять свое отношение к произошедшему событию, тем самым снижая уровень стресса и постепенно возвращаясь к обыденному функционированию.

Терапия письменным словом имеет непосредственное отношение к нарративу, однако до сих пор в психологии идут споры о том, как пересекаются между собой нарративные практики, которые могут быть по преимуществу устными, с письменными практиками, которые не претендуют на нарративный подход? Часто эти два множества объединяют друг с другом, полагая, что это одно и то же, но на самом деле это два отдельных множества [3, С. 65], которые в каких-то реперных точках имеют возможности для пересечения. Наглядным примером может служить разработанные письменные практики Д. Кутузовой

на основе нарративных вопросов, которая для их разработки уделила пристальное внимание изучению метода интенсивного дневника А. Прогоффа и идеям нарративного подхода, заложенным М. Уайтом [11; 12].

На уровне ведения дневника подход Айра Прогоффа позволяет увидеть, как человек вступает в диалог с окружающим миром, как он выстраивает свою жизненную историю, обладающую неповторимым узором смыслов и событий, символически наделяя ее чем-то большим по значению, чем просто хроника жизни [9, С. 126]. Работа с дневником помогает восстановить связность, вернуть направленность жизни в те отрезки времени [7, С. 19], когда происходящие ситуации вызывают тягостные переживания тревоги, бессмысленности, тотального бессилия или одиночества. Особенно действенным ведение интенсивного дневника зарекомендовало себя при психотерапии затянувшихся кризисов, где одни длительные временные промежутки и периоды, оказываются оторванными в восприятии от других [7, С. 16]. Подход А. Прогоффа сложен и не линейен, он насчитывает большое количество внутренних переходов, анализ которых помогает в ситуации значимых перемен, когда нужно понять: что закончилось? где ты находишься после этого? куда движется течение твоей жизни?

В 2006 году в Далвич-центре (the Dulwich Center, Аделаида, Австралия) была издана книга «Нарративный подход в работе с травмой» [8], где была опубликована статья Майкла Уайта о работе с людьми, пережившими множественную травму. В данной статье М. Уайт описал травму как нарушение значимых человеческих ценностей, идей, убеждений [8, С. 26]. Нарративный практик в своей работе не столько ставит перед собой цель отреагировать чувства, сколько он стремится сформировать безопасный контекст для встраивания этого опыта в осмысленную преемственность, создав насыщенное описание предпочитаемой истории [8, С. 33-34]. Однако как понять, что относится к предпочитаемой истории, а что нет? Например, человек встретил

какое-то событие или какого-то другого человека на своем жизненном пути, как узнать, что это часть именно предпочитаемой его истории?

Согласно М. Уайту, речь идет о квазителесных ощущениях, где ощущение себя («Me Self») – это то, как человек переживает атмосферу своего внутреннего мира изнутри [8, С.41]. Это и есть некоторый критерий распознавания. Если от чего-то человек ощущает больше принятия, тепла, движения значит это принадлежит его истории. Если же он встречается с кем-то или чем-то, что вызывает больше заганности, холода, сдавленности, невозможности куда-то двигаться, то эта часть скорее принадлежит к проблемной истории, чем к предпочитаемой.

В научных работах А. Прогоффа, где говорится о движении внутри жизни [7, С. 97-98], эти идеи совпадают. Чувство себя («Me Self») и движение внутри жизни у А. Прогоффа – это одна и та же реальность, но описанная с разных сторон, в разных терминах. При этом отсутствует какая-либо конкретика в понимании, как все переходы дневника, похожие на лабиринт, где много разных ответвлений, движений в разных пространствах, персонажей, внутренних диалогов, смыслов, духовного опыта, связываются во что-то единое, как из всего этого разрозненного массива человек находит квинтэссенцию того, кем он является. При всей глубине и идейности, метод интенсивного дневника достаточно громоздкий, при беглом знакомстве с которым мало понятно, как его использовать в повседневной жизни. Ведь это не просто дневник, а дневник, предполагающий несколько глубоких погружений, использовать который на постоянной основе достаточно сложно.

Более удобным вариантом подобной письменной практики на повседневной основе может быть письменная терапия Кэтлин Адамс и ее лестница структурированности разных дневниковых упражнений [1]. По мнению, К. Адамс в зависимости от выраженности стресса необходимы к использованию письменные практики разные по своей структурной организации: от более структурированных к менее структурированным [1, С.

29]. Чем сильнее выражен уровень стресса, тем более структурированной должна быть работа, чтобы обеспечить безопасность психологического процесса.

В нарративной практике есть аксиома, что ни одна проблема не затрагивает жизнь человека на все сто процентов, всегда есть какие-то области, которые проблема не затрагивает или затрагивает их меньше; всё равно остается что-то, на что можно опереться [8, 12, 13]. Можно себя спросить: что в данной ситуации пострадало меньше? Такой вопрос помогает понимать, что человек и проблема – это не одно и то же. Проблема появляется, захватывает какие-то области человеческой жизни, а потом уходит из нее. Но суть в том, что человек и проблема – это разные вещи, что уже само по себе приносит облегчение.

Человек создает историю своей жизни вместе с кем-то, собирая из культуры какие-то элементы для нее. Он одновременно и автор, и герой, и свидетель своего рассказа. Что же при этом значит быть автором собственной жизни? М. Уайт, отвечая на данный вопрос, подчеркивал разделение субъекта на три части, в зависимости от того, кто рассказывает историю: «I» - Я как субъект, «Me» - Я как объект, «Me Self» - ощущение себя [8, С. 72]. Быть автором – это значит признавать, что человек может чего-то хотеть, что-то выбирать, он способен видеть альтернативы и может на что-то влиять. Это ощущение расширения, ощущение силы, свободы, компетентности, а если всего этого нет, если есть противоположные ощущения (ничего не хочется, не получается, нет понимания и должной мотивации, нет свободы, не замечаются варианты и т.д.), то это про ощущение личной несостоятельности [8, С. 76-77].

В нарративном подходе это ощущение несоответствия, которое требуется вернуть. Пусть это несоответствие правилам в мире «здоровых» людей, но всё равно человек может очень многое, именно этим он и ценен. Есть травматическое прошлое, есть дрящееся травматическое, есть предвосхищаемое травматическое [3, С. 55], в таких ситуациях терапия словом

оказывается не работающей, потому что когда начинаешь рассказывать, где много чего сломалось или накопилось, можно прийти к ретравматизации [3, С. 63]. В связи с этим, при работе с письменными практиками важно соблюдать основные принципы их использования [10, С. 124]:

- 1) датирование,
- 2) степень структурированности записей должна зависеть от уровня выраженности стресса,
- 3) начинать писать только с хорошего, создавая надежное, устойчивое пространство идентичности, только после этого касаться негативного опыта.

Как лучше всего писать, чтобы появилось максимум пользы? На этот вопрос нет однозначного ответа, многое зависит от конкретного вида письменных практик [2; 3; 4; 6].

В качестве первого из них можно выделить дневниковые практики, их очень много, десятки разных подвидов и все их можно разделить, классифицировать по степени структурированности, но главное, что работа в них идет с текущим материалом в настоящее время.

Другой вид письменных практик – это работа с автобиографическими историями. Здесь разница в том, что человек, с которым происходило нечто, находится в прошлом, а человек, который осмысливает, что происходило, находится в настоящем. Между двумя этими темпоральными позициями может существовать драматическое напряжение. Разные подходы смотрят на эту проблему по-разному: есть точка зрения, что человек интегрирует прошлый опыт, не глядя на то, что в нем есть диссациированные воспоминания о событиях, которые привели к невозможности повествования об пережитом, поскольку этот значимый опыт до сих пор оказывается когнитивно и эмоционально заряженным. Обычно это что-то, что ранило, либо свидетельский опыт чего-то социально неприемлемого. Чтобы психологически защитить себя и не сойти с ума, когда человек обращается к данной истории из прошлого, он забирает из ее лучшее, самое ценное, что может помочь и поддержать себя. В

результате можно извлечь некоторый урок, которым потом можно поделиться, ощутив сопричастность с другими людьми. Эту раненность важно признать и исцелить.

Третий вид практик – это терапия поэзией, поскольку порой мощное переживание никак не укладывается в линейную последовательность слов, тогда стихотворный конгломерат эмоционально нагруженных значений и образов может быть подходящим способом, той отражающей поверхностью, с помощью которой дальше уже можно разворачивать переживание.

Четвертый вид практик - письма, основанные на вымысле, когда создается художественное произведение, описывая не на прямую о том, что происходило, а раскладывая опыт на какие-то составные части, создавая из каждой те или иные персонажи, где через их взаимодействие друг с другом какие-то вещи можно увидеть более выпукло и как-то к ним отнестись.

По своей сути письменные практики могут быть индивидуальны, а могут быть и групповыми (например, в сообществе, объединенном одной заботой) [2, С. 14]. Также они могут представлять собой утренний, либо вечерний самоотчет, а могут затрагивать более крупные периоды жизни [3 С. 20], если есть необходимость осуществить рефлекссию какого-то более длительного отрезка времени. Для организации и проведения таких письменных практик чаще выделяют три фазы [1, С. 57-62]: первую или подготовительную, в рамках которой происходит обращение к телесной структуре, фокус направляется на настройку дыхания и поиск удобного положения тела в пространстве; вторая фаза связана с погружением в переживание и предполагает экспрессивное письмо; третья фаза – это рефлексивное письмо, где важно трансцендироваться над обозначенным переживанием, чтобы впоследствии иметь возможность действовать в соответствии с обнаруженными и заново обозначенными ценностями.

Поскольку в классическом варианте нарративной терапии на сеансе присутствует психотерапевт, который формулирует и задает вопросы, то при

видении письменных записей, человеку самостоятельно необходимо научиться задавать себе хорошие вопросы. В таком случае, важно прийти к пониманию, что считать «хорошим» вопросом в нарративной традиции? [11; 12; 13]

Во-первых, хороший вопрос побуждает человека к переосмыслению произошедшего в его жизни;

во-вторых, хороший вопрос дает возможность расшатать сформированную внутреннюю позицию или укоренившуюся дисфункциональную мысль, подвергнув их сомнению как сами собой разумеющиеся;

в-третьих, хороший вопрос провоцирует на новое исследование своего жизненного опыта с целью увидеть ранее неувиденное и сделать его осязаемым для переопределения и формирования текущего отношения;

в-четвертых, хорошие вопросы могут приводить к устранению лакун в сюжете истории, приводя к ее более насыщенному описанию.

Кому могут быть полезны письменные практики на основе нарративных вопросов? Здесь может быть выделено несколько соответствующих категорий [10, С. 111-112]:

- люди, которые находятся в ситуации стресса или имеют непроработанный травматический опыт, который начал беспокоить в настоящее время и заметно снизил качество жизни;
- люди, которые по причине отсутствия безопасности (угрозы жизни), не могут распространяться о произошедшем;
- люди, которые находятся в ситуации социальной изоляции;
- люди, живущие в инокультурной среде, где подавляющее большинство разговаривает на другом языке;
- люди, которым по объективным или субъективным причинам проще писать, чем говорить о пережитом опыте;
- людям, чье материальное положение не позволяет психотерапию;



- людям, у которых запрос рассчитан на краткосрочную психотерапию;
- людям, стремящимся к повышению осознанности и продуктивности собственной жизни;
- людям, вступающим на новый этап своего жизненного пути, ожидающим существенных перемен или начинающим какой-то значимый проект и т.д.

Подводя некоторый итог статьи, можно зафиксировать, что жизнь состоит из событий, и письменные практики могут помочь конкретный момент жизни сделать лучше и из него действовать. Когда есть соответствующие записи, человек в большей мере может становиться исследователем себя, автором своей жизни. Письмо с опорой на нарративные вопросы раскачивает привычную стабильность, позволяя занимать новые территории идентичности, безопасно экспериментируя с движением в желаемом направлении. Приватность письменных практик предоставляет возможности обходить самоцензуру, раскрепощаясь во взгляде на некую проблему, давая себе самоотчет, что об этом никто больше не узнает.

#### **Литература / References:**

1. Adams K. *Scribing the Soul: Essays in Journal Therapy*. Denver: Center for Journal Therapy, 2004. 158 p.
2. Desalvo L. *Writing as a Way of Healing: How Telling Our Stories Transforms Our Lives*. NY: Beacon Press, 2000. 240 p.
3. Field S., McCloskey K. *Treating Traumatic Stress in Adults The Practitioner's Expressive Writing Workbook*. Taylor & Francis Group: Routledge, 2015. 160 p.
4. Lepore, S. J., Smyth, J. M. *The Writing Cure: How Expressive Writing Promotes Health and Emotional Well-Being*. Washington: American Psychological Association, 2002. 304 p.

5. Pennebaker J. W., Smyth J. M. *Opening Up by Writing It Down: How Expressive Writing Improves Health and Eases Emotional Pain*. NY: The Guilford Press, 2016. 210 p.
6. Pipher M. *Writing to Change the World: An Inspiring Guide for Transforming the World with Words*. USA: Riverhead Books, 2007. 272 p.
7. Progoff, I. *At a Journal Workshop: The Basic Text and Guide for Using the Intensive Journal*. NY: Dialogue House, 1992. 432 с.
8. White, M. Working with people who are suffering the consequences of multiple trauma: A narrative perspective. In Denborough D. *Trauma: Narrative responses to traumatic experiences*. Adelaide: Dulwich Center Publication, 2006. P. 25-85.
9. Кутузова Д. А. Ведение «структурированного дневника» по методу Айры Прогоффа // *Консультативная психология и психотерапия*. 2009. Том 17. № 1. С. 121–135.
10. Кутузова Д. А. Письменные практики в работе с семьей // *Семейная психология и семейная терапия*. 2012. № 2. С. 110-128.
11. Уайт М. *Карты нарративной практики. Введение в нарративную терапию*. - Москва: Генезис, 2010. 329 С.
12. Уайт М. *Нарративная практика. Продолжаем разговор*.- Москва: Генезис, 2022. 250 с.
13. Фридман Дж., Комбс Дж. *Конструирование иных реальностей: истории и рассказы как терапия*. - М.: Независимая фирма «Класс», 2001. 368 с.

**ПРОФИЛАКТИКА БЕЗНАДЗОРНОСТИ И ПРАВОНАРУШЕНИЙ  
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В РАМКАХ КОМПЕТЕНЦИИ  
НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КУЗБАССА**

Вострых Д. В., Лопатин А. А., Дементьева Г. С., Рубцова О. С.  
*ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер  
имени профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово*

**Аннотация.** В данной статье отражены основные направления профилактической работы с несовершеннолетними в части формирования у них приверженности к ведению здорового образа жизни и предупреждения развития наркологических расстройств, в том числе в рамках межведомственного взаимодействия.

**Ключевые слова:** профилактика, здоровый образ жизни, наркологические расстройства, межведомственное взаимодействие.

### **PREVENTION OF NEGLECT AND JUVENILE DELINQUENCY WITHIN THE COMPETENCE OF THE DRUG TREATMENT SERVICE OF KUZBASS**

Vostrykh D. V., Dementieva G. S., Lopatin A. A., Rubtsova O. S.  
*Professor N.P. Kokorina Kuzbass Clinical Narcological Dispensary,  
Russia, Kemerovo*

**Abstract.** This article reflects the main directions of preventive work with minors in terms of forming their commitment to a healthy lifestyle and preventing the development of drug addiction disorders, including within the framework of interdepartmental interaction.

**Keywords:** prevention, healthy lifestyle, narcological disorders, interdepartmental interaction.

Ежегодно первостепенными задачами наркологической службы Кузбасса является обеспечение населения региона необходимой специализированной помощью, а также эффективная реализация профилактических мер, направленных на развитие и укрепления осознанного отказа от употребления психоактивных веществ и ведения здорового образа жизни, особенно среди несовершеннолетних.

С целью информирования о негативных последствиях употребления наркотических средств и других психоактивных веществ, формирования здорового образа жизни среди населения Кемеровской области специалистами

подразделений наркологической службы региона организуется и проводится профилактическая работа в форме групповых и индивидуальных бесед, лекций, тренингов, просмотров видеофильмов, круглых столов и др. На постоянной основе проводятся разъяснительные беседы антинаркотической, антиалкогольной, антитабачной направленности с родителями учеников, обучающихся в образовательных организациях всех типов и видов, как в рамках родительских собраний, так и во время групповых бесед.

Ежегодно данная работа осуществляется также в рамках мероприятий раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ среди обучающихся – специалистами наркологической службы на базе образовательных организаций региона проводятся информационно-коммуникационные кампании для обучающихся и их законных представителей с целью информирования их о целях и порядке проведения профилактических медицинских осмотров, а также о медицинских и правовых последствиях употребления наркотических средств и психоактивных веществ.

Также специалисты региональной наркологической службы ежегодно принимают участие в областных межведомственных профилактических акциях, таких как «Будущее без наркотиков», «Дети России», «Призывник», «Летний лагерь – территория здоровья» и др. Проводимая при этом профилактическая работа в рамках акций построена на принципах активного вовлечения участников в обсуждение заданных тем. Применение интерактивных способов работы (моделирование ситуаций, тренинги, дискуссии, диалоги с обратной связью и др.) способствует повышению заинтересованности в участии в этих мероприятиях, что значительно повышает эффективность профилактической работы.

В рамках антинаркотической акции «Будущее без наркотиков» сотрудниками наркологической службы Кузбасса проводятся профилактические мероприятия для учащихся образовательных организаций

(групповые беседы, лекции, видео-лекции и кинолектории) о медицинских и социальных последствиях употребления наркотических средств и преимуществах ведения здорового образа жизни. Психологами организуются и проводятся тренинги, направленные на обучение подростков умению противостоять давлению окружающих, побуждающих к приему психоактивных веществ, навыкам эффективного взаимоотношения с окружающими и выхода из конфликтных ситуаций. Специалисты наркологической службы также принимают участие в совещаниях с педагогами образовательных организаций по вопросам профилактики употребления психоактивных веществ, в ходе которых были рассматриваются вопросы о современных подходах организации и проведения профилактической работы с несовершеннолетними и молодежью, алгоритмы действий при обнаружении несовершеннолетних в состоянии наркотического опьянения.

Также в образовательных организациях распространяются информационные материалы (буклеты, листовки), информирующие о факторах риска развития наркологических расстройств и о здоровом образе жизни.

В рамках межведомственной комплексной оперативно-профилактической операции «Дети России» в образовательных организациях Кемеровской области специалистами региональной наркологической службы проводятся лекции и практические занятия для работников образовательных организаций по профилактике незаконного потребления наркотических средств, а также групповые и индивидуальные беседы с несовершеннолетними и их законными представителями о последствиях употребления наркотических средств и психотропных веществ, преимуществах ведения здорового образа жизни, об альтернативных видах деятельности, ответственном отношении к своему здоровью и здоровью окружающих. Несовершеннолетние и их родители не только получают информацию, но и активно участвуют в обсуждении, свободно задавая вопросы.

Ежегодно в апреле - июне и октябре - декабре в Кемеровской области проводится Всероссийская антинаркотическая профилактическая акция «Призывник». Цель таких мероприятий и акции в целом – профилактика наркомании и наркопреступности среди допризывной молодежи, пропаганда здорового образа жизни, формирование личных убеждений молодежи против употребления психоактивных веществ.

В образовательных организациях среднего профессионального образования специалисты наркологической службы принимают участие в проведении «классных часов» для молодых людей допризывного и призывного возраста с освещением вопросов медицинских, социальных и правовых последствий употребления психоактивных веществ.

Лекции и групповые беседы профилактической направленности для призывников, готовящихся к прохождению военной службы, проводятся на призывном пункте Военного комиссариата Кемеровской области. Аналогичные мероприятия проходят в войсковых частях Управления федеральной службы войск национальной гвардии Российской Федерации по Кемеровской области - Кузбассу, а также в Кемеровском президентском кадетском училище.

Ежегодно отмечаемый в мае Всемирный день без табака призван привлечь внимание людей, прежде всего подростков и молодежи, к проблемам никотиновой зависимости, высокой смертности от курения, помочь им избавиться от вредной привычки и начать вести здоровый образ жизни. Специалисты региональной наркологической службы принимают активное участие в проведении уроков здоровья в образовательных организациях.

В июне специалисты наркологической службы Кемеровской области ежегодно принимают активное участие в организации и проведении профилактических мероприятий, приуроченных к Международному дню борьбы с наркоманией. Для несовершеннолетних образовательных организаций, организаций профессионального образования, в библиотеках,

летних оздоровительных пришкольных лагерях проводятся групповые беседы, лекции и кинолектории о медицинских и социальных последствиях употребления наркотических средств, преимуществах ведения здорового образа жизни. Мероприятия проводятся совместно с сотрудниками Министерства образования Кузбасса, Министерства физической культуры и спорта Кузбасса, УНК ГУ МВД России по Кемеровской области - Кузбассу и Управления Федеральной службы войск национальной гвардии Российской Федерации по Кемеровской области - Кузбассу и других заинтересованных ведомств.

В период акции «Летний лагерь – территория здоровья» с июня по август специалистами региональной наркологической службы совместно с учреждениями основного и дополнительного образования проводятся профилактические мероприятия для несовершеннолетних в образовательных организациях, пришкольных лагерях, домах культуры и социально-реабилитационных центрах (тренинги, групповые беседы, викторины, конкурсы, видеолекции и пр.).

Медицинскими психологами проводятся тренинги, викторины, конкурсы рисунков, ролевые игры, имеющие своей целью формирование у подростков навыков конструктивного общения, сознательного отношения к своему здоровью. Педагоги и воспитатели образовательных организаций обучаются вопросам ранней диагностики употребления подростками психоактивных веществ и тактике антинаркотического поведения.

В сентябре в рамках мероприятий, приуроченных к Всероссийскому дню трезвости, на территории Кемеровской области для населения региона ежегодно проводится комплекс профилактических мероприятий, включающий лекции, групповые и индивидуальные беседы с различными целевыми группами, демонстрации тематических видеороликов с обсуждением, круглые столы, тренинги, конкурсы и викторины.

Специалистами наркологической службы региона организуются и проводятся мероприятия в образовательных организациях, трудовых



коллективах, а также местах общего пользования в виде массовых информационно-просветительских акций.

В городе Кемерово специалистами наркологической службы при поддержке Управления культуры, спорта и молодежной политики администрации города Кемерово традиционно организуется и проводится фестиваль «Радость жить трезво». Данное массовое мероприятие позволяет привлечь внимание общественности к проблемам злоупотребления алкоголем и популяризации здорового образа жизни.

В рамках фестиваля ежегодно работают сразу несколько интерактивных площадок, где жители областного центра участвуют в различных творческих и спортивных мероприятиях, мастер-классах (по оказанию доврачебной и первой медицинской помощи, пожарно-прикладному спорту и др.), организованными организациями-партнерами. Особой популярностью у детей пользуется площадка мобильного скалодрома. Тренерский состав организаций-партнеров спортивной направленности оказывает консультативную помощь по спортивным занятиям для детей и молодежи, а спортсмены показывают упражнения в рамках тренировочного процесса.

Также в рамках фестиваля выступают творческие коллективы города с мини-театрализованными представлениями. Помимо этого, организуются различные выставки и демонстрации тактических упражнений, патрульного авто- и мототранспорта, ретро автомобилей. Наибольшее внимание молодых людей и подростков привлекают исторические реконструкции времен «Завоевания Сибири» и демонстрация оружия периода Великой Отечественной войны.

Отдельно следует отметить, что более 12 лет в Кузбассе в профилактике наркозависимости используются ресурсы театра-студии «Фламинго», действующего на базе отделения медицинской реабилитации наркологического диспансера города Кемерово. Коллектив театра ежегодно представляет антинаркотические спектакли на площадках Кузбасса. Деятельность театра

высоко оценивается специалистами-превентологами в качестве эффективного профилактического инструмента в снижении уровня распространения в Кузбассе наркологических расстройств.

В перспективе работы театра-студии «Фламинго» – постановки новых спектаклей, гастроли по городам области и других регионов России, активное участие в организации и проведении региональных антинаркотических мероприятий.

Важную роль в организации профилактической работы играют средства массовой информации региона. В целях повышения уровня осведомленности населения Кемеровской области - Кузбасса, в том числе несовершеннолетних, о негативных последствиях злоупотребления алкоголем и употребления других психоактивных веществ специалисты региональной наркологической службы принимают участие в радиопередачах, готовят выступления на телевидении, а также используют возможности сети «Интернет» – информация о пагубном влиянии алкоголя и наркотических средств размещается на официальных сайтах государственных медицинских организаций региона и в официальных аккаунтах социальных сетей.

Таким образом, ежегодно специалисты региональной наркологической службы в рамках своих компетенций с участием представителей других заинтересованных ведомств и организаций, реализуют мероприятия, направленные на профилактику безнадзорности и правонарушений, развития наркологических расстройств среди несовершеннолетних и молодежи, формирование у них приверженности к ведению здорового образа жизни

## ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА С РОДИТЕЛЯМИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Вострых Д. В., Рубцова О. С.

*ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер  
имени профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово*

**Аннотация.** Дети родителей с психическими расстройствами сами подвергаются повышенному риску заболеть таким заболеванием. Результаты исследования устойчивости и заключение, сделанные на основе опыта работы с заинтересованными лицами и их родственниками, указывают на то, что усиление защитных факторов может снизить этот риск. На основе этого была разработана многофакторная концепция профилактической работы с детьми родителей с психическими расстройствами и их семей. В данной статье освещается практический опыт специалистов наркологического профиля по оказанию медико-психологической помощи родителям, находящимся под угрозой лишения родительских прав в связи с алкогольной или наркотической зависимостью; отражены вопросы межведомственного взаимодействия с органами и учреждениями системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних.

**Ключевые слова:** несовершеннолетние, родители, психоактивные вещества, профилактики безнадзорности и правонарушений, межведомственное взаимодействие.

## TREATMENT AND PREVENTIVE WORK WITH PARENTS OF MINOR CHILDREN SUFFERING WITH DRUG DISEASES

Vostrokh D.V., Rubtsova O. S.

*Professor N.P. Kokorina Kuzbass Clinical Narcological Dispensary,  
Russia, Kemerovo*

**Abstract.** Children of parents with mental disorders are themselves at increased risk of developing such illnesses. Findings from resilience research and

lessons learned from working with stakeholders and their families indicate that strengthening protective factors can reduce this risk. Based on this, a multifactorial concept of preventive work with children of parents with mental disorders and their families was developed. This article highlights the practical experience of drug treatment specialists in providing medical and psychological assistance to parents who are under threat of deprivation of parental rights due to alcohol or drug addiction; issues of interdepartmental interaction with bodies and institutions of the system for the prevention of neglect and juvenile delinquency are reflected.

**Keywords:** minors, parents, psychoactive substances, prevention of neglect and delinquency, interdepartmental interaction.

В Кемеровской области остается актуальным вопросы безнадзорности и преступности среди несовершеннолетних. Согласно информации Главного управления МВД России по Кемеровской области в 2020 году в Кузбассе на 7,7% возросло количество преступлений, совершенных несовершеннолетними, по сравнению с 2021 годом (с 1 399 до 1 507 случаев). Причинами совершения подростками преступлений названы семейное неблагополучие, в том числе употребление родителями спиртных напитков и наркотических средств, а также недостаточное межведомственное взаимодействие учреждений и организаций системы профилактики безнадзорности несовершеннолетних.

Специалистами региональной наркологической службы с 2015 года разработана и реализуется специальная медико-социальная программа для родителей, находящихся под угрозой лишения родительских прав в связи с алкогольной или наркотической зависимостью «Ребенку Кузбасса – достойное детство!», адаптированная к региональным условиям, с применением современных комплексных методов лечения, включающая в себя фармакотерапию и психотерапевтическое сопровождение (далее – Программа).

Данная Программа направлена на оказание помощи неблагополучным семьям, родители в которых страдают алкоголизмом или наркоманией и

находятся, в связи с этим, под угрозой лишения родительских прав. Это эффективное направление работы, поскольку позволяет пациентам с наркологическими проблемами достаточно быстро отказаться от приема алкоголя или наркотиков, поддерживать трезвый образ жизни, должным образом исполнять свои обязанности по воспитанию своих детей.

Помимо оказания помощи зависимым от алкоголя или наркотиков родителям. Программа включает в себя специальную образовательную часть, в ходе которой регулярно проводятся обучающие семинары для специалистов и сотрудников заинтересованных учреждений, организаций и ведомств системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних («организаций-партнеров»), среди которых – подразделения полиции по делам несовершеннолетних, по выявлению лиц, страдающих зависимостью от алкоголя или наркотиков, и по принципам мотивации их к прохождению лечения и реабилитации.

В ходе реализации Программы специалистами наркологической службы отмечаются формальное отношение сотрудников подразделений по делам несовершеннолетних отделов полиции к проблеме алкоголизации и наркотизации родителей несовершеннолетних. Имеют место случаи формального предоставления информации о выявленных подростках и их родителях (законных представителях), злоупотребляющих алкоголем или допускающих употребление наркотических средств, при этом предоставляются неполные данные, которые содержат только фамилию и инициалы пациентов, без указания полных имен и отчеств, дат рождения, адресов регистрации и проживания, номеров телефонов. Кроме того, указанная информация предоставляется несвоевременно, иногда спустя несколько месяцев с момента выявления фактов ненадлежащего исполнения обязанностей по содержанию, воспитанию, обучению, защите прав и интересов своих детей в связи с употреблением алкоголя или наркотических средств. Такое информирование фактически делает невозможным проведение своевременных и качественных

диагностических, профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий пациентам с наркологическими расстройствами.

В дальнейшем, при неявке родителя (родителей) к психиатру-наркологу специалисты наркологической службы информируют об этом отдел полиции, направившей информацию с просьбой оказания содействия в части дополнительного мотивирования таких граждан к обращению за наркологической помощью. Несмотря на это, со стороны правоохранительных органов никакого содействия наркологической службе не оказывается, в связи с чем причины и условия совершения несовершеннолетними детьми таких родителей правонарушений остаются не устраненными.

Аналогичная ситуация складывается при осуществлении взаимодействия подразделений наркологической службы с муниципальными комиссиями по делам несовершеннолетних и защиты их прав.

Во всех муниципальных образованиях, в каждом районе крупных городов врачи психиатры-наркологи входят в состав комиссий. На заседаниях комиссий врачами психиатрами-наркологами совместно со специалистами центров помощи семье и детям, инспекторами отделов полиции по делам несовершеннолетних, секретарями комиссий проводятся беседы с родителями об организации досуговых занятий несовершеннолетних, о недопущении жестокого обращения с детьми, об ответственности за воспитание несовершеннолетних, о способах выхода из конфликтной ситуации и необходимости тщательного контроля поведения и поступков несовершеннолетних.

Родители, злоупотребляющие алкоголем или замеченные в употреблении наркотических средств и привлеченные по статье 5.35 КРФобАП за неисполнение ненадлежащим образом своих обязанностей по содержанию и воспитанию детей, в ходе заседаний комиссий также направляются к психиатрам-наркологам для проведения им консультативных и, при необходимости, лечебно-реабилитационных мероприятий.

Значительная часть выявленных родителей уклоняется от вмененной комиссией обязанности обращения за медицинской помощью к врачам психиатрам-наркологам, тем самым сохраняются причины и условия совершения несовершеннолетними детьми таких родителей правонарушений. Поддержки и содействия специалистам наркологической службы со стороны комиссий также не оказывается, несмотря на имеющиеся полномочия. В результате наблюдается повторное привлечение родителей к административной ответственности (до 40% случаев), что подтверждает недостаточное межведомственное взаимодействие учреждений и организаций системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних [2].

Согласно требованиям статьи 12 Федерального закона от 07.02.2011 № 3-ФЗ «О полиции», сотрудники полиции обязаны выявлять причины преступлений и административных правонарушений и условия, способствующие их совершению, принимать в пределах своих полномочий меры по их устранению (пункт 4) и участвовать совместно с органами здравоохранения в случаях и порядке, предусмотренных законодательством Российской Федерации, в наблюдении за лицами, страдающими психическими расстройствами, больными алкоголизмом или наркоманией и представляющими опасность для окружающих, в целях предупреждения совершения ими преступлений и административных правонарушений (пункт 35).

В соответствии с требованиями Федерального закона от 24.06.1999 № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» (пункт 1 статьи 4) в систему профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних входят комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав, органы управления социальной защитой населения, федеральные органы государственной власти и органы государственной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющие государственное управление в сфере образования, и органы



местного самоуправления, осуществляющие управление в сфере образования, органы опеки и попечительства, органы по делам молодежи, органы управления здравоохранением, органы службы занятости, органы внутренних дел, учреждения уголовно-исполнительной системы (следственные изоляторы, воспитательные колонии и уголовно-исполнительные инспекции), а согласно пункту 20 этого же закона органы внутренних дел в пределах своей компетенции осуществляют деятельность по предупреждению правонарушений несовершеннолетних в соответствии с законодательством Российской Федерации [1].

В соответствии с подпунктом 1 пункта 2 статьи 11 Федерального закона от 24.06.1999 № 120-ФЗ, комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав в пределах своей компетенции обеспечивают осуществление мер по защите и восстановлению прав и законных интересов несовершеннолетних, защите их от всех форм дискриминации, физического или психического насилия, оскорбления, грубого обращения, сексуальной и иной эксплуатации, выявлению и устранению причин и условий, способствующих безнадзорности, беспризорности, правонарушениям и антиобщественным действиям несовершеннолетних; а в соответствии с подпунктом 5 этого же пункта – применяют меры воздействия в отношении несовершеннолетних, их родителей или иных законных представителей в случаях и порядке, которые предусмотрены законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации.

Согласно статье 15 Федерального закона от 24.06.1999 № 120-ФЗ:

1. общая профилактика правонарушений направлена на выявление и устранение причин, порождающих правонарушения, и условий, способствующих совершению правонарушений или облегчающих их совершение, а также на повышение уровня правовой грамотности и развитие правосознания граждан;

2. индивидуальная профилактика правонарушений направлена на оказание воспитательного воздействия на лиц, указанных в части 2 статьи 24 настоящего Федерального закона, на устранение факторов, отрицательно влияющих на их поведение, а также на оказание помощи лицам, пострадавшим от правонарушений или подверженным риску стать таковыми. Индивидуальная профилактика правонарушений может осуществляться с применением специальных мер профилактики правонарушений.

Таким образом, во исполнение указанных нормативных правовых актов, у комиссий по делам несовершеннолетних и защите их прав, а также у органов внутренних дел, как участников системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, имеются достаточные полномочия для оказания наркологической службе эффективного содействия в части мотивирования родителей (законных представителей), имеющих несовершеннолетних детей, и страдающих наркологическими расстройствами, к обращению за необходимой наркологической помощью.

В настоящее время специалистами наркологической службы Кузбасса с органами и учреждениями системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних разрабатываются алгоритмы межведомственного взаимодействия в части повышения эффективности проводимых профилактических мероприятий с родителями, страдающими алкогольной или наркотической зависимостью, и ненадлежащим образом исполняющими обязанности по содержанию, воспитанию, обучению, защите прав и интересов своих несовершеннолетних детей.

#### **Литература/ References:**

1. Федеральный закон от 24 июня 1999 г. N 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» (с изменениями и дополнениями). Электронный ресурс. – URL.: <https://base.garant.ru/12116087/?ysclid=lt034ymh6u456834873>

2. Любовский В.И. Специальная психология / В.И. Любовский, Е.М. Мастюкова [и др.]; под ред. В.И. Любовского. – М.: Академия, 2016.

**ПСИХОЛОГО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКСНЫЙ  
ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ  
В ОТДЕЛЕНИИ КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ**

Говорова Г. М., Дарсалия О. В., Зорохович И. И.

*ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер  
имени профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово*

**Аннотация.** Целью исследования являлась оценка эффективности психотерапии в комплексном лечении больных бронхиальной астмой (БА) и разработка психотерапевтических схем лечения. Использовались следующие три варианта: неспецифическая десенсибилизация методом нейролингвистического программирования, симптоматическая психотерапия и патогенетическая психотерапия для коррекции психоэмоционального фона. Комплексное лечение было более эффективным, чем медикаментозная терапия без психотерапевтического воздействия, в отношении симптомов нервнопсихического механизма патогенеза БА и клинических признаков при долгосрочном наблюдении. В статье рассмотрены этиология возникновения бронхиальной астмы и психосоматические факторы развития БА.

**Ключевые слова:** бронхиальная астма (БА), нервно-психический стресс, психотерапия.

**PSYCHOLOGICAL AND PSYCHOTHERAPEUTIC  
COMPREHENSIVE APPROACH IN THE TREATMENT  
OF PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA  
IN THE DEPARTMENT OF CRISIS CONDITIONS**

Govorova G. M., Darsalia O. V., Zorohovich I. I.

*Professor N.P. Kokorina Kuzbass Clinical Narcological Dispensary,  
Russia, Kemerovo*

**Abstract.** The purpose of the study was to evaluate the effectiveness of psychotherapy in the complex treatment of patients with bronchial asthma (BA) and to develop psychotherapeutic treatment regimens. The following three options were used: nonspecific desensitization using the method of neurolinguistic programming, symptomatic psychotherapy and pathogenetic psychotherapy to correct the psycho-emotional background. Complex treatment was more effective than drug therapy without psychotherapeutic influence in relation to symptoms of the neuropsychiatric mechanism of AD pathogenesis and clinical signs during long-term follow-up. The article discusses the etiology of bronchial asthma and psychosomatic factors in the development of asthma.

**Keywords:** bronchial asthma (BA), neuropsychic stress, psychotherapy.

Ухудшение окружающей среды и резко возросшее число вредных психологических воздействий привело к увеличению распространенности нервно-психических расстройств и тех соматических заболеваний, в механизмах возникновения которых большую роль играют эмоциональные, то есть психосоматические факторы. В настоящее время признается роль следующих психических факторов в возникновении и развитии психосоматических заболеваний: хронический неконтролируемый стресс, тревога, депрессия, алекситимия, подавленная агрессия. Для некоторых из них выявлены определенные нейрофизиологические и нейромедиаторные корреляты. Рассматриваются так же уровень враждебности и уровень аутоагрессии (или чувство вины).

В современной отечественной и зарубежной литературе широко представлены работы, указывающие на большую частоту нервно-психических расстройств и их роль в развитии и течении бронхиальной астмы. При этом основной акцент делался на изучении феноменологии психических состояний, обусловленных конфликтами, а также психотравмирующих обстоятельств. Большинство психогенетических концепций бронхиальной астмы, выдвинутых

зарубежными авторами, выполнены с психоаналитических позиций. Наиболее интересными из них являются концепции «нуклеарного конфликта» и «специфического отношения», первая из которых принадлежит Ф. Александер, а вторая Н. Миллера.

Авторы указывают на то, что корни развития защитно-приспособительного значения симптома бронхоспазма заключается в особенности ранних отношений матери и больного ребёнка. В нашей культуре такие отношения можно назвать «люблю и ненавижу», когда при сближении отношений мать чувствует раздражение и чувство вины за него, а ребёнок – материнское негодование и отчуждение. Это порождает страх и тревогу, а открытое проявление чувств запрещается матерью («не плачь, перестань кричать») и связано с опасением оттолкнуть её. Блокирование вербального канала коммуникации компенсаторно вызывает развитие телесных коммуникабельных связей, к которым относится и стремление получить одобрение и тёплое отношение матери посредством астматических симптомов.

В дальнейшем эти симптомы становятся для астматика способом манипулирования лицами значительного окружения, а для семей с «тлеющим» невротическим конфликтом, от решения которого они уходят в силу своих невротических черт, способом сохранения семейного «гомеостаза». Физиологический смысл бронхоспазма в результате увеличения уровня тревоги авторы видели в её защитном значении. Они считали, что бронхоспазм – это реакция защиты от угрожающего агента, и такое же значение, но уже с включением более высоких уровней реагирования, несёт в себе симптом тревоги.

Физиологический конфликт при бронхиальной астме имеет своё продолжение в психологическом конфликте, в эмоциональной жизни многих астматиков. Известно, что материнское отвержение играет центральную роль в возникновении нервно-психического механизма патогенеза бронхиальной астмы. Установлено, что в ряде случаев материнское отвержение не только

предшествовало заболеванию ребёнка, но оно предшествовало и его рождению. Причины её отвержения проистекают из её собственной эмоциональной незрелости, неразрешённых проблем, имевших место в её детстве.

Высказывается мнение о том, что бронхиальная астма является своеобразной формой адаптации человека к окружающей среде. При этом в фокусе внимания оказываются как особенности личности больных, условия их воспитания в родительских семьях, так и их собственные семья и характер взаимоотношений в них, оказывающие влияние на развитие и течение астматических симптомов. Под микросоциальной средой при этом понимается и семейная, и производственная, а также любая другая среда, в которой астматический симптом может быть использован в качестве патологической адаптации. Для родительских семей больных бронхиальной астмой с нервно-психическим механизмом патогенеза характерно преобладание ригидной иерархизированной структуры.

Родители больных часто обладают контрастными личностными чертами, обуславливающими и их семейные позиции; выражено доминирующая роль властной матери, принимающей большую часть семейных решений, сочетается с зависимо-подчинённой позицией отца. Подобная инертность, негибкость правил функционирования семьи обуславливает пониженную толерантность семьи к стрессам, особенно в кризисных ситуациях, требующих разумного изменения семейного функционирования, пересмотра семейных ролей, прав и обязанностей членов семьи. Согласно клинико-психологическим исследованиям, в поддержании этого ригидного стереотипа взаимодействия в семьях важная роль принадлежит астматическим симптомам больного, особенно провоцируемым по шунтовому механизму. Подобный стереотип избегания конфронтации с конфликтами, поддержанием которого является условием реализации привычных форм психологической защиты членов семьи, способствует частому проявлению астматических симптомов, хронизации заболевания.

О нервно-психическом механизме патогенеза бронхиальной астмы говорят в том случае, когда нервно-психические факторы способствуют провокации и фиксации астматических симптомов, тесно вплетаются в патогенез заболевания, приводят к усугублению биологического дефекта. Выделяют четыре варианта нервно-психического механизма патогенеза бронхиальной астмы: невротеноподобный, истероподобный, психостеноподобный, смешанный (шунтовой).

Для каждого варианта свойственны внутри- и межличностные невротические конфликты. Внешние проявления зависят от личностных особенностей пациентов, варианта поведения, которое санкционируется в данной микросоциальной среде и служит целям адаптации пациентов. Начало формирования нервно-психического механизма патогенеза бронхиальной астмы наблюдается и у больных в состоянии предастмы. При сочетании актуализации невротического конфликта и обострения респираторной патологии психоэмоциональное напряжение канализируется по соматическому пути. И хотя на окружающих ещё не производит должного «впечатления» дыхательный дискомфорт, хрипы, надсадный кашель, но уже формируется обстановка повышенного внимания, заботы и исключительности роли больного, столь желаемые инфантильными, зависимыми, но с высоким уровнем притязаний к окружению, истероидами.

Личностные особенности и невротические нарушения, а также неадекватные личностные реакции на заболевание (тревожно-депрессивные, фобические, анозогностические, псевдоанозогностические истерические, ипохондрические) определяют деструктивные формы поведения больных, которые затем трансформируются в поведенческие стереотипы, облегчающие развитие астматических симптомов по нервно-психическому механизму.

С учетом актуальности комплексного лечения данного заболевания в отделении кризисных состояний было пролечено 18 пациентов, женщины в возрасте от 28 до 64 лет. Для оценки психического состояния и выявления



личностных особенностей больных перед началом лечения проводилась психодиагностическое обследование. Были применены следующие методики психодиагностики:

1. Опросник ММРІ, с целью оценки психического состояния, реагирования на стрессовую ситуацию и понимания личностных основ клинического синдрома.

2. Личностный опросник Бехтеровского института (ЛОБИ) который дает оценку степени влияния болезни на личностный статус больного бронхиальной астмой, исходя из понимания того, что углубление негативной установки на болезнь затрудняет проведение психотерапии.

3. Метод диагностики межличностных отношений (ДМО), который представляет собой модифицированный вариант интерперсональной диагностики Т. Лири. Методика позволяет описывать особенности психосоциального реагирования исходя из психофизиологических особенностей личности больного бронхиальной астмой.

У пациентов с бронхиальной астмой, находящихся на лечении в ОКС, преобладали высокие показатели 1-й шкалы, 2, 3 и 7 шкал. Показатели 1 шкалы в структуре невротической триады свидетельствовали о наличии механизма защиты по типу «бегства в болезнь», при этом болезнь являлась ширмой, маскирующей стремление переложить ответственность за существующие проблемы на окружающих - единственным социально приемлемым способом оправдания своей пассивности.

При показателях 1-й шкалы, которые превалировали над 3-й, выявилось пассивное отношение к конфликту, уход от решения проблем, эгоцентричность, маскируемая декларацией гиперсоциальных установок. Эти пациенты, страдали в детстве от недостатка эмоционального тепла со стороны близких, и лишь в периоды, связанные с какой-либо болезнью, их окружали вниманием, что способствовало закреплению механизма, защиты от проблем «бегством в болезнь». Наличие такого механизма защиты, свидетельствует об

эмоциональной незрелости, что особенно явно в структуре переживаний невротической личности, когда компенсирующая роль защитного механизма перерастает в устойчивый неконструктивный стиль переживания, снижающий уровень свободноплавающей тревоги, но оставляющий достаточно выраженной эмоциональную напряженность.

В поведении пациентов данного типа борьба с болезнью трансформировалась, по сути дела, в борьбу за право считаться больным, так как статус больного для них (как правило - неосознанно) представляет собой нечто вроде алиби по отношению к чувству вины за недостаточную социальную активность. Отсюда нередко возникающее отношение к своему заболеванию, т. е. стремление быть более социально защищенным и поддерживаемым в качестве хронически больного со стороны различных общественных институтов (лечебных, профсоюзных, социального обеспечения) или членов семьи.

Повышение по 2-й шкале выявляло подавленность, повышенную утомляемость, снижение активности. Высокие показатели 3 шкалы указывали на эмоциональную лабильность, склонность к выраженным вегетативным реакциям в ситуации стресса. Им характерны защитные механизмы, проявляющиеся вытеснением из сознания той негативной информации, которая является конфликтогенной или наносит урон репутации личности, субъективному образу собственного «Я» и трансформация психологической тревоги на организменном (биологическом) уровне в функциональные нарушения. Эти механизмы, дополняя друг друга, создали почву для психосоматических расстройств. Сочетание высоких показателей 7 шкалы и 1 шкалы свидетельствовало о соматизации тревоги, преобладании тревожно - мнительных черт личности.

Данные ДМО подтверждают выявленные особенности в социальной сфере. Проводя параллель между некоторыми клиническими особенностями состояния больных бронхиальной астмой и показателями ДМО, можно сделать

вывод о соответствии показателей тем аспектам поведения, которые сказываются на межличностных отношениях. Обнаружена выраженная тенденция к фиксации неприятных соматических ощущений и склонность к болезненной сосредоточенности на своем здоровье, к жалости по отношению к самому себе. Невротическая «зажатость» и выраженная ориентация на общепринятые нормы поведения вследствие подавленной самоактуализации и агрессивности, компенсаторно проявляются в догматизме и мелочной тирании в узком кругу контактов. Для таких больных характерен психосоматический (биологический) способ защиты с уходом в болезнь.

По данным ЛОБИ больные бронхиальной астмой реагировали на болезнь эгоцентрически, ипохондрически, таким образом, используют болезнь как средство социального общения, получения внимания, внутреннее переживание.

По данным комплексной диагностики у больных бронхиальной астмой ведущими патopsихологическими синдромами выступают ипохондрия, депрессия, истерия и психастения, то есть обнаруживается полный спектр невротических синдромов. При этом у больных резко снижены проявления психопатических черт личности, что говорит о пассивной реакции на заболевание, его удержании за счет подавления индивидуальной активности и ориентации на социальные нормы.

Невротическая «зажатость» и выраженная ориентация на общепринятые нормы поведения выступают как гиперкомпенсация подавленной самоактуализации и агрессивности, проявляющейся в догматизме и мелочной тиранией в узком кругу контактов, что находит свое выражение в показателях межличностных отношений. Эти характеристики особенно ярко проявляются в ситуации болезни, выступая как индивидуальные механизмы ее переживания. Для них характерен психосоматический (биологический) способ защиты с уходом в болезнь. В этой ситуации низкая мотивация, присущая этим людям, подтверждает ситуацию ухода, а болезнь используется для стимулирования

внутренних переживаний, наполненности внутреннего мира, не развитого преморбидно.

Невротическая нестабильность, истощенность, присущая этим больным, может являться следствием патологического соматического процесса, но, учитывая вышеперечисленные показатели по данным других методик, их устойчивость и комплексность проявлений, можно сделать вывод о предпосылках такого рода в развитии бронхиальной астмы, их включении в преморбидную личность больного. Исходно неадекватные личностные реакции на заболевание определяют деструктивные формы поведения больных, которые затем трансформируются в поведенческие стереотипы, облегчающие развитие астматических симптомов по нервно-психическому механизму.

В диагностике мотивации у больных обнаружилось низкие показатели всех мотиваторов социальной активности (достижение успеха, потребность в аффилиации, стремление к власти) и преобладание мотивации на неудачу.

Таким образом, мотивационная сфера больных характеризуется негативной установкой на болезнь, низкой внутренней стимуляцией, что косвенно поддерживается социальным проявлением бронхиальной астмой для привлечения внимания, стимуляции извне внутренних переживаний.

Показания к психотерапии определялись на разных уровнях (социальном, психологическом, биологическом), воздействовать на возможные проявления тех синдромов, коррекция которых возможна с помощью психотерапии.

**Целью нашего исследования** являлось определение показаний к психотерапии на основе системного биопсихосоциального подхода с изучением особенностей психофизиологического реагирования личности больного бронхиальной астмой на болезнь; изучением психологических особенностей личности; изучением социальных особенностей больных бронхиальной астмы с учетом разработки новых поведенческих элементов в процессе психотерапии болезни. На основе полученных данных были сформулированы задачи психотерапии.

Основными целями психотерапии являлись – воспитание гибкости, умение находить новые, эффективные стратегии поведения; накапливать и рационально использовать энергетические ресурсы; изыскивать, сохранять и развивать ресурсные состояния, обеспечивать активность, умение позитивно мыслить.

Психотерапия пациентов с бронхиальной астмой проводилась в индивидуальной и групповой форме ежедневно, 5 раз в неделю в течении месяца.

**Использовались разные направления психотерапии:**

- аутогенная тренировка с дыхательной гимнастикой, с целью снижения психоэмоционального напряжения, повышения жизненного тонуса и работоспособности, овладения навыками саморегуляции, повышения функциональной возможности дыхательного аппарата больного.

- гипносуггестивной психотерапии с целью воздействия на психопатологические нарушения – страх, астению, депрессию, ипохондрию.

- когнитивно-поведенческая терапия для формирования правильных взглядов на свое заболевание, изменение жизненной позиции пациента, выработки умения преодолевать жизненные трудности, снижать психоэмоциональное напряжение в конфликтной ситуации.

Так же проводилась семейная психотерапия с целью нормализации семейного климата, выработки правильного отношения членов семьи к больному.

Результаты психотерапии отслеживались в динамике. При повторном проведении психодиагностического обследования у 11 пациентов с бронхиальной астмой снизились показатели шкал тревоги и депрессии, у 7 пациентов изменились результаты 1 шкалы – повысилась активность, продуктивность, снизилась невротическая фиксация на своем соматическом состоянии. Важным показателем для большинства пациентов явилось изменения стиля эмоционального реагирования, повышение толерантности к

стрессу. Изменились поведенческие стереотипы – пациенты научились выражать свои эмоции, говорить о своих чувствах и пожеланиях. Таким образом, можно сделать вывод об эффективности психотерапии бронхиальной астмы с учетом снижения ипохондричности, эмоциональной нестабильности, невротической зажатости, повышения самооценки, активности и продуктивности.

Исходя из полученных данных, можно говорить о том, что психотерапия стала эффективным компонентом лечения на всех этапах терапии пациентов с бронхиальной астмой.

#### **Литература/ References:**

1. Бехтерев В.М. Гипноз. Внушение. Телепатия. - М.: Мысль, 1994. 54С.
2. Болезни органов дыхания. / Под ред. Н.Р. Палеева. - М.: Медицина, 1989. 186 с.
3. Бронхиальная астма, диагностика клинико-патогенетических вариантов. - / Сост. Б.М. Услонцев.- М. 1988. 148С.
4. Зейгарник Б.В. Патопсихология. - М.: МГУ, 1986. 288с.
5. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. - Л.: Медицина, 1984. 272с.
6. Кондрашенко В.Т., Донской Д.И. Общая психотерапия: - 3-е изд., испр. и допл. - Мн.: Выш.шк., 1998. 463с.
7. Куприянов С.Ю. Семейная психотерапия больных бронхиальной астмой. - В кн.: Психогигиена и психопрофилактика./ Под ред. В.К. Мягер.- Л., 1983. С.76-84.
8. Основные направления современной психотерапии. / Под ред. А.М. Боковой.- М.: «Когито-центр», 2000. 379с.
9. Психотерапия. / Под ред. Б.Д. Карвасарского. - СПб. Изд-во «Питер», 2000. 544С.
10. Собчик Л.Н. Диагностика индивидуально-типологических свойств и межличностных отношений, Речь, 2003. 93 с.

## ПЕРЕЖИВАНИЕ СЕМЬЕЙ НОРМАТИВНОГО КРИЗИСА РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА

Головня С. В.

*Кафедра психологии*

*УО «Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина»*

*Республика Беларусь, г. Брест*

**Аннотация.** В данной статье рассмотрены ключевые характеристики переживания семьей нормативного кризиса рождения ребенка. Детально раскрыты функциональные и структурные элементы кризисов, а также их разновидности. Приведены примеры классических семейных кризисов. При этом определены нормативные и ненормативные варианты развития семейных взаимоотношений ввиду рождения ребенка, а также указаны конкретные стратегии по оптимальному преодолению данной кризисной ситуации.

**Ключевые слова:** семья, кризис, семейные кризисы, ребенок, супруги.

## THE FAMILY'S EXPERIENCE OF THE REGULATORY CRISIS OF CHILDBIRTH

Golovnya S. V.

*Department of Psychology*

*A.S. Pushkin Brest State University, Republic of Belarus, Brest*

**Abstract.** This article discusses the key characteristics of a family experiencing a regulatory crisis in the birth of a child. The functional and structural elements of crises, as well as their varieties, are disclosed in detail. Examples of classic family crises are given. At the same time, normative and non-normative options for the development of family relationships due to the birth of a child were identified, as well as specific strategies for the optimal overcoming of this crisis situation.

**Keywords:** family, crisis, family crises, child, spouses.



Семьи, как и человечество, рождаются, развиваются, взрослеют, а иногда их интенсивная динамика прерывается гибелью, – т. е. разводом. Как сказал великий классик русской литературы Л. Н. Толстой, все счастливые семьи одинаковы, а каждая несчастливая семья по-своему несчастна. В жизненном цикле любой микроиерархии можно выделить типичные или же нормативные кризисы, связанные с характером развития отношений. Кризисы семейной жизни – одна из нормальных составляющих в рамках развития абсолютно любой общности [9].

В первую очередь, немаловажно упомянуть ряд вариантов интерпретации кризиса. По В. Франклу, он характеризует состояние, вызванное стоящей перед индивидуумом проблемой, в которой нет выхода, и он не имеет возможности разрешить ее в короткие сроки обычными средствами. Кризис создает фрустрацию осмысленности дальнейшей жизни человека. Согласно концепции Ф. Э. Василюка, кризис делает невозможным осуществление жизненных планов, а последствием переживания этой невозможности является: «метаморфоза личности, перерождение ее, принятие нового замысла жизни, новых ценностей, новой жизненной стратегии, нового образа Я» [4, С.10]. Человек в описываемом состоянии не может оставаться прежним и объективно оценивать актуальный травматический опыт с точки зрения знакомых шаблонных категорий и адаптивных «укоренившихся» паттернов.

Как правило, в кризисе, выделяются две стороны:

- 1) несет за собой вероятную опасность для личностного роста;
- 2) содержит потенциал личностного роста.

Основным содержанием становится восстановление депривированной субъектности личности (Л. Г. Лысюк, А. В. Лянцевич). Кризисная жизненная ситуация,

во-первых, создает специфические условия для проявления субъектности человека: он внезапно обнаруживает свою незначимость, уязвимость и зависимость от обстоятельств;

во-вторых, потрясает основы мировоззрения человека, разрушает устойчивые, сформированные в течение жизни убеждения о ней и ее закономерностях, о своем месте и роли в жизни, он сталкивается с невозможностью преодолеть трудности известными и привычными ему способами и обнаруживает свою беспомощность;

в-третьих, оказывается ситуацией депривации субъектности как ситуации невозможности жить и реализовывать внутренние потребности собственной жизни (Ф. Е. Василюк).

Совладание с кризисным состоянием, следовательно, является конкретной активностью, в ходе которой происходит восстановление субъектности человека [12].

Необходимыми условиями «реабилитации» субъектности в кризисных ситуациях являются удовлетворение базовых потребностей человека в безопасности, наличие ресурсов социальной поддержки, переосмысление человеком своего индивидуального восприятия реальности окружающего мира, подтверждение значимости, ценности и эффективности при взаимодействии с событием. Посткризисный рост личности рассматривается как возможный результат совладания, что выражается, в частности, в изменениях ценностно-смысловой сферы [3].

В кризисной психологии достаточно популярна следующая классификация кризисов:

1. Кризисы развития (кризисы перемен) – реакция на нормативные события в ходе жизни и развития человека, которые приводят к резкой перемене содержания жизни, положения человека и социальных функций (рождение ребенка, завершение обучения, эмиграция, смена профессиональной сферы, выход на пенсию и др.).

2. Кризисы экзистенциальные – внутренние конфликты и тревоги человека, связанные с вопросами осмысленности и целенаправленности жизни, своей реализованности, свободы, обязательств и ответственности (переоценка

системы ценностей и стиля жизни, сведение «баланса» жизненных достижений и притязаний, осознание упущенных возможностей, ощущение бессмысленности жизни и невосполнимой пустоты и пр.).

3. Ситуационные кризисы – спровоцированные непредвиденными и выходящими из-под контроля событиями (потеря работы, развод, несчастный случай, изнасилование, серьезная болезнь и пр.).

4. Средовые кризисы – втягивающие человека или группы людей в природные или антропогенные катастрофы (биологические, политические, экономические), разрушительные последствия касаются большого количества людей [11].

К сожалению, на сегодняшний день наш социум претерпевает ряд социально-экономических коллапсов. При этом семья как ячейка являет взаимодействие индивида и общественности, предопределяет ключевой вектор их устремлений и нужд. Именно она выступает для индивида преамбулой в формировании представлений о жизненных ценностях, знаний и бытийных эталонов поведения, навыков взаимодействия с другими социальными субъектами. Атмосфера в семье и личный пример родителей равноценно влияют на выработку у ребенка умения различать справедливость и несправедливость, добро и зло и пр. Соответственно, он станет личностью лишь в том случае, когда получит требуемый пласт минимального общения в семье как микроиерархии [8].

Известный детский психолог Ю. Б. Гиппенрейтер рассматривает семью в качестве базового источника обретения первичного механизма развития личности, именуемого как идентификация с близким взрослым: «большая роль в передаче «личностного» опыта, таким образом, принадлежит косвенным влияниям – через личный пример, «заражение», подражание» [6, С. 169].

Л. Б. Шнейдер отмечает следующую основополагающую мысль: «сегодня семья находится в условиях глобализации, ведущей к размыванию общественных приоритетов, обуславливающей распад идентификационных

общностей, каковыми всегда были семья, Родина, общество, культура в целом» [18, С. 230]. По ее мнению, это и выступает значительным препятствием для возвращения семьи как константного психолого-педагогического явления.

Но Ю. И. Алешина, В. Н. Дружинин, А. С. Спиваковская и Э. Г. Эйдемиллер опровергают такую позицию. И, в свою очередь, аргументируют тем, что, невзирая на обусловленные эволюцией общества трансформации, семья все же смогла сохраниться как классический социальный институт. Одновременно, они подчеркивают, что неизбежные вариации не остались в стороне. И все же на современном этапе интеграция семьи и общества достаточно сильно ослабла. Это позволяет интерпретировать феномен «семья» как институт, задающий вектор качественных изменений социальной общности. Следовательно, незыблемое познавательное пространство, связанное с данным явлением, к сожалению, не сложилось [14].

Семейную систему целесообразно рассматривать как единое целое со специфическими характеристиками динамики, структуры и функций. Количество кризисов в семейных отношениях становится гораздо больше, причины конфликтов фактически не изменились, и каждый новый союз проходит идентичные этапы:

- 1) возникновение – стадия, условно обозначаемая как «предсемейная»;
- 2) «возвращение» (формирование единого душевного и психологического мира);
- 3) взросление ребенка (детей) и эмансипация поколений;
- 4) «разлучение» детей и родителей [17].

Структурно всякая нуклеарная семья содержит четыре основные группы подсистем. Первая состоит из отдельных индивидуумов, т. е. ее членов. Вторая формируется супружеской парой муж-жена. Третья – сиблингами. Четвертая представлена диадой родитель-ребенок. Каждой подсистеме присущи определенные потребности, ожидания и границы [2]. Вполне логично, что хорошо сбалансированная семейная система может удовлетворить потребности

всех своих подразделений. Кроме того, семье предстоит взаимодействовать с различными элементами «надсистемы»: друзья, соседи, представители иных социальных институтов и прочими элементами.

Функции семьи тесно коррелируют с развитием структурной организации. Особенности образа жизни влияют не только на общение между ее членами, но и на характер их взаимоотношений с внешней средой. Выделяют два основных аспекта функционирования. Одним из них являются фактические обязанности, делегируемые социальной средой. Поведенческие явления и процессы, возникающие в семье – другая сторона. Таким образом, основными функциями, которые возлагаются на всех членов семьи без исключения, выступают следующие: духовная, эмоциональная, сексуально-эротическая, хозяйственно-бытовая, репродуктивная, воспитательная, социализирующая, интегрирующая, ролевая, персоналистическая, защитная, здоровье сберегающая, реабилитационная, психотерапевтическая [10].

Семейный кризис – это состояние системы, характеризующееся нарушением постоянства среды, приводящее к фрустрированности ее нормальной работы и неспособности актуализации прежних моделей поведения для преодоления возникающего спектра проблем [15].

В семейном кризисе можно выделить два направления, по которым он может развиваться далее:

1. Конструктивное. Оно включает в себя возможность перехода семьи на новый уровень развития.
2. Деструктивное, в свою очередь, ведет к нарушению семейных уз, содержит опасность для их дальнейшего существования.

Выделяют типичные семейные кризисы, которые в психологии относят к рангу нормативных. Через них проходят абсолютно все микрогруппы без исключения. Кризисом является, прежде всего, сам факт образования семьи [10]. Это имеет осложнения, когда перед свадьбой был затяжной «букетно-конфетный период», во время которого люди склонны видеть друг друга сквозь

розовые очки. И он не был успешно преодолен. Брак изменяет не только образ жизни, но и социальный статус.

Согласно Э. Эриксону, смена фамилии может привести к «кризису идентичности» у женщин [20]. Подвергается вариациям характер жизни, появляются новые родственники, к которым необходимо адаптироваться. Меняются даже гастрономические предпочтения супругов. Этот период активного привыкания супругов друг к другу длится в течение первого года совместного бытия. И, в конце концов, неизбежно наступает кризис. За данное время супруги уже «притираются» друг к другу, зарождается желание выйти из положения с полным пониманием своей зоны ответственности. Но, к сожалению, может произойти и наоборот. Статистические данные гласят, что, как правило, пик разводов приходится именно на первый год совместной жизни [5].

Рассматриваемый цикл может усугубляться модификацией в самосознании образа партнера, снижением его психологического статуса. Если же он или она казались «лучшими» или же «самыми-самыми» в начале семейной жизни, вскоре наступает момент в долгой динамике отношений, когда всплывают на поверхность недостатки любимого человека. Семейная жизнь подобна маятнику, отклоняющемуся в начале жизни к положительному полюсу, а затем внезапно устремляющемуся к отрицательному. То есть некий контраст, создающий яркие и множественные всплески-падения [9].

Рождение первенца – очередной крупный «барьер» для молодых семей. Супругам необходимо вновь перестраивать свои отношения, потому что по-старому они попросту не могут функционировать в затрудненных условиях жизнедеятельности [1].

На значимость данного события указывали многочисленные социологи и психологи, исследования которых охватили проблематику семейных отношений (Р. Ричардсон, М. С. Мацковский, И. Ф. Гребенников, А. Г. Харчев,

Т. М. Трапезникова, В. А. Сысенко, Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкис и др.).

Рассмотрим, какие изменения приносит рождение первого ребенка:

1. Идентификационные и внутрисемейные личностные аспекты.
2. Перераспределение ролей и смена супружеских отношений.
3. Роли и взаимоотношения вне семьи [19].

Очень важно переструктурировать роли женщин, как жен, так и матерей; мужчин как мужей, так и отцов. Если получится восстановить отношения, таким образом, проблем с высокой вероятностью будет меньше. Когда женщина забывает о своих обязанностях и старается выполнять только материнские функции, то супружеские отношения могут сильно пострадать. В этом случае семейный кризис принимает более серьезную форму и отражается на функционировании молодых членов семьи. Лишь гармонично сочетая собственные роли (и родительские, и супружеские), реально пройти через указанный период быстро и безболезненно. Следовательно, кризисы молодой семьи зачастую связаны с эмоционально-волевой сферой. Эмоциональный комфорт очень важен для отношений пары и для их личностного роста. Эмоциональные связи могут быть положительными или отрицательными.

Положительные – оптимальные чувства и эмоции, отрицательные – характер переживаний негативной окраски. Исходя из этого, период ожидания ребенка характеризуется динамичными изменениями психоэмоционального состояния женщины [7].

Н. А. Парманова концептуализирует теоретические взгляды клинической психологии семьи и необходимость изучения психологических особенностей послеродового периода как ситуации повышенного риска развития структурно-функционального и ролевого рассогласования. В условиях рождения ребенка семья переходит на новый этап жизненного цикла и неизбежно переживает одновременно два нормативных семейных кризиса («ожидание» ребенка и, непосредственно, уже с новорожденным) [16].



Осложнения на этих стадиях кризиса приводят к системной дисфункции, расстройствам адаптации, ухудшению физического и психического здоровья матерей и других членов. Выраженное негативное эмоциональное состояние женщины в послеродовом периоде может сказаться на функционировании семьи и уже представляет собой ненормативный вариант семейного кризиса. Согласно теории диадических отношений в семейных системах, перинатальный период может быть затруднительным, поскольку двусторонние отношения переходят от континуума «беременность и пренейт» к рангу «мать-ребенок». Специфичность послеродового периода особым образом определяется процессом кормления и ухода за ребенком. Отказ матери от грудного вскармливания, нарушение процесса лактации, например, искусственное или же по состоянию здоровья ребенка и женщины, приводят к ухудшениям в развитии ребенка и непосредственно психоэмоционального состояния обоих субъектов. Исследования роли грудного вскармливания послеродового периода выявили устойчивую взаимосвязь между процессом лактации и стабильностью эмоционального фона, снижением тревожности, позитивным отношением к ребенку как ключевым этапом онтогенеза материнства [13].

Согласно биопсихосоциальным подходам не вызывает сомнения наличие устойчивой связи между психическим и физиологическим состояниями во время беременности и в послеродовом периоде. Низкая степень субъективной оценки собственного здоровья и состояния, неудовлетворительное самочувствие, астения, нарушение циклов сна и бодрствования, потребность в быстрой адаптации и мобилизации сил после родов, опредмечивают потребность в качественном оказании профессиональной психологической поддержки и сопровождения. Заостренное внимание женщины к своим телесным ощущениям в послеродовом периоде обусловлено своеобразием опыта, сформированного во время беременности, родов, лактации, дальнейшего воспитания и тесно связано с осознанием своих эмоций и чувств в первые месяцы после рождения ребенка [16].

### Литература / References:

1. Андреева, Т. В. Психология семьи / Т. В. Андреева. - СПб. : Речь, 2007. 384 с.
2. Боуэн, М. Теория семейных систем / М. Боуэн. - М. : Эксмо, 2005. 496 с.
3. Василюк, Ф. Е. Пережить горе / Ф. Е. Василюк // О человеческом в человеке : сборник / под ред. И. Т. Фролова.- М. : Политиздат, 1991. С. 230–247.
4. Василюк, Ф. Е. Психология переживания / Ф. Е. Василюк. - М. : Изд-во Моск. ун-та, 1984. 200 с.
5. Ветрила, Т. Г. Психологические факторы успешного функционирования семьи / Т. Г. Ветрила // Психотерапия, клиническая психология и психоанализ. 2015. № 4 (73). Т. 19. С. 35–40.
6. Гиппенрейтер, Ю. Б. Введение в общую психологию : курс лекций / Ю. Б. Гиппенрейтер. - М. : ЧеРо, 2000. 336 с.
7. Джавадова, Р. Т. Кризис семьи в период ожидания первого ребенка / Р. Т. Джавадова // Norwegian Journal of development of the International Science. 2021. № 69. С. 53–55.
8. Жданова, Л. У. Взаимодействие школы и семьи / Л. У. Жданова, Н. Ю. Машутина, Т. А. Сергеева // Science Time. 2018. № 3 (3). С. 171–173.
9. Кадырова, М. Ш. Кризисы семейной жизни / М. Ш. Кадырова // Мировая наука. 2019. № 5 (26). С. 335–339.
10. Кришталь, В. В. Системный подход к диагностике, психотерапии и психопрофилактике нарушения здоровья семьи / В. В. Кришталь, И. А. Семенкина // Международный медицинский журнал. 2000. № 1. Т. 6. С. 11–15.
11. Лянцевич, А. В. Кризисная психология : учеб.-метод. комплекс / А. В. Лянцевич; Брест гоС. ун-т им. А. С. Пушкина. – 2-е изд., стер. - Брест : БрГУ, 2015. 150 с.
12. Лянцевич, А. В. Субъектность в кризисе : депривация и восстановление / А. В. Лянцевич // Развитие самосознания в онтогенезе : сб.

науч. ст. / Брест. гос. ун-т им. А. С. Пушкина ; под общ. ред. проф. Л. Г. Лысюк. - Брест : БрГУ, 2014. С. 144–158.

13. Мухамедрахимов, Р. Ж. Мать и младенец : психологическое взаимодействие / Р. Ж. Мухамедрахимов.- СПб. : СПбГУ, 2001. 288 с.

14. Овчарова, Р. В. Родительство как психологический феномен / Р. В. Овчарова. -М. : МПСУ, 2006. 496 с.

15. Олифович, Н. И. Психология семейных кризисов / Н. И. Олифович, Т. А. Зинкевич-Куземкина, Т. Ф. Велента. - СПб. : Речь, 2006. 360 с.

16. Парманова, Н. А. Психологические особенности родов и послеродового периода / Н. А. Парманова // Scientific Journal Impact Factor. 2021. № 1 (8). С. 279–287.

17. Прохорова, О. Г. Основы психологии семьи и семейного консультирования : учебное пособие для вузов / О. Г. Прохорова. – 2-е изд., испр. и доп.- М. : Юрайт, 2023. – 234 с.

18. Шнейдер, Л. Б. Психология семейных отношений. Курс лекций / Л. Б. Шнейдер. -М. : ЭКСМО-Пресс, 2000. 512 с.

19. Эйдемиллер, Э. Г. Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкий. - СПб. : Питер, 1999. 656 с.

20. Эрикссон, Э. Детство и общество / Э. Эрикссон.- СПб. : Речь, 2000. 416 с.

## ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИЧНОСТИ СЕРИЙНЫХ УБИЙЦ

Григорьева Н. И.

*Кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии  
ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Россия, г. Новосибирск*

**Аннотация.** В данной статье проводится анализ психопатологии лиц, совершающих серийные убийства. Дано определение, кто такие «серийные убийцы». Предприняты попытки объяснения возможных причин и факторов

риска становления серийными убийцами, проанализирована статистика психических расстройств у данных лиц. Также приведена подробная типология и классификация «серийников», и составлен психологический портрет маньяка-убийцы.

**Ключевые слова:** серийные убийцы, маньяки, психические расстройства у серийных убийц, психологический портрет, как вычислить серийного убийцу в толпе, маньяками рождаются или становятся.

## PSYCHOLOGICAL AND PSYCHIATRIC ANALYSIS OF THE PERSONALITY OF SERIAL KILLERS

Grigorieva N. I.

*Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology  
Novosibirsk State Medical University, Russia, Novosibirsk*

**Abstract.** In this article analyzes the psychopathology of individuals who commit serial murders. It is defined who are «serial killers». The probable causes and risk factors for becoming serial killers are explained. There is also an analysis of statistics of mental disorders in these persons. In addition, here is a sorting of serial killers and a psychological portrait of a serial murder.

**Keywords:** serial killers, phrenetics, mental disorders of serial killers, a psychological portrait, how to spot a serial killer in a crowd, phrenetics are born or become.

### Введение

Серийные убийцы – один из самых загадочных и ужасающих феноменов, вызывающий неподдельный интерес у психологов, психиатров, криминалистов, правоохранительных органов и простых обывателей. Термин серийный убийца был введён американским криминалистом, агентом ФБР, Робертом Ресслером в 1970 году. В России его стали применять только с 1990 года. Серийными убийцами называют тех преступников, которые совершили 3 и более убийств за

срок более 1 месяца с последующими периодами эмоционального охлаждения, при чём мотивацией этих убийств было достижение психологического удовлетворения.

Периоды эмоционального охлаждения являются отличительной особенностью убийц-серийников, совершающих множественные убийства [4, С. 11]. С каждым годом число серийных убийц неуклонно растёт. Это свидетельствует о том, что данные преступления не теряют своей актуальности и требуют повышенного внимания со стороны социума. В том числе возлагается большая ответственность на специалистов, стоящих на страже психического здоровья населения, в чьи обязанности входит современная диагностика и лечение психопатологии потенциальных маньяков, а также профилактика подобных явлений.

### **Объекты и методы исследования**

Нами был проведён анализ литературы по психологической криминологии, судебной психиатрии, использованы материалы интервью главного основоположника российской криминальной психиатрии – доктора медицинских наук, профессора А.О. Бухановского, а также изучены биографии наиболее известных серийных убийц. Была предпринята попытка составления психологического портрета среднестатистического серийного маньяка-убийцы. В ходе работы использовались следующие методики: описательный, биографический методы, анализ, обобщение и систематизация данных.

### **Результаты и их обсуждение**

Склонность к садизму определяется рядом генов. Во-первых, существует ген MAOA, кодирующий фермент моноаминоксидазу А, ответственный за регуляцию количества дофамина и серотонина в головном мозге. Доказано, что отсутствие или ослабление гена MAOA повышает риск физической агрессии и антисоциального поведения у взрослых [7]. Известно, что наследование данного гена происходит по X-сцепленному типу. Это объясняет то, что среди серийных убийц больше мужчин, чем женщин. Второй по важности ген,

предрасполагающий к совершению преступлений это ген CDH13, который отвечает за формирование нейронных связей в мозге. Обладатели обеих аномалий в этих генах являются потенциальными маньяками.

Помимо генетических особенностей, данные лица отличаются от обычных людей некоторыми нейробиологическими признаками. Считается, что мозг убийцы имеет специфическое строение. Команда доктора медицинских наук, профессора А.О. Бухановского, проводя посмертное исследование головного мозга некоторых советских и российских серийных убийц, выявила некоторые отличительные особенности: уменьшение объема серого вещества в передней роstralной префронтальной коре и переднем конце височной доли, нарушение нейронных связей между вентромедиальной префронтальной корой и миндалевидным телом, резкое увеличение желудочков мозга, решетчатой и лобной костей из-за уменьшения объема вещества мозга [6]. Однако не каждый преступник имеет этот набор черт. Также не все, у кого можно обнаружить их, являются убийцами.

Определяющую роль в становлении серийного убийцы играют социальные факторы. Психологическое напряжение, деструктивное окружение, асексуальное воспитание, эмоциональное отвержение и насилие в семье – всё это значительно повышает риски.

В своём становлении маньяк проходит несколько стадий: визионизм (подглядывание), фроттеризм (трение, ощупывание), зоосадизм, сексуальный садизм, гомицидомания (садистское убийство), некрофилия, некросадизм, вампиризм и каннибализм. Гомицидоманию принято считать опаснейшей нехимической аддикцией. Если тяга к убийствам возникла, то избавиться от неё практически невозможно. Вначале у человека возникают фантазии об убийстве, затем формируется физическая зависимость с утратой контроля над навязчивыми мыслями. Далее поведение преступника подчиняется компульсивному влечению, идёт борьба мотивов между совершением убийства и боязнью наказания. В итоге побеждает патологическое влечение. Тогда

происходит нарушение в мотивационно-волевой сфере и круг интересов ограничивается «охотой за жертвами».

Прежде чем начать убивать людей, многие маньяки занимались зоосадизмом: Андрей Чикатило издевался над кошками, а Анатолий Сливко расчленил кроликов. Зоосадизм, пиромания и поздний энурез составляют триаду Макдональда, характеризующую потенциального убийцу. Американский серийный убийца Дэвид Берковиц, известный также по прозвищу «Сын Сэма» был обладателем всех трех признаков. По словам профайлера Джона Дугласа, Берковиц не искал физического контакта с жертвой, сексуальное удовлетворение он получал от стрельбы и пожаров, устроенных им [2, С. 67].

Чаще всего жертвами серийных убийц становятся женщины, старики, дети, гомосексуалисты. Убивая более слабых, преступники самоутверждаются, ощущают свою власть и могущество.

Согласно данным МВД России, наиболее криминогенной группой населения являются лица в возрасте 30-49 лет. Около 20 % убийц страдают органическими заболеваниями центральной нервной системы, остаточными явлениями черепно-мозговых травм, шизофренией, алкоголизмом, умственной отсталостью и личностными расстройствами. Остальные 80 % преступлений совершаются вполне психически здоровыми людьми с садистическими наклонностями [3, С. 158].

Существуют различные подходы к классификации серийных убийц. По предпочтению возрастной принадлежности лиц выделяют педофилов, эфебофилов (предпочитающие подростков), геронтофилов (специализируются на убийствах пожилых) и универсалов. По территориальному признаку подразделяются на локальных и странствующих. «Локальные» убийцы совершают преступления в пределах одной территории. Примером этого типа является «битцевский маньяк» Александр Пичушкин, у которого излюбленным местом убийств был Битцевский лесопарк в Москве. «Странствующие»



маньяки предпочитают переезжать с места на место и совершают свои кровавые расправы на разных территориях.

Примером данного типа является «харизматичный убийца», Теодор Банди. Ещё одной важной типологией является типология по мотиву убийств [4, с. 26].

Первая категория – «властолюбивцы», для них важно утверждение собственного превосходства над жертвой, компенсация комплекса неполноценности. К таковым относился убийца Сергей Головкин, имевший прозвище Фишер.

Вторая категория – «сластолюбивцы» или «гедонисты», совершающие убийства на сексуальной почве. Они, как правило, обладают слабой половой конституцией или страдают эректильной дисфункцией. Ярким представителем этой категории является Андрей Романович Чикатило.

Третья категория – «визионеры», к ним относятся пациенты с параноидной шизофренией, убивающие под влиянием слуховых и зрительных обманов восприятия (Эд Гейн). Четвертая категория – «миссионеры», считающие себя освободителями общества от пороков: они специализируются на убийствах женщин с низкой социальной ответственностью, лиц с нетрадиционной ориентацией, людей определённой национальности. И наконец, последняя категория – каннибалы, убивающие с целью употребления жертвы в пищу (Александр Спесивцев, Николай Джумагалиев).

Поведение серийных убийц или модус операнди носит циклический характер. Всё начинается с фантазий о кровавых расправах, ярких сновидений картин преступления. Далее преступник переходит в фазу stalking, то есть выслеживает свою будущую жертву, и затем похищает её. От похищения до убийства иногда может проходить несколько дней или даже месяцев. После убийства ещё одним важным шагом является размещение трупа. Некоторые убийцы специально оставляют тело жертвы в местах большого скопления людей, давая тем самым знак, чтобы их скорее нашли и остановили. Вскоре

после совершённого преступления наступает период эмоционального охлаждения или депрессия. Часто это бывает связано с тем, что реальные деяния не оправдали ожидаемых результатов. Цикл завершается тем, что для компенсации неудачного убийства, вновь возникают фантазии.

Как было отмечено нами ранее, большинство убийц-серийников имеют органические поражения головного мозга. Эти поражения затрагивают структуры мозга, ответственные за эмпатию. В дополнение к органическому субстрату присоединяется воспитание в деструктивной семье, где не уделяется должного внимания эмоциональному развитию ребёнка. Следовательно, серийным убийцам не доступна эмоциональная эмпатия, они не способны распознавать чувства и эмоции других людей, им очень тяжело выстраивать межличностные отношения. Для компенсации этого недостатка служит когнитивная эмпатия, в результате которой преступник как бы «достраивает» недостающие эмоции и формирует «маску нормальности», которая позволяет ему удачно вписаться в общество [5, С. 215].

Ярко выраженная «маска нормальности» характеризуется тем, что убийца идеально адаптирован в социуме: имеет успешную карьеру, семью и пользуется успехом у противоположного пола (Теодор Банди, Анатолий Сливко). Средне-выраженная «маска нормальности» позволяет быть неприметным, вести жизнь среднестатистического гражданина (Сергей Головкин, Александр Пичушкин). Мало выраженная «маска нормальности», наоборот, выдаёт своего обладателя, подчёркивает его антисоциальные черты. Такие преступники ещё до начала карьеры убийцы имеют судимость за кражи, разбои, распространение наркотиков (Эдмунд Кэмпер, Чарльз Мэнсон).

Серийный преступник отличается от обычного человека, прежде всего, негативным содержанием ценностно-нормативной системы и устойчивыми психологическими особенностями: импульсивностью, агрессивностью, асоциальностью, отчужденностью и плохой социальной приспособляемостью, а также гиперчувствительностью к межличностным отношениям [1, с. 43].

Далее, на основании анализа биографий самых известных серийных убийц мы предприняли попытку составления психологического портрета среднестатистического преступника. В ходе исследования были замечены как общие черты, так и некоторые отличия между российскими и американскими маньяками.

Таблица 1.  
**Психологический портрет российского и американского серийных убийц.**

Признак	Российский серийный убийца	Американский серийный убийца
Пол	Мужской	Мужской
Возраст	18-45 лет	18-45 лет
Личные качества	Неуверенный в себе, с комплексом неполноценности, неприметный	Обаятельный, харизматичный, амбициозный, демонстративный
Интеллект	Ниже среднего, средний	Средний, выше среднего
Профессия	Любая (часто педагоги, врачи, сотрудники правоохранительных органов)	Любая (часто лица без образования или со средне-специальным образованием)
Особенности семьи	Властная мать, отец вытеснен на периферию	Мать на периферии, злоупотребляющий алкоголем отец-тиран
Восприятие обществом	Страх, ненависть	Страх, восхищение, обожание

### Заключение

На появление серийных убийц в нашем обществе оказывают влияние генетические, нейробиологические и социальные факторы, особенно велика роль воспитания. Маньяками становятся не за один день, своё формирование они начинают ещё в детстве, а большая часть убийств совершается в 30-49 лет. Следовательно, мы в силах повлиять на этот феномен. Зачастую серийные убийцы носят «маску нормальности» и беспрепятственно вписываются в социум, а значит, каждому надо быть предельно внимательным и не игнорировать девиантное поведение сограждан. Только 20 % маньяков имеют психические расстройства, среди которых лидируют органическая патология

головного мозга, шизофрения, личностные расстройства в декомпенсации, умственная отсталость и зависимость от психоактивных веществ. Остальные 80 % - условно психически здоровые люди с садистическими наклонностями.

### Литература / References:

1. Антонян Ю.М., Еникеев М.И., Эминов В.Е. Психология преступника и расследования преступлений. - М.: Юристъ, 1996. 336 с.
2. Дуглас Д., Олшейкер М. Как определить серийного убийцу. Из опыта сотрудника ФБР/ пер. с англ. - М.: Алгоритм, 2016. 168 с.
3. Кудрявцев В.Н., Эминов В.Е. Криминология: Учебник.- М.: Норма, 2009. 800 с.
4. Образцов В.А., Богомолова С.Н. Криминалистическая психология: Учеб. пособие для студентов вузов.- М.: Юнити, 2002. 446 С.
5. Cleckley H. The mask of sanity. New American Library, 1982. 285 с.
6. Лечебно-реабилитационный научный центр Бухановского А.О. «Феникс»: интервью Бухановского А.О. для газеты «Версия». 2003. [Электронный ресурс]. – URL: <https://centerphoenix.ru/cherep-manyaka-spetsov-fbr-gotovyat-po-rostovskoj-metodike> (URL: 05.03.2024).
7. Frazzetto G, Di Lorenzo G, Carola V, Proietti L, Sokolowska E, Siracusano A, et al. Early Trauma and Increased Risk for Physical Aggression during Adulthood: The Moderating Role of MAOA Genotype // PLoS ONE: электронный научный журнал. 2007. № 2 (5). [Электронный ресурс]. URL:<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0000486> (URL: 05.03.2024).

## УЧЕБНОЕ ДИАЛОГИЧЕСКОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ КАК СРЕДСТВО ФОРМИРОВАНИЯ ИНОЯЗЫЧНЫХ КОММУНИКАТИВНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ БУДУЩЕГО ВРАЧА

Гукина Л. В.

*Кафедра иностранных языков*

*ФГБОУ «Кемеровский государственный медицинский университет»*

*Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

**Аннотация.** В статье изучаются психолингвистические аспекты диалогической речи и рассматриваются вопросы практического применения технологии диалогового обучения для формирования навыков иноязычного профессионально ориентированного коммуникативного взаимодействия студентов–медиков. Показана вариативность реализации принципов диалогического взаимодействия в обучающих целях.

**Ключевые слова:** иностранный язык, профессионально ориентированное обучение, диалогическая речь, вербальное и невербальное диалогическое взаимодействие.

## EDUCATIONAL DIALOGICAL INTERACTION AS A MEANS OF FORMING FOREIGN LANGUAGE COMMUNICATION COMPETENCIES OF A FUTURE DOCTOR

Gukina L. V.

*Department of Foreign Languages,*

*Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

**Abstract.** The article studies the psycholinguistic aspects of dialogic speech and discusses the practical application of dialogic learning technology for the formation of foreign language skills in professionally oriented communicative interaction of medical students. The variability of implementation of the principles of dialogic interaction for educational purposes is shown.

**Keywords:** foreign language, professionally oriented learning, dialogic speech, verbal and non-verbal dialogic interaction.

## Введение

При обучении иностранному языку медицины обращение педагогов к диалогу, как средству формирования коммуникативных компетенций будущего врача, имеет под собой существенную психологическую и лингвистическую основу. Георг Зиммель сравнивает диалогическое общение в малых и больших группах с общей деятельностью с разделением функций, называя его коммуникацией с формированием единого пространства смыслов и взглядов, в котором осуществляется не просто воздействие одного коммуниканта на другого, но именно взаимодействие [2]. М. М. Бахтин рассматривает диалог как ситуативный двусторонний обмен информацией между личностями с равноправными статусами [1]. Подобное определение диалога, как попытки разговора на равных, дает Г. С. Померанц [10].

К. Роджерс считает базовым принципом диалогического общения конгруэнтность собеседников – соответствие опыта, его полного осознания и средств диалогического общения одного человека опыту, его полному осознанию и инструментам общения другого. Ученый акцентирует внимание на том, что диалог – это разговор «здесь и сейчас», настрой на определенное психологическое состояние партнера и самого себя [8].

А. Р. Лурия, изучая лингвистические особенности устной диалогической речи в сравнении с монологической, указывал на наличие психологических данных, свидетельствующих о том, что устная диалогическая речь имеет своеобразную грамматическую структуру [9].

Первым отличием он считает то, что устная диалогическая речь может не исходить из готового внутреннего мотива, замысла или мысли, поскольку в устной диалогической речи процесс высказывания разделен между двумя людьми – спрашивающим и отвечающим. По его мнению, во время диалога мотив, побуждающий к высказыванию, заключен не во внутреннем замысле самого субъекта, а в вопросе спрашивающего, в то время как ответ на этот вопрос исходит из заданного собеседником вопроса [9]. Следовательно, в этом

случае говорящий может обходиться и без собственного мотива высказывания. Вторым значимым моментом А. Р. Лурия считает то, что при диалогическом взаимодействии отвечающий на вопрос уже знает, о чем идет речь, и это знание общей темы беседы имеет решающее значение. Поскольку обычно беседа протекает в определенной ситуации, то знание ситуации определяет речевое высказывание. Именно знание ситуации, на взгляд ученого, и является вторым существенным признаком, определяющим грамматический строй устной диалогической речи.

В качестве третьей особенности структуры устной диалогической речи он выделяет то, что она допускает значительную грамматическую неполноту. Отдельные части грамматически развернутого высказывания могут опускаться и подменяться либо подразумеваемой ситуацией, либо включенными в речь жестами, мимикой, интонациями [9]. Таким образом, А. Р. Лурия определяет диалог как комплекс вербальных и невербальных компонентов, которые формируют пространство диалогического взаимодействия.

**Цель работы:** изучить потенциал технологии диалогического взаимодействия, применяемой на занятиях по иностранному языку медицины, в формировании навыков иноязычной коммуникации у будущих врачей.

#### **Материалы и методы исследования**

Методом исследования в данной работе послужил анализ опыта реализации диалогового обучения студентов-медиков при формировании профессионально ориентированных коммуникативных компетенций на кафедре иностранных языков КемГМУ.

#### **Результаты и их обсуждение**

Мультифункциональность и гибкость технологии диалогового обучения позволяет участникам учебного процесса в едином академическом пространстве реализовать образовательные цели: педагогу – в диалогическом формате «здесь и сейчас» решать определенные лингвистические задачи, обучающимся – воспитывая навыки взаимодействия с коллегами, формировать



иноязычные профессионально ориентированные коммуникативные компетенции, востребованные в будущей профессии [5]. Используя диалог, как технологию и среду общения, педагоги обращаются к его самым выгодным обучающим функциям.

По своей структуре диалог сложнее монологической речи. Единицей диалогической речи является речевой акт, или речевое действие. Чтобы выстроить успешную диалогическую речь, необходимо владеть набором определенных речевых моделей. Как стиль общения, диалог востребован в профессиональной деятельности врачей. Будучи ситуативным по природе, он требует большего внимания к своей содержательной части и более эмоционально окрашен, нежели монологическая речь. Для обучающихся диалог интересен из-за коммуникативной обращенности партнеров друг к другу. В диалогическом общении, как и в игре, симулируются ситуации, характерные для будущей профессиональной деятельности обучающихся [4].

Именно этот аспект следует использовать преподавателю для мотивации обучающихся к активной аудиторной и самостоятельной работе над говорением. Отходя от линейной схемы работы с материалом урока и обращаясь к диалогу, как методическому инструменту, преподаватель прибегает к технологии диалогового обучения.

Диалоговое обучение – это интерактивное обучение, в ходе которого осуществляется взаимодействие преподавателя и обучающегося, или обучающихся между собой [7]. То есть ситуация диалогического общения по теме урока на аудиторном занятии создает ситуацию коммуникации «лицом к лицу» / «глаза в глаза» всех участников процесса обучения, включая преподавателя и студентов, что является существенным для создания комфортной среды общения. В учебном диалоге тренируются навыки рецепции и репродукции. Каждый из участников поочередно выступает в качестве слушающего и говорящего.

Опыт преподавания иностранного языка показывает, что некоторые обучающиеся хорошо воспринимают реплики партнера по диалогу, а другие предпочитают воспроизводить больше речевых моделей и игнорируют (не слышат или не понимают) реплики собеседника.

Таким образом, диалогическая речь требует большой дополнительной подготовки: внеаудиторной самостоятельной тренировки на рецепцию путем многократного прослушивания аутентичной речи и практической отработки навыков диалогической речи в режиме диалогового процесса обучения в аудитории [3]. Опорой в организации диалогового обучения является иноязычный медицинский текст или его фрагменты в виде таблиц, рисунков, графиков.

В качестве дидактического резерва выступают традиционные дотекстовые и послетекстовые вопросно-ответные задания, которые при творческом подходе педагога могут демонстрировать богатейший потенциал в инициировании диалогического общения обучающихся [6]. Стандартная схема «вопрос-ответ» характерная для диалога в условиях вариативной ситуативности становится основой успешного, неформального диалогического обсуждения с обучающимися материала текста. При большей речевой сложности, эмотивный компонент создает комфортное пространство коммуникации, что снимает у обучающихся напряженность и лингвистическую неуверенность. Пространство диалога формируется вводной частью (вежливыми формулами приветствия), основной частью и заключением (формулами прощания и пожеланий). В процессе диалога увлечённость и заинтересованность темой обсуждения даёт обучающимся возможность снять языковой барьер, забыть о грамматике и ошибках. В комфортной и творческой обстановке они учатся самостоятельно моделировать ситуацию общения с учетом нравственных и этических норм, присущих для такого типа общения.

Переключение обучающихся после прочтения и перевода иноязычного текста с монологической речи на диалогическую, с одной стороны, задействует

другие механизмы мышления и восприятия речи, с другой стороны, положительно влияет на ход занятия, делая его более динамичным и интересным. Диалог сам является резервом для перехода в другую технологию – учебную профессионально ориентированную беседу с элементами дискуссии со многими участниками – мультидиалог. В данном случае учебная беседа, как вид интерактивного коммуникативного взаимодействия в говорении, может стать учебным аналогом реального профессионально ориентированного общения [7].

В диалоге, построенном на материале конкретного занятия, формируется и модель социально-речевого общения, воспитывается основа сотрудничества и взаимопонимания с коллегами в текущей образовательной деятельности, которая также соотносится с ситуациями будущей профессиональной деятельности. Диалогу, как речевому произведению двух или более участников, присущи такие качества как коллективность и вариативность информации; различие в оценке информации; привлечение мимики, жестов, действий партнеров; зависимость от среды общения. Диалоговое обучение, на наш взгляд, представляется одной из главных технологий личностно ориентированного образования.

Диалог является коммуникативной средой, в которой обучающиеся чувствуют себя комфортно. В дружественной атмосфере участники диалога обогащают друг друга новыми мыслями, раскрывают свой творческий потенциал, личностно развиваются. Атмосфера диалога на практическом занятии или конференции помогает обучающимся развивать интеллектуальные и эмоциональные свойства личности.

В диалоге участники ищут истину вместе, соглашаются и спорят, выражают эмоции, что соотносится с теорией Г. Зиммеля, который в спорах и конфликтах видит коммуникативное единство [Г. Зиммеля]. По своей сути учебный диалог в медицинском вузе – это способ ситуационной симуляции отношений сегодняшних студентов и будущих врачей. В учебном диалоге у

будущих врачей развивается умение с уважением слушать партнера, пытаться понять его мнение, то есть формируются важные просоциальные качества – взаимоуважение, взаимообогащение, сопереживание, сотворчество.

### **Заключение**

В педагогической практике обращение к технологии диалогического взаимодействия позволяет использовать его многофункциональный потенциал в зависимости от коммуникативных целей, которые педагог ставит перед конкретным занятием в режиме «здесь и сейчас», следуя общей профессионально ориентированной концепции обучения студентов–медиков. Диалоговое обучение, основанное на принципах построения коммуникативного пространства, комфортного для деятельности его участников, позволяет формировать и воспитывать вербальные и невербальные коммуникативные компетенции, востребованные в их будущей профессиональной деятельности.

### **Литература / References:**

1. Бахтин М. М. Проблемы поэтики Достоевского. - М.: Советская Россия, 1979. 320 с.
2. Зиммель Г. Избранное. Проблемы социологии. - URL: <https://iknigi.net/avtor-georg-zimmel/102354-izbrannoe-problemy-sociologii-georg-zimmel/read/page-34.html> (URL: 12.02.2024).
3. Гукина Л. В. Диалогическое общение при обучении иностранному языку как прием формирования профессионально ориентированных разговорных навыков специалистов-медиков // Теоретические и прикладные вопросы лингвообразования / под ред. Л. С. Зникиной. – Кемерово: КузГТУ, Кемерово, 2018. С. 154–159.
4. Гукина, Л. В. Использование приема ситуационной симуляции профессионально ориентированного общения на занятиях по иностранному языку в медицинском вузе / Л. В. Гукина, Л. В. Личная // Теоретические и прикладные вопросы лингвообразования / под ред. Л. С. Зникиной. – Кемерово: КузГТУ, Кемерово, 2019. С. 188–194.

5. Гукина Л. В. Технологии работы со смыслами медицинского текста при формировании иноязычных коммуникативных навыков будущих врачей // Профессиональное образование в России и за рубежом. Научно-образовательный журнал 4 (52) 2023. С. 202–209.

6. Гукина Л. В. Использование разных практик чтения иноязычных текстов в условиях дистанционного обучения // Качественное профессиональное образование: современные проблемы и пути решения: материалы XII Межрегиональной научно-методической конференции (Кемерово, 23 декабря 2020 г.) / ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России. – Кемерово: КемГМУ, 2020. С. 76–83.

7. Гукина Л. В., Габидуллина Т. С., Хонина И. А. Применение информационно-коммуникационных технологий в самостоятельной работе обучающихся для формирования навыков иноязычного общения // Технологии организации самостоятельной работы обучающихся: материалы VIII Межрегиональной научно-методической конференции. – Кемерово: КемГМУ, 2016. С. 44–47.

8. Диалогическое (М. Бахтин) или гуманистическое (К. Роджерс) общение URL: <https://studfile.net/preview/9399854/page:9/> (URL: 10.02.2024).

9. Лурия А. Р. Язык и сознание. URL: [https://bookap.info/book/luriya\\_yazyk\\_i\\_soznanie/g148.shtm](https://bookap.info/book/luriya_yazyk_i_soznanie/g148.shtm) (URL: 12.02.2024).

10. Померанц Г. С. Истина диалога. URL: [https://nowimir.ru/DATA/040023\\_5.htm](https://nowimir.ru/DATA/040023_5.htm) (URL: 10.02.2024).

## ВЗАИМОСВЯЗЬ СТИЛЯ РОДИТЕЛЬСКОГО ВОСПИТАНИЯ С УРОВНЕМ КИБЕРАДДИКЦИИ ПОДРОСТКОВ

Данилова Н. С., Юркевич Н. А.

*Кафедра социальной и семейной психологии*

*Белорусский государственный педагогический университет имени М. Танка,*

*Институт психологии,*

*Республика Беларусь, г. Минск*

**Аннотация.** В данной статье рассмотрена проблема кибераддикции подростков. Описываются результаты эмпирического исследования, выявившие наличие статистически значимых связей между склонностью в подростковом возрасте к кибераддикции и уровнем враждебности, непоследовательности и отверженности со стороны родителей, а также наличие статистически значимых связей между психологическим принятием, поддержкой и помощью со стороны родителей и отсутствием у подростков склонности к кибераддикции.

**Ключевые слова:** подростки, кибераддикция, стили семейного воспитания.

## THE RELATIONSHIP OF PARENTING STYLE WITH THE LEVEL OF CYBERADDICTION OF ADOLESCENTS

Danilova N.S., Yurkevich N.A.

*Department of Social and Family Psychology*

*M. Tank Belarusian State Pedagogical University,*

*Institute of Psychology, Republic of Belarus, Minsk*

**Abstract.** This article examines the problem of cyberaddiction of adolescents. The results of an empirical study are described, which revealed the presence of statistically significant links between the tendency to cyberaddiction in adolescence and the level of hostility, inconsistency and rejection on the part of parents, as well as the presence of statistically significant links between the lack of a tendency to cyberaddiction in adolescents and psychological acceptance, support and assistance from parents.

**Keywords:** teenagers, cyberaddiction, family parenting styles.

**Введение.** Информатизация повседневной жизни человека призвана существенно её разнообразить, автоматизировать рутинные процессы, позволить осуществлять коммуникацию независимо от места и времени. Помимо познавательных возможностей и возможностей для коммуникации, технические средства стали предметом новой зависимости, именуемой в психологических научных сферах кибераддикцией.

Кибераддикция предполагает разной степени зависимость от виртуального пространства (интернета, игр, мессенджеров и так далее). Как и все зависимости любого рода, кибераддикция имеет причины возникновения, уровень аддикции, наиболее уязвимые категории зависимых, негативные проявления. В настоящем времени существует большая опасность воздействия компьютерных игр и сетевой коммуникации на психическое здоровье подростков. Это связано с тем, что они погружаются в виртуальную реальность, которая кажется более привлекательной, чем реальный мир [2]. Кроме того, важно подчеркнуть, что, не обладая необходимыми жизненными навыками, подростки зачастую не в состоянии выбрать адекватные способы снятия напряжения. Подростки относятся к уязвимой категории пользователей виртуального пространства, что объясняется особенностями психологического и психического созревания, переживанием кризиса данного возрастного периода, несформированностью личных ценностей, невозможностью поддерживать устойчивый интерес к реальному миру и реализовываться в нём во всей полноте, спецификой семейного воспитания.

Аддиктивное поведение относится к девиантному, и имеет форму отстранения от неприятной для субъекта реальности через изменение психического состояния. Изменение реальности через аддикции объясняется фиксацией внимания на конкретных элементах, своих действиях или



употреблением каких-либо веществ. Зависимость (аддикция) имеет лёгкие и тяжёлые формы.

Степень аддикции может варьироваться в зависимости от личной предрасположенности индивида и ситуаций, которые с его точки зрения трактуются как травмирующие или просто неприятные. Причем, если одни аддикции являются опасными для функционирования в социуме или являются порицаемыми, то другие аддикции связаны лишь опосредованно с социумом, что превращает их в личную проблему для индивида. В исследованиях, которые активно проводились в последние годы, наибольшее внимание уделялось нехимическим аддикциям, при которых объектом зависимости становится сугубо поведенческий паттерн. Западные исследователи дали название такого рода психологического явления – «поведенческие аддикции» [6].

Выделяют пять этапов развития аддикции: 1) открытие способа, с помощью которого становится достаточно доступно изменение психического состояния; 2) привычное использование этого способа в трудные и, главным образом, в кризисные моменты жизни; 3) аддиктивное поведение становится частью личности и не подлежит критике; 4) аддиктивная часть личности начинает полностью определять жизнь аддикта, и он не может нормально жить и функционировать вне своей зависимости; 5) происходят нарушения психики, прогрессируют личностные деформации и разрушаются психологические и психические подструктуры, биологические процессы в организме также нарушаются после получения организмом ущерба, обусловленного аддикцией [7].

Британский терапевт С. Поуп выделил негативные примеры симптомов и последствий зависимости: подростки-аддикты отказываются от социальных контактов, плохо питаются, отказываются от получения образования, кроме того, у них повышается агрессивность, склонность к насилию и т. д. [3, 4, 8].

Кибераддикция является распространённой причиной ухудшения отношений в семье [1, 5].

Нездоровая привязанность к виртуальному пространству может приводить даже к саморазрушительному поведению, крайней формой которого является самоубийство.

В связи с тем, что семья оказывает на человека в подростковом возрасте серьёзное влияние, знание об этом влиянии позволит определить значение семьи в развитии кибераддикции. Семья – это первый социальный институт, в котором человек приобретает ценности, усваивает нормы поведения, начинает осознавать себя как личность и познавать грани своей личности. Родители играют роль в качестве медиатора между миром взрослого человека и миром ребёнка, транслируют вышеперечисленные аспекты, помогая их освоить. Однако каждая из семей обладает своими уникальными чертами, помимо черт, которые характерны для членов того или иного общества. В данном исследовании акцент сделан на изучении взаимосвязи стиля родительского (семейного воспитания) и уровня кибераддикции подростков.

Согласно мнению ученых, кибераддикция имеет взаимосвязь со стилями семейных отношений. Среди стилей семейных отношений можно выделить: демократический, авторитарный и попустительский, кроме того, встречается хаотичный стиль воспитания. Демократичный стиль характеризуется оптимальностью, позволяющей воспитать уверенного в себе человека с адекватной самооценкой, склонного к самостоятельности и сотрудничеству. Авторитарный стиль характерен жёстким контролем и стремлением подчинить себе члена семьи, обращаясь преимущественно в приказной форме. Попустительский стиль заключается в отсутствии глубокой причастности к жизни членов семьи и всяческого партнёрства. Хаотичный стиль выделяют в качестве смешанного, не имеющего единой стратегии взаимоотношений.

### **Объекты и методы исследования.**

**Целью данного исследования** были выявление и анализ взаимосвязи стиля родительского воспитания и уровня кибераддикции подростков.

**Объект исследования:** кибераддикция, **предмет исследования:** взаимосвязь склонности к кибераддикции и стиля семейного воспитания.

В исследовании, направленном на выявление уровня интернет-зависимости с помощью методики Кимберли Янг (адаптирован Лоскутовой В.А.) приняли участие 128 подростков 8-11 классов (13-16 лет). После анализа результатов диагностики Интернет-зависимости респонденты были условно разделены на две группы по уровню их показателей: первая группа - респонденты, имеющие некоторые проблемы, связанные с чрезмерным увлечением Интернетом; вторая группа – обычный пользователь Интернета, численность каждой группы составила 33 человека.

Изучение восприятия образов матери и отца у испытуемых проводилось при помощи опросника «Поведение родителей и отношение подростков к ним (Подростки о родителях) (POP/ADOR)» (автор Е. Шафер, модификация З. Матейчика и П. Ржичана).

**Результаты и их обсуждение.** Было выявлено, что у респондентов «Обычный пользователь Интернета» отмечается высокий балл оценки матери по шкалам «Позитивный интерес» и фактору близости – 4 и 4,2 соответственно, также выше среднего значение шкалы «Автономность» – 3,7. У подростков, имеющих некоторые проблемы, связанные с чрезмерным увлечением Интернетом, по восприятию образа матери выше среднего отмечен показатель по шкале «Враждебность» – 3 балла, и шкале «Непоследовательность» – 3,4 балла.

У группы «Обычный пользователь Интернета» наблюдаются высокие показатели по шкалам «Позитивный интерес» и фактору близости (по 4 балла), также выше среднего – 3,6 баллов – по шкале «Автономность». У подростков, имеющих некоторые проблемы, связанные с чрезмерным увлечением

Интернетом, по восприятию образа отца выше среднего отмечен показатель по шкале «Враждебность» – 3 балла, и шкале «Непоследовательность» – 3,4 балла, а также 3,6 баллов по шкале «Автономность».

Для выявления взаимосвязи между склонностью к кибераддикции и особенностями детско-родительских отношений был проведён статистический анализ с помощью непараметрического метода – коэффициента ранговой корреляции Спирмена, выявивший следующие значимые корреляционные связи между уровнем Интернет-зависимости и шкалами методики «Подростки о родителях» Е. Шафер при оценке образа матери:

- прямую связь между шкалой «Враждебность» (HOS) и уровнем Интернет-зависимости (0,4287 при  $p=0,0004$ ), то есть, чем больше наблюдается враждебности, агрессивности, непринятия и подавления ребёнка со стороны матери, тем выше уровень кибераддикции у подростка;

- обратную корреляционную связь между шкалой «Позитивный интерес» (POZ) и уровнем Интернет-зависимости (-0,6596\* при  $p=0,0000$ ). Корреляционная связь говорит о повышенном уровне кибераддикции при недостатке необходимой поддержки и помощи со стороны матери, недостатке или отсутствии проявления позитивного интереса;

- обратную корреляционную связь между шкалой «Автономность» (AUT) и уровнем Интернет-зависимости (-0,3402\* при  $p=0,0064$ ). Корреляционная связь свидетельствует о том, что чем меньше имеется автономии со стороны родителя, тем выше уровень кибераддикции;

- прямую корреляционную связь между шкалой «Непоследовательность» (NED) и уровнем Интернет-зависимости (0,45096\* при  $p=0,0002$ ). Корреляционная связь свидетельствует о том, что повышение уровня кибераддикции зависит от высоких показателей непоследовательности в воспитательной практике, чередовании и резкой смене стилей воспитания со стороны родителей;

- обратную корреляционную связь между фактором близости (POZ/HOS) и уровнем Интернет-зависимости ( $-0,6104^*$  при  $p=0,0000$ ). Корреляционная связь означает, что при недостатке теплых чувств со стороны родителя, отвержении ребёнка, наблюдается повышенный уровень кибераддикции.

Статистический анализ показал наличие четырех значимых корреляционных связей между уровнем Интернет-зависимости и шкалами методики «Подростки о родителях» Е. Шафер при оценке образа отца:

- прямую связь между шкалой «Враждебность» (HOS) и уровнем Интернет-зависимости ( $0,3155^*$  при  $p=0,0168$ ). Корреляционная связь свидетельствует о том, что чем больше проявляется враждебности со стороны отца, конформности и сверхтребовательности, ориентированной на эталон «идеального ребенка», тем выше уровень кибераддикции у подростка;

- обратную связь между шкалой «Позитивный интерес» (POZ) и уровнем Интернет-зависимости ( $-0,6565^*$  при  $p=0,0000$ ). Корреляционная связь говорит о повышенном уровне кибераддикции при недостатке необходимой поддержки и помощи со стороны отца, недостатке или отсутствии проявления позитивного интереса, дружеского отношения с четким осознанием границ допустимого поведения;

- обратную связь между шкалой «Автономность» (AUT) и уровнем Интернет-зависимости ( $-0,2632^*$  при  $p=0,0499$ ). Корреляционная связь свидетельствует о том, что чем меньше автономии со стороны родителя, тем выше уровень кибераддикции;

- обратной связи между фактором близости (POZ/HOS) и уровнем Интернет-зависимости ( $-0,5818^*$  при  $p=0,0000$ ). Корреляционная связь означает, что при недостатке теплых чувств со стороны отца, отвержения ребенка наблюдается повышенный уровень кибераддикции.

При помощи непараметрического U-критерия Манна-Уитни были выявлены статистически значимые различия между выборками (группа нормы

и группа со склонностью к кибераддикции) по результатам методики «Подростки о родителях» (ADOR)

Было выявлено, что существует статистическая значимость между группой подростков со склонностью к кибераддикции и группой нормы при оценке образа матери по следующим переменным:

- шкала «Позитивный интерес» (POZ),  $U = 132,5$  (при  $p < 0,05$  уровне значимости);
- шкала «Враждебность» (HOS),  $U = 275$  (при  $p < 0,05$  уровне значимости);
- шкала «Непоследовательность» (NED),  $U = 292$  (при  $p < 0,05$  уровне значимости);
- фактор близости (POZ/HOS),  $U = 135$  (при  $p < 0,05$  уровне значимости).

Анализируя результаты, можно заключить, что у матерей подростков из группы нормы уровень позитивного интереса выше, чем у матерей из группы подростков со склонностью к кибераддикции. У матерей из группы подростков со склонностью к кибераддикции имеет место высокий уровень враждебности. Матери подростков со склонностью к кибераддикции чаще прибегают к непоследовательному стилю воспитания, чем матери подростков из группы нормы. Уровень фактора близости у матерей подростков из группы нормы выше, чем у матерей подростков со склонностью к кибераддикции: данный показатель характеризует степень проявления теплых чувств со стороны родителя, принятие своего ребенка при высоких стандартных оценках и преимущественного его отвержения – при низких стандартных оценках.

Существует статистическая значимость между группой подростков со склонностью к кибераддикции с кибераддикцией и группой нормы при оценке образа отца по следующим переменным:

- шкала «Позитивный интерес» (POZ),  $U = 144$  (при  $p < 0,05$  уровне значимости);
- фактор близости (POZ/HOS),  $U = 180$  (при  $p < 0,05$  уровне значимости).

Анализируя результаты, можно заключить, что у отцов подростков из группы нормы уровень позитивного интереса выше, чем у отцов из группы подростков со склонностью к кибераддикции. Уровень фактора близости у отцов подростков из группы нормы выше, чем у отцов из группы подростков со склонностью к кибераддикции. Данный показатель характеризует степень проявления теплых чувств и принятия своего ребёнка при высоких стандартных оценках и преимущественного его отвержения – при низких стандартных оценках.

### **Заключение**

Проведенное исследование показало наличие статистически значимых связей в показателях стиля родительского отношения и склонности к кибераддикции в подростковом возрасте. В семьях подростков, имеющих некоторые проблемы, связанные с чрезмерным увлечением интернетом, преобладают следующие типы родительского воспитания: авторитарный с элементами враждебности, проявляющийся в подавлении и неприятии ребёнка, агрессивности со стороны матери, а также сверхтребовательности и конформизма со стороны отца; также отмечается непоследовательность в проведении линии воспитания обоих родителей, представляющая собой резкую смену стилей и воспитательных приёмов как переход от очень строгого к либеральному и, наоборот, переход от психологического принятия ребёнка к эмоциональному его отвержению, независимо от того, что он сделал или не сделал. В семьях подростков группы нормы родители используют следующие воспитательные приёмы: повышенный уровень позитивного интереса, положительное отношение к ребёнку, основанное на психологическом принятии, поддержка, помощь, заинтересованность.

### **Литература / References:**

1. Белинская, Е. П. Человек в информационном мире // Социальная психология в современном мире.- М. : Аспект ПресС. 2009. С. 203–220.



2. Вотякова, Е. Ю. Негативное влияние кибераддикции на жизнестойкость подростков / Е. Ю. Вотякова, Н. В. Яковлева // Негативное влияние кибераддикции на жизнестойкость подростков. 2015. № 1 (1). С. 49–51.

3. Иванов, М. Психологические аспекты негативного влияния игровой компьютерной зависимости на личность человека. 2010. - Режим доступа: <http://flogiston.ru>. Дата доступа: 10. 10. 2021.

4. Кожевникова, О. В. Психологические особенности интернет-зависимых пользователей / О. В. Кожевникова, З. Н. Шавалеева // Вестник Удмуртского университета. Серия «Философия. Психология. Педагогика». 2012. № 3 (1). С. 99–103.

5. Кузнецова, Ю. М., Чудова Н. В. Психология жителей Интернета. / Ю. М. Кузнецова, Н. В. Чудова.- М. : ЛКИ, 2008. 224 с.

6. МЕД новости [Электронный ресурс] // Медицинский портал. 2008. – Режим доступа: <http://medportal.ru/mednovosti/news/2005/06/22/gamer//>. Дата доступа: 06.10.23.

7. Омельченко, Н. В. Личностные особенности играющих в компьютерные игры: автореф. дис. на здобуття наук, ступеня канд. псих. наук: 108 спец. 19.00.01: - Краснодар. 2011. 169 с.

8. Щербачёва, П. П. Влияние кибераддикции на личность подростка / П. П. Щербачёва, Н. А. Устинова // Гуманитарный научный журнал. 2017. № 1(1). С. 93–98.

## **ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**

Диц М. В.

*ГБУЗ «Киселёвский психоневрологический диспансер», Россия, г. Киселёвск*

**Аннотация.** В статье раскрывается понятие интернет-зависимости. Рассмотрены некоторые особенности подросткового возраста. Проведено диагностическое исследование на выявление интернет-зависимости. Сделан

акцент на том, что необходимы профилактические меры по интернет-зависимости подростков.

**Ключевые слова:** интернет, интернет-зависимость, подростковый возраст, потребности, подросток.

## **RISK FACTORS FOR DEVELOPMENT INTERNET ADDICTION IN ADOLESCENCE**

Dits M. V.

*Kiselevsk Psychoneurological Dispensary, Russia, Kiselevsk*

**Abstract.** The article reveals the concept of Internet addiction. Some features of adolescence are considered. A diagnostic study was conducted to identify Internet addiction. The emphasis is placed on the need for preventive measures against Internet addiction among adolescents.

**Keywords:** internet, internet addiction, adolescence, needs, teenager.

Жизнь современного человека немыслима без компьютеров и цифровых технологий. Интернет стал неотъемлемой частью наших будней и праздников. В наше время практически все сферы человеческой деятельности, так или иначе, связаны с компьютерами, гаджетами, интернетом. Технологическая революция решила множество задач, сократив до минимума расстояния, максимально приблизив почти любой источник информации, получив всестороннего помощника, без которого невозможно представить ни один процесс сегодняшней жизнедеятельности современного человека. Используя язык метафоры, мы все «подключены» к интернету. Если нас что-то интересует, мы делаем запрос и сразу получаем результат. В виртуальном мире потребность удовлетворяется моментально. Он очень привлекателен, особенно для детей и подростков, которые являются наиболее активными пользователями сети. Интернет – это бесспорное благо, как и большинство величайших открытий, но... только в том случае, если им правильно пользоваться и не злоупотреблять его присутствием в жизни и работе.

Впервые термин «интернет-зависимость» был предложен нью-йоркским психиатром А. Гольдбергом (Ivan Golberg) в 1996 г. для описания неоправданно долгого, непреодолимого желания пользоваться Интернетом, которое влечёт за собой пагубное воздействие на различные сферы деятельности человека: бытовую, социальную, учебную, семейную, финансовую и психологическую.

В представлении К. Янга, зависимость от интернета – это многомерное явление, включающее проявление эскейпизма – бегства в виртуальную реальность людей с низкой самооценкой, тревожных, склонных к депрессии, ощущающих свою незащищенность, одиноких, тяготящихся своей учебной или социальным окружением, поиск новизны; стремление к постоянной стимуляции чувств; возможность выговориться, быть понятым и принятым, освободиться от переживаний неприятностей в реальной жизни; удовольствие ощутить себя «виртуозом» в пользовании компьютером [4, С. 24-29].

К. Янг приводит четыре основных симптома интернет-зависимости:

1. навязчивое желание проверить свой E-mail;
2. постоянное ожидание следующего выхода в интернет;
3. жалобы окружающих на то, что человек проводит слишком много времени в Интернет;
4. жалобы окружающих на то, что человек тратит слишком много денег на Интернет.

Также автором были описаны негативные феномены, проявляющиеся в условиях применения информационных технологий: зависимость от компьютера; «информационная перегрузка»; патологическая привязанность к опосредствованным Интернетом азартным играм, онлайн-аукционам или электронным покупкам; зависимость от общения в чатах, групповых играх и телеконференциях, от установления в ходе такого общения дружеских отношений, что может в итоге привести к замене имеющихся в реальной жизни семьи и друзей виртуальными.

Отечественные исследователи интернет-зависимости [2, С.662-664] предлагают рассматривать зависимость в трех вариантах:

1) патологическая увлеченность интернетом как одна из форм зависимого поведения в понимании его как расстройства в рамках девиантного поведения (актуально для подростков);

2) синдром интернет-зависимости, за которым скрывается множество других личностных и/или психических расстройств, имеющих определенную нозологическую принадлежность;

3) Интернет-зависимость как самостоятельная нозологическая единица, обусловленная взаимным патогенным влиянием характерологических черт и интернет-среды, имеющая определенную динамику (процессуальность) психопатологических расстройств.

Интернет все чаще используется в самых разных сферах жизни и считается самым популярным источником информации. Это вполне закономерно, поскольку поиск данных в Сети удобен, прост и занимает гораздо меньше времени, чем поход в библиотеку, чтение архивов газет или даже просмотр телевизора. Кроме того, интернет значительно облегчил доступ к информации что, безусловно, является положительным фактором. Но необходимо принимать во внимание и тот факт, что чрезмерное использование Сети может привести и к негативным последствиям, особенно для детей и подростков.

Подростковый возраст – это один из самых трудных и сложных из всех детских возрастов, представляющий собой период взросления, личностного развития ребенка, которые отмечаются качественными изменениями. Коммуникативная сфера подростка в этот переход является сферой повышенной активности и характеризуется проявлением себя как личности и самореализацией в общении с окружающими людьми. В подростковом возрасте формируются и стабилизируются черты характера, основные формы межличностного поведения. Ребенок, став подростком, обнаруживает

неподготовленность управлять собственным бурным развитием, своими переживаниями, и здесь он часто находит выход – виртуальный мир. Ученые выделили причины того, почему для подростков так привлекательно такое место, как киберпространство [5].

Причины возникновения интернет-зависимости могут быть различными, как внешними (доступность, специфические свойства интернета), так и внутренними (зависящие от психофизических, индивидуально-психологических, социально-психологических факторов) [3, С.662]. То есть мы предположительно можем говорить о том, что в сети Интернет подросткам проще найти себя и удовлетворить некоторые свои потребности: получение информации, самостоятельность и независимость, личное пространство (privacy), самореализация и признание, компенсация своих чувств и комплексов, самопринятие, общение, принадлежность к группе по интересам, познавательные потребности. На основании этого можно предполагать, что если подростки не будут испытывать проблем в коммуникативной, эмоционально – волевой и мотивационной сферах, то и уровень риска ухода от реальности в виртуальный мир, возникновения интернет-зависимости будет низок.

**Цель исследования:** выявление факторов риска развития интернет-зависимости у подростков.

### **Материалы и методы**

Нами было проведено исследование на обучающихся 8-х классов одной из общеобразовательных школ г. Киселевска. Участие в исследовании было добровольным, подростков ознакомили с целью исследования, процедурой его проведения, и они дали информированное согласие на участие в нем. В исследовании участвовали 52 подростка, мальчики и девочки в возрасте от 13 до 15 лет. Исследование проводилось методом скринингового опроса. Мы использовали тест на интернет-зависимость В.А. Лоскутовой (русскоязычная адаптация опросника Kimberly Young), состоящий из 20-ти вопросов.

## **Результаты**

Наше диагностическое исследование показало, что интернет занимает одну из главных сфер жизни подростка [1, С. 57-59]. Интернет-зависимость наблюдается у 64 % опрошенных подростков. Подростки, имеющие низкую степень интернет-зависимости и либо не подверженные ей вовсе, составляют 36 % от общего числа опрошенных. Исходя из полученных выводов, можно говорить о том, что на современном этапе подросток основную часть своего свободного времени предоставлен себе; сам выбирает как, где и с кем ему удобно провести время. И зачастую этот выбор падает на интернет, что, как мы уже выяснили, приводит к риску развития интернет-зависимости. Высокий уровень интернет-зависимости выражается в каждодневном посещении большинством опрошенных сети интернет, превышении запланированного времени посещения интернета, и, возможно, «откладывание на потом» других не менее важных для себя дел.

## **Заключение**

Вопросы профилактики интернет-зависимого поведения подростков в настоящее время актуальны. Необходимо, чтобы подросток понял, что виртуальная реальность – это модель действительности, но не сама действительность. Нет смысла игнорировать компьютерные возможности, но использовать их желательно по необходимости.

В настоящее время медицинскими психологами Киселевского психоневрологического диспансера разрабатывается программа индивидуальной психокоррекционной работы с Интернет-зависимым подростками. Особое внимание направлено на повышение самооценки и самоуважения, развитие коммуникативных способностей с целью эффективного взаимодействия подростка с окружающими, отработку навыков уверенного поведения в различных жизненных ситуациях.

### Литература/ References:

1. Дегтярева, И. А. Интернет-зависимость у подростков. Проблема, о которой молчат / И. А. Дегтярева // Scientist (Russia). 2023. № 2 (24). 59 с.
2. Репина, М. А. Проблема интернет-зависимости среди подростков / М. А. Репина, А. Ф. Федоров // Молодой ученый. 2014. № 20 (79). С. 662-664.
3. Черемисина О.О., Комаров В.В. Влияние сети интернет на развитие личности подростка: девиации, риски и перспективы. С. 147-151.
4. Янг К.С. Диагноз – интернет-зависимость // Мир Интернет, 2000. №2. С. 24-29.
5. Психическое здоровье человека в современном обществе. междисциплинарные проблемы и возможные пути их решения. Монография. Акименко Г.В., Кирина Ю.Ю., Копытин А.И., Лопатин А.А., Селедцов А.М., Валиуллина Е.В., Гукина Л.В., Кадис Л.Р., Федосеева И.Ф., Яковлев А.С. Москва, 2022, 295 с.

### РОЛЬ СПЕЦИАЛИСТОВ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ОБЕСПЕЧЕНИИ БЕЗОПАСНОСТИ ДОРОЖНОГО ДВИЖЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ - КУЗБАССА

Дубская Ю. В.<sup>1</sup>, Вострых Д. В.<sup>1</sup>, Кирина Ю. Ю.<sup>1</sup>, Лопатин А. А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер  
имени профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

<sup>2</sup>Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии  
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Россия, г. Кемерово

**Аннотация.** В статье рассмотрены направления работы специалистов наркологической службы Кузбасса, обеспечивающие профилактику нетрезвого вождения и, как следствие, вносящие весомый вклад в безопасность дорожного движения на территории региона.

**Ключевые слова:** наркологическая служба, профилактика, безопасность дорожного движения.



## THE ROLE OF NARCOLOGICAL SERVICE SPECIALISTS IN ENSURING ROAD SAFETY ON THE TERRITORY OF THE KEMEROVO REGION - KUZBASS

Dubskaya Yu. V.<sup>1</sup>, Vostrykh D. V.<sup>1</sup>, Kirina Yu. Yu.<sup>1</sup>, Lopatin A. A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Professor N.P. Kokorina Kuzbass Clinical Narcological Dispensary,  
Russia, Kemerovo*

<sup>2</sup> *Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology  
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

**Abstract.** The article examines the areas of work of specialists of the narcological service of Kuzbass, providing prevention of drunk driving and, as a result, making a significant contribution to road safety in the region.

**Keywords:** narcological service, prevention, road safety.

Специалистами наркологической службы Кузбасса ежегодно реализуются мероприятия, направленные на профилактику и снижение количества дорожно-транспортных происшествий с участием водителей, находящихся в состоянии опьянения.

В наркологических подразделениях государственных медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Кузбасса, проводится обследование врачом психиатром-наркологом в рамках обязательного медицинского освидетельствования водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств).

Также в Кемеровской области - Кузбассе организовано и осуществляется в круглосуточном режиме медицинское освидетельствование на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического) (далее – медицинское освидетельствование) в соответствии с утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации Порядком проведения медицинского освидетельствования в 27 кабинетах в структуре 25 медицинских организаций, уполномоченных Министерством здравоохранения Кузбасса на проведение медицинского освидетельствования.

Все указанные медицинские организации имеют действующие лицензии на данный вид деятельности, медицинских работников, прошедших специальную подготовку по вопросам освидетельствования в областном химико-токсикологическом наркологическом центре на базе наркологического диспансера города Кемерово.

Также медицинские организации Кузбасса, в которых проводится медицинское освидетельствование, оснащены необходимым оборудованием (видеоцифровые иммунохроматографические анализаторы для проведения предварительных химико-токсикологических исследований, анализаторы паров этанола в выдыхаемом воздухе, бесконтактные термометры и др.), а также расходными материалами для проведения медицинского освидетельствования лиц, направленных сотрудниками правоохранительных органов.

Для обеспечения проведения химико-токсикологических исследований при медицинском освидетельствовании в регионе при наркологических диспансерах городов Кемерово, Новокузнецк и Прокопьевск функционируют три химико-токсикологические лаборатории, которые оснащенные современным диагностическим оборудованием и способны решить основные задачи по обнаружению, идентификации широкого спектра наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, вызывающих опьянение.

В 2021 году сотрудниками ГИБДД для прохождения медицинского освидетельствования был доставлен 2 841 гражданин; по результатам освидетельствований состояние опьянения было установлено у 1 166 лиц, управляющих транспортным средством, из них алкогольного – 837, наркотического – 316, иного токсического – 13.

По итогам 2022 года по направлению сотрудников ГИБДД было проведено 2 879 освидетельствований, по результатам которых у 1 104 граждан было установлено состояние опьянения (алкогольного – 757, наркотического – 331, иного токсического – 16).

За 2023 год сотрудниками ГИБДД для прохождения медицинского освидетельствования было доставлено 3 400 граждан; по результатам освидетельствований состояние опьянения было установлено у 1 187 лиц, управляющих транспортным средством, из них алкогольного – 875, наркотического – 305, иного токсического – 7.

Дополнительно в целях обеспечения безопасности дорожного движения, предупреждения управления транспортом лицами, находящимися в состоянии опьянения, во исполнение поручения Государственного антинаркотического комитета в сентябре 2022 года в рамках регионального проекта «Безопасность дорожного движения» для наркологической службы региона приобретены два передвижных пункта медицинского освидетельствования на состояние опьянения (далее – ППМО).

ППМО укомплектованы всем необходимым аналитическим оборудованием, медицинскими изделиями, расходными материалами и позволяют осуществлять медицинское освидетельствование в отдаленных от медицинских организаций территориях, в том числе при проведении сотрудниками ГИБДД профилактических рейдов по обеспечению безопасности дорожного движения.

По итогам 2022 года наркологической службой Кузбасса в рамках межведомственного взаимодействия с Главным управлением МВД России по Кемеровской области - Кузбассу по обеспечению безопасности дорожного движения проведено 42, а в 2023 году – 198 выездных профилактических мероприятий с применением ППМО, в рамках которых проведены более 140 медицинских освидетельствований на состояние опьянения.

Дополнительно в 2023 году осуществлены два выезда ППМО в рамках ежегодной общероссийской профилактической акции «Пит-Стоп безопасность» на границах Кемеровской области - Кузбасса, Новосибирской области и Алтайского края.

Также, специалистами региональной наркологической службы Кемеровской области при поддержке Министерства здравоохранения Кузбасса проводятся пропагандистские мероприятия по профилактике нетрезвого вождения в целях снижения количества дорожно-транспортных происшествий по вине водителей, находящихся в состоянии опьянения, а также дорожно-транспортного травматизма:

1. в рамках межведомственного взаимодействия с сотрудниками Управления ГИБДД ГУ МВД России по Кемеровской области - Кузбассу:

- совместные акции на дорогах городов и районов области, в рамках которых участники акции рассказывали водителям о последствиях, к которым может привести управление автомобилем в состоянии опьянения;

- профилактическая работа с водителями, восстанавливающими водительские удостоверения после лишения права управления транспортом за вождение в нетрезвом состоянии на базе экзаменационных отделов ГИБДД;

- трансляция специально отобранных специалистами наркологической службы видеороликов профилактического содержания о недопустимости управления транспортным средством в состоянии опьянения на информационных мониторах в помещениях регистрационно-экзаменационных подразделений Управления ГИБДД Кемеровской области;

2. профилактическая работа с подростками и молодежью в образовательных организациях среднего и профессионального образования;

3. размещение информационных профилактических материалов в региональных СМИ (радио, телевидение), на официальных аккаунтах социальных сетей и на официальных сайтах Министерства здравоохранения Кузбасса и всех подведомственных медицинских организаций, а также образовательных и социальных организациях.

В Кемеровской области - Кузбассе, начиная с 2017 года, реализуются мероприятия общероссийского социального просветительского проекта в области безопасности дорожного движения «Автотрезвость», организатором и

координатором которого в регионе является наркологический диспансер города Кемерово.

Проект «Автотрезвость» включает в себя информационно-просветительскую работу среди населения с использованием очков-тренажеров «Drunk Goggles» («Фатальное зрение»), которые наглядно иллюстрируют изменение восприятия и поведения под воздействием алкоголя.

В рамках проекта «Автотрезвость» в Кузбассе проводятся занятия по профилактике нетрезвого вождения с использованием образовательного модуля проекта и с выполнением практических упражнений с помощью очков-тренажеров и вручением памяток «ответственного водителя»:

- для обучающихся в образовательных организациях высшего и среднего профессионального образования, осуществляющих подготовку студентов для транспортной отрасли;

- для курсантов, обучающихся в автошколах;

- в рамках профилактической работы с водителями, восстанавливающими водительские удостоверения после лишения права управления транспортом за вождение в нетрезвом состоянии на базе экзаменационных отделов ГИБДД в целях принятия дополнительных мер в части обеспечения безопасности дорожного движения, профилактики дорожно-транспортного травматизма и смертности в результате дорожно-транспортных происшествий по вине нетрезвых водителей;

- групповые беседы и практические занятия по учебному модулю «Алкоголь и автомобиль» для сотрудников промышленных предприятий Кузбасса с опасными условиями труда и вредными производственными факторами.

Проводимые мероприятия демонстрируют активный интерес к ним со стороны участников и внимание средств массовой информации, что, безусловно, является важным звеном в предупреждении дорожно-транспортных происшествий по вине нетрезвых водителей.

Таким образом, специалисты региональной наркологической службы ежегодно проводят мероприятия, направленные на предупреждение управления транспортом лиц с наркологическими расстройствами, профилактику дорожно-транспортных происшествий и дорожно-транспортного травматизма по вине нетрезвых водителей, чем вносят весомый вклад в обеспечение безопасности дорожного движения на территории Кузбасса.

## **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ-УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ**

Зорохович И. И., Кириченко Е. А., Колотилина О. В.,  
Лопатин А. А., Шевцова М. А.

*ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер  
имени профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово*

**Аннотация.** Проблема изучения, диагностики и коррекции негативных психических последствий, возникающих в результате воздействия стрессогенных факторов, источниками которых являются различные травмирующие события (катастрофы, военные действия), относится к числу наиболее значимых в наше время. В данной статье представлен опыт лечения посттравматического стрессового расстройства у военнослужащих-участников боевых действий в зоне специальной военной операции в условиях отделения кризисных состояний.

**Ключевые слова:** военнослужащий, боевая психическая травма, посттравматическое стрессовое расстройство, социально-психологическая помощь.

## **POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER TREATMENT EXPERIENCE IN THE MILITARY PERSONNEL**

Zorokhovich I. I., Kirichenko E. A., Kolotilina O. V.,  
Lopatin A. A., Shevtsova M. A.

*Professor N.P. Kokorina Kuzbass Clinical Narcological Dispensary,*

**Abstract.** The problem of research, diagnostics and correction of negative mental consequences which are caused by exposure to stress factors (disasters, military operations), is one of the most significant in our time. This article presents the experience of treatment of post-traumatic stress disorder in military personnel who participated in combat operations in the conditions of a crisis-related medical treatment department.

**Keywords:** military personnel, combat stress reaction, posttraumatic stress disorder, psychosocial support.

Проблема изучения, диагностики и коррекции негативных психических последствий, возникающих в результате воздействия стрессогенных факторов, источниками которых являются различные травмирующие события (катастрофы, военные действия), относится к числу наиболее значимых в наше время. К сожалению, 20-й и 21-ый век богаты на локальные и мировые военные конфликты. Боевой стресс – частная разновидность стресса, формирующаяся вследствие воздействия комплекса патогенных факторов боевой обстановки. С клинической точки зрения, под понятием «боевой стресс» следует понимать совокупность психических изменений, переживаемых военнослужащими в процессе адаптации к специфическим условиям боевой обстановки. В идеале боевой стресс должен приводить к формированию адаптивных стрессовых реакций и, в целом, к повышению адаптативности организма к экстремальным воздействиям (в том числе, факторам боевой обстановки). Однако нередко боевой стресс приводит к патологическим проявлениям (боевым стрессовым расстройствам), а также различным формам отклоняющегося поведения [1].

В структуре боевых потерь значительное место занимает боевая психическая травма. Она в 3-4 раза увеличивает психическую заболеваемость в армии и зачастую приводит к катастрофическим негативным личностным и социальным последствиям для участников боевых действий в мирной жизни [1].



Особую актуальность проблеме боевой психической травмы придает угрожающая распространенность ее отдаленных весьма тяжелых и продолжительных последствий среди ветеранов войн и их близких. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) составляет до 80% всех медицинских последствий воздействия боевого стресса [5]. Признаки посттравматических стрессовых расстройств сохраняются на протяжении многих лет и даже десятилетий после участия в боевых действиях [1].

В этиологическом контексте решающая роль в развитии ПТСР принадлежит психической травме (травматической ситуации), влияние которой определяется такими характеристиками, как близость к эпицентру травматических событий, их длительность и тяжесть с точки зрения последствий для личности [2].

Посттравматические симптомы оказывают негативное влияние на взаимоотношения с другими людьми. Неконтролируемый гнев, эмоциональное отчуждение и неспособность должным образом общаться с представителями различных социальных институтов – все это осложняет отношения между подвергшимися травмам и теми, кто соприкасается с ними в жизни. Посттравматическое стрессовое расстройство может провоцировать или усиливать другие психические расстройства. Наиболее часто встречаются рекуррентное депрессивное расстройство (48%), злоупотребление или зависимость от алкоголя (40%) и прочими психоактивными веществами (29%), генерализованное тревожное расстройство (16%).

Нарушения, возникающие при эмоциональном стрессе в различных структурах нейрофизиологической регуляции мозга, могут оказывать негативное влияние на соматическое здоровье и приводить к изменению функционирования сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, свертывающей системы крови, расстройству иммунной системы, провоцируя обострение имеющихся хронических заболеваний или развитие новых. В числе наиболее неблагоприятных социальных последствий ПТСР

отмечается высокий уровень суицидов, насильственные действия в отношении, как ближайшего окружения, так и незнакомых лиц, криминальное поведение, безработица.

С течением времени (через 5-6 месяцев после стрессового события, витальной угрозы) будет возрастать доля лиц с посттравматическими стрессовыми расстройствами, не только у пострадавших с изолированной психической патологией, но и в большей степени – у раненых (больных) хирургического (терапевтического) профиля. Наибольшая распространенность ПТСР ожидается у раненых военнослужащих, уволенных с военной службы в связи с состоянием здоровья (в первую очередь – получивших увечье) [2].

Осознание необходимости организации помощи и проведения специальных мероприятий для людей, переживших психотравмирующие события, в настоящее время становится реальностью для нашего общества. Лечение пациентов с ПТСР в медицинских организациях как амбулаторного, так и стационарного звеньев обеспечивают психиатры, наркологи, психотерапевты, с участием медицинских психологов.

С 1994 года в Кузбассе в структуре ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной» (далее – ГБУЗ ККНД) функционирует кризисная служба, которая представлена кабинетом социально-психологической помощи (КСПП), отделением кризисных состояний (ОКС) и «телефоном доверия». Специалисты службы имеют большой опыт в оказании психологической и психотерапевтической помощи участникам боевых действий (Афганистан, Чечня).

В настоящее время, согласно соответствующему распоряжению Министерства здравоохранения Кузбасса, ГБУЗ ККНД входит в перечень медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь пациентам-участникам специальной военной операции (СВО) и членам их семей.

В период с января 2023 года по февраль 2024 года в ОКС в стационарных условиях было пролечено 18 пациентов военнослужащих-участников боевых действий с диагнозом «Посттравматическое стрессовое расстройство».

Диагноз ПТСР был установлен в соответствии с критериями диагностики категории F43.1 Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) [2,3].

Во всех случаях имелось воздействие острого травматического стресса с угрозой смерти или тяжелого повреждения; пациенты либо сами пережили ранения или их угрозу, либо присутствовали при аналогичной травматизации другого человека, гибели товарищей (МКБ-10, F43.1, критерий А).

Для всех пациентов характерным было наличие навязчивых воспоминаний с легким произвольным воспроизведением травмирующих событий, часто в ответ на незначительную сенсорную провокацию. Сопровождающие их эмоциональные переживания были настолько сильными, негативно окрашенными, как будто трагические события происходили в настоящий момент в реальности. Также нередко были кошмарные сновидения с собственным участием или с участием товарищей-сослуживцев (МКБ-10, F43.1, критерий Б).

Пациенты стремились избегать всего, что могло вызвать в памяти случившееся: не стремились говорить о своем участии в боевых действиях, особенно на ранних стадиях взаимодействия с врачом; намеренно избегали теле- радиопередач, разговоров об СВО. Общими симптомами для пациентов были неконтактность с окружающими, преобладание угрюмого настроения, отгороженности – они более охотно общались такими же пациентами-участниками СВО, однако намеренно избегали общения с другими пациентами (МКБ-10, F43.1, критерий В).

Для всех пациентов были характерны симптомы гиперреактивности: затрудненный процесс засыпания, чуткий сон с многократными пробуждениями; снижение концентрации внимания, готовность к

импульсивному защитному реагированию и переключению на автоматическое стереотипное выполнение привычных в боевой обстановке действий в виде укрытия, избегания либо агрессии в отношении источника опасности; зачастую одной из основных жалоб становилась повышенная раздражительность (МКБ-10, F43.1, критерий Г).

Критерии Б, В и Г возникали не более, чем в течение шести месяцев после участия военнослужащего в боевых действиях в зоне СВО (МКБ-10, F43.1, критерий Д).

С целью оценки тяжести состояния, выраженности симптомов и их динамики в процессе терапии всем пациентам проводилось клинико-психологическое психодиагностическое исследование с использованием следующих методик: «структурированное клиническое диагностическое интервью» (СКИД), «миннесотский многоаспектный личностный опросник» (ММРІ), «опросник для оценки терапевтической динамики». Данные методики позволяли объективно оценить характер и выраженность клинической симптоматики, ее динамику, эффект от проводимого лечения.

Для оказания помощи пациентам-участникам СВО применяются специальные лечебно-реабилитационные программы, разработанные согласно новейшим клиническим рекомендациям Российского общества психиатров, при поддержке ФГБУ «НМИЦ психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского», ФГБУ «НМИЦ психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева».

В настоящее время имеется убедительная доказательная база, подтверждающая эффективность как фармакотерапии, так и психотерапии при лечении пациентов с ПТСР, согласно современным клиническим рекомендациям, приоритет следует отдавать комбинированному применению фармакотерапии и психотерапевтических интервенций [2, 3].

В качестве медикаментозного лечения из препаратов первой линии при лечении ПТСР специалистами ОКС использовались антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС):

сертралин (50-100 мг/сут.), пароксетин (20-40 мг/сут.). На первом этапе лечения антидепрессанты назначались в комбинации с производными бензодиазепа (диазепам до 20 мг/сут., бромдигидрохлорфенилбензодиазепин до 2 мг/сут., алпразолам до 3 мг/сут.), либо с анксиолитиками небензодиазепиновой структуры, такими как гидроксизин (до 75 мг/сут.).

При отсутствии эффекта антидепрессантов первой линии пациенты переводились на препараты второй линии амитриптилин (до 150 мг/сут.). Для коррекции поведенческих расстройств и эксплозивности использовались перициазин (до 30 мг/сут.), хлорпротиксен (до 90 мг/сут.), алимемазин (до 45 мг/сут.) [3, 2].

Большой удельный вес в лечебных программах отводился психотерапевтическому воздействию. Основными задачами психотерапевтического лечения пациентов с ПТСР были снижение интенсивности симптомов, снижение чувствительности к внешним и внутренним стимулам, запуская повторное переживание травматического опыта, уменьшение выраженности аффективных нарушений, избегающего поведения и восстановление межличностной и социальной адаптации [2].

В связи с высоким риском возникновения межличностных, в том числе семейных, проблем у страдающих ПТСР участников боевых действий, важным компонентом в реабилитации являлась семейная психотерапия, ориентированная на коррекцию нарушений семейных отношений.

Помимо фармакотерапии и психотерапии в комплексном лечении ПТСР применялась иглорефлексотерапию, массаж общий медицинский, физиотерапию, пациенты обучались навыкам совладания с симптомами и эффективной саморегуляции.

У всех пациентов на фоне лечения было достигнуто улучшение психического состояния, что подтверждено результатами клинико-психологического психодиагностического исследования.

Клинический случай. Пациент И., 29 лет. Родился здоровым ребенком, в многодетной семье. Воспитывался матерью, об отце сведений не имеет. Раннее развитие без особенностей. Окончил девять классов общеобразовательной школы, получил профессию плотника. В 18 лет женился, по любви. С женой воспитывают двоих детей, отношения в семье теплые. В 19 лет был призван в армию, прошел срочную службу в войсках связи, служба прошла без эксцессов. После службы в армии работал по специальности, работа нравилась.

В сентябре 2022 года был мобилизован для участия в СВО, служил рядовым в десантных войсках. В ноябре 2022 года пережил смерть товарища, который «умер у него на руках». Вскоре сам пациент получил огнестрельное ранение грудной клетки. После лечения в госпитале был направлен в отпуск домой. Дома пациента стали беспокоить навязчивые эпизоды воспоминаний о войне, о погибших товарищах, ночные кошмары. Спал по 3-4 часа в сутки, с частыми пробуждениями. Беспокоили частые головные боли, головокружение, заметил, что стало трудно концентрироваться, не мог долго читать,

не получалось отвлечься рисованием; из-за трудностей с концентрацией перестал водить автомобиль. Практически не общался с друзьями, постоянно испытывал сильную тревогу, «ожидал прилетов»; чтобы отвлечься, пытался слушать музыку. В таком состоянии появилась раздражительность, ссорился с супругой по мелочам. Чтобы облегчить свое состояние, несколько дней подряд употреблял крепкие спиртные напитки. С данными жалобами обратился за помощью, был госпитализирован в отделение кризисных состояний с диагнозом: «Посттравматическое стрессовое расстройство».

В отделении держался обособленно от других пациентов, первое время предпочитал одиночество. В разговоре с лечащим врачом неохотно говорил о себе, о теме СВО. Большую часть времени проводил в палате, избегал посещения комнаты отдыха, просмотра телепередач. Жаловался на «постоянные, изнурительные» головные боли, головокружение, артериальное

давление оставалось нестабильным, с повышением до 150/100 мм рт.ст. Длительное время сохранялись жалобы на эпизоды навязчивых воспоминаний о войне, которые вызывались незначительной сенсорной провокацией (свисток чайника в столовой напоминал свист мины, налитый в кружку чай вызывал воспоминания о погибшем товарище). Вздрагивал от звука открывающейся двери в палату, с трудом засыпал ночью, пробуждался каждые 2-3 часа, снились кошмары на тему боевых действий.

В течение дня испытывал постоянную тревогу («ожидание прилетов»), внутреннее напряжение, жаловался на сильную раздражительность. При этом состояние ухудшалось после общения по телефону с сослуживцами, находящимися в зоне боевых действий: становился замкнутым, угрюмым, усиливалась тревога; признался, что ведет список погибших товарищей. Через неделю пребывания в стационаре рассказал, что утром при пробуждении, в течение 1-2 секунд, отчетливо видит перед собой товарища, который умер от ран; при этом испытывал сильный страх, панику, накрывал голову подушкой, «видение» пропадало.

Проводилось лечение: антидепрессанты (СИОЗС), транквилизаторы (бензодиазепины), нейролептики, антигипертензивная терапия, ноотропная терапия, физиотерапия, медицинский массаж, иглорефлексотерапия при заболеваниях ЦНС, сеансы групповой и индивидуальной психотерапии.

На фоне проводимого лечения психическое состояние пациента улучшилось: реже стали беспокоить навязчивые воспоминания о боевых действиях, уменьшились тревога и раздражительность, нормализовался ночной сон, купированы гипнопомпические галлюцинации – «видения» по утрам при пробуждении. Пациент стал более открытым, стал рассказывать о своей семье, детях, о своих увлечениях в «мирной» жизни. Реже беспокоили головные боли, головокружение, стабилизировалось артериальное давление. После выписки из стационара вернулся в войсковую часть для решения вопроса о возможности дальнейшего прохождения службы.



Наш опыт лечения ПТСР у военнослужащих-участников боевых действий говорит о том, что лечение ПТСР является сложной задачей, требующей индивидуальной оценки в каждом клиническом случае и персонализированного подбора терапии. Раннее выявление признаков ПТСР имеет решающее значение для определения объемов оказания медицинской и социально-психологической помощи.

Целью медицинской и социально-психологической помощи должно быть организованное, постепенное возвращение ветеранов боевых действий в мирные условия жизни, перевод их психики с военного на мирный режим функционирования, бесконфликтное встраивание их в систему социальных связей и отношений социума.

#### **Литература / References:**

1. Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник А.М. Боевая психическая травма. - Медицина, 2005. С. 6, 21;
2. Организация оказания медицинской помощи лицам с посттравматическим стрессовым расстройством. Методические рекомендации. ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева». - Санкт-Петербург, 2022. С. 4-8; С.21-24;
3. Посттравматическое стрессовое расстройство. Клинические рекомендации.- Российское общество психиатров, 2023. С. 10-11;
4. Шамрей В.К., Марченко А.А., Дрига Б.В., Маркин К.В., Моисеев Д.В. Исходы стационарного лечения посттравматического стрессового расстройства у комбатантов // Современная терапия психических расстройств. – 2022. № 3. С. 14-24. DOI: 10.21265/PSYPH.2022.80.39.002.

## ЛЕЧЕНИЕ ТРЕВОГИ И ПАНИЧЕСКИХ АТАК В ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Зорохович И. И., Лопатин А. А.

*ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер  
имени профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово*

**Аннотация.** Целью текущего исследования является оценка результатов групповой психотерапии у пациентов с генерализованным тревожным расстройством, паническим расстройством с агорафобией или без нее и расстройством адаптации с тревожными или депрессивными симптомами. Наши результаты подтверждают эффективность групповой психотерапии при тревожных расстройствах. Они указывают на то, что группы со смешанными диагнозами столь же эффективны, как и группы с конкретным диагнозом, хотя требуются дополнительные доказательства. Будущие первичные исследования должны касаться дифференциальной эффективности, включать более широкий спектр терапевтических подходов, а также активные группы сравнения.

**Ключевые слова:** паническая атака, коррекция фобического избегающего поведения, групповой психотерапевтический процесс.

## TREATMENT OF ANXIETY AND PANIC ATTACKS IN GROUP PSYCHOTHERAPY

Zorokhovich I. I., Lopatin A. A.

*Professor N.P. Kokorina Kuzbass Clinical Narcological Dispensary,  
Russia, Kemerovo*

**Abstract.** The purpose of the current study is to evaluate the results of group psychotherapy in patients with generalized anxiety disorder, panic disorder with or without agoraphobia, and adjustment disorder with anxiety or depressive symptoms. Our results support the effectiveness of group psychotherapy for anxiety disorders. They indicate that mixed diagnosis groups are as effective as diagnosis-specific groups, although more evidence is needed. Future primary studies should address

differential effectiveness and include a wider range of therapeutic approaches, as well as active comparison groups.

**Keywords:** panic attack, correction of phobic avoidant behavior, group psychotherapeutic process.

Все чаще сталкиваясь с паническими атаками, люди знают насколько это неприятно, страшно и непонятно: непонятны собственные физиологические реакции, эмоции, мысли о смерти, длительность таких состояний, их повторы. В XXI веке «паническая атака» является одной из основных причин обращения к психотерапевту.

В отделении кризисных состояний (ОКС) диспансера ежегодно получают лечение около 200 пациентов с диагнозом «Паническое расстройство», выставленным на основании диагностических критериев МКБ-10, на первом стационарном этапе лечения, включающим медикаментозную и психотерапевтическую помощь. Для второго амбулаторного этапа специалисты ОКС разработали программу групповой поддерживающей (суппортивной) психотерапии, которая является эффективным средством постгоспитальной терапии панического расстройства. Необходимость поддерживающей психотерапии была обусловлена тем, что пациенты с тревожными расстройствами не способны выдерживать эмоциональное напряжение, превосходящее привычный уровень, в случаях серьезной фрустрации они не пользуются адаптивными способами разрешения конфликтов и преодоления трудностей и даже относительно небольшие затруднения вызывают у них усиление симптоматики и регрессию болезненного состояния.

Создание программы предусматривало решение следующих основных задач:

1. контроль соматических проявлений.
2. обучение.
3. коррекция фобического избегающего поведения.

4. устранение психосоциальных проблем.

5. длительное наблюдение.

С 2015 года в отделении кризисных состояний начала работу амбулаторная психотерапевтическая группа «Инсайт», основанная по принципу поддерживающей (суппортивной) психотерапии. Первоначально в группу входило 4 пациента, находящихся на амбулаторном этапе лечения. Групповые занятия проводились один раз в неделю в вечернее время. Постепенно состав группы увеличился до 23 за счет пациентов, прошедших стационарное лечение и выписанных из отделения. За пять лет работы группы «Инсайт» поддерживающую психотерапию получили 121 пациент.

Выбор психотерапевтической стратегии и подбор пациентов в группу основывался, во-первых, на анализе личностных особенностей пациента (уровня самооценки, уровня навыков самоконтроля и эмоциональных состояний, степени личностной зрелости и др.), а также зависел от уровня мотивации, интеллекта, эмоционального развития и других характеристик.

Во-вторых, учитывалась тяжесть панических расстройств, их спектр и длительность заболевания.

В-третьих, оценивалась способность пациента адекватно воспринимать социальную ситуацию, возможности к рефлексии и автономной работе над собственными проблемами.

Эффективный групповой психотерапевтический процесс проходил при определенной позиции психотерапевтов (в нашем случае психотерапевта и психолога). Она называется «психотерапевтической нейтральностью» и подразумевает недирективную форму работы, при которой психотерапевт, оставаясь сам в тени, максимально активизирует дискуссию. Такая позиция основана на гуманистических принципах, обусловлена интересом к пациентам, участием и дружелюбием, лишена авторитарности, но не переходит в попустительское отношение. Создание «поля группового взаимодействия» предполагает, прежде всего, создание таких условий, при которых пациент,

опираясь на поддержку других участников группы, сам сможет принять решение в отношении собственной жизни.

В ходе групповой работы пациенты вели дневник, где записывали приступы паники, причину, давали оценку остроты симптомов, а также оценку собственных усилий по их преодолению. Так, постепенно выстраивались определенные модели поведения, позволяющие побороть приступы паники.

В дальнейшем участники группы работали над причинами и стрессовыми факторами, вырабатывали устойчивость к стрессам, заменяли негативное мышление на позитивное. Прорабатывались специфические психотерапевтические «мишени», такие как ограничительное поведение, дефицитарность коммуникативной системы, что значительно влияло на уменьшении тяжести симптоматических проявлений тревоги. В последствии происходило изменение стиля жизни пациентов.

С целью проверки эффективности работы группы применялись клинические и экспериментальные методы психологических исследований. Психологическая диагностика проводилась дважды – до включения пациента в работу группы и в ходе групповой работы. Результаты исследования показали, что до работы в группе варианты поведения характеризовались подавленным эмоциональным состоянием, состоянием безнадежности, покорности, переживанием злости и тревоги. После работы в группе наблюдалась выраженная положительная динамика в структуре ситуативной и личностной тревоги, депрессии, а также в когнитивной и поведенческой сферах.

Работа в группе позволяла пациентам выйти из состояния изоляции, установить контакт с остальными людьми, изменить образ действий в отношениях с окружающими, что создавало возможность для формирования более адекватной самооценки, а также повысить навык самоконтроля, самоорганизации для формирования системы «предсказания» приступа паники с целью предотвращения его разрастания.

Анализ работы группы «Инсайт» за 5 лет показал высокую эффективность групповой поддерживающей (суппортивной) психотерапии – у 70% участников группы снизилась интенсивность и острота приступов, внимание переключилось с физиологических проявлений паники на активное использование ресурсов личности. 30% продолжают дополнительно получать поддерживающее медикаментозное лечение и посещать групповые занятия.

Таким образом, при лечении пациентов с паническими расстройствами, наряду с традиционными медикаментозными и психотерапевтическими формами терапии необходима групповая поддерживающая психотерапия в амбулаторных условиях с целью повышения качества социального функционирования.

## **ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19, И МЕТОДЫ ИХ ТЕРАПИИ**

Зорохович И. И., Говорова Г. М.

*ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер  
имени профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово*

**Аннотация.** В статье описывается эффективный опыт медикаментозного и психотерапевтического лечения пациентов с психическими расстройствами в постковидном периоде в отделении кризисных состояний.

**Ключевые слова:** COVID-19, постковидный синдром, тревожно-депрессивная симптоматика, психотерапия, психодиагностика, медикаментозное лечение, отделение кризисных состояний, аудиовизуальная стимуляция.

## **MENTAL DISORDERS IN PERSONS WHO HAVE EXPERIENCED COVID-19 AND METHODS OF THEIR THERAPY**

Zorokhovich I. I., Govorova G. M.

*Professor N.P. Kokorina Kuzbass Clinical Narcological Dispensary,  
Russia, Kemerovo*

**Abstract.** The article describes the effective experience of drug and psychotherapeutic treatment of patients with mental disorders in the post-covid syndrome period in the department of crisis conditions.

**Keywords:** COVID-19, post-covid syndrome, anxiety-depressive symptoms, psychotherapy, psychodiagnostics, drug treatment, department of crisis conditions, audio-visual stimulation.

Опубликованные в последнее время медицинские исследования доказывают, что нарушения психической деятельности, связанные с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, обусловлены как медицинскими факторами – вирус оказал свое воздействие на организм, произошло снижение иммунитета, истощение нервных клеток и т.д., так и социальными – стрессом, который усиливался на фоне чрезвычайной неопределенности, потери доходов, часто ломки привычного образа жизни, карантинными ограничениями, в которых люди оказывались «закрытыми» в замкнутом пространстве и лишались привычного круга общения, а также пугающей неизвестностью последствий этого заболевания. Для человека всегда самое сложное – это неизвестность, что является дополнительным стрессовым фактором.

В постковидном периоде у лиц, перенесших новую коронавирусную инфекцию, спустя месяц после окончания лечения наблюдаются такие психические расстройства как тревожность (42%), бессонница (40%), депрессия (31%), посттравматическое стрессовое расстройство (28%).

За период с ноября 2020 года по октябрь 2021 года в отделение кризисных состояний ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной» (ГБУЗ ККНД) обратился 71 человек (50 женщин, 21 мужчина) в возрасте от 33 до 67 лет, переболевших COVID-19.

Клинические диагнозы обратившихся в соответствии с МКБ-10 были следующие: у 30 пациентов было установлено тревожное расстройство (F 41), у



8 пациентов – посттравматическое стрессовое расстройство (F 43.1), у 28 пациентов – расстройство адаптации (F 43.2), у 5 пациентов – соматоформное расстройство (F 45). Психический статус у 59 пациентов, в основном, определялся тревожным синдромом, у остальных кроме тревожной симптоматики в его структуру включались астено-депрессивные расстройства и конверсионная симптоматика.

Пациенты предъявляли жалобы на повышенную усталость и невозможность выполнения повседневных бытовых и рабочих задач, нарушение сна в виде затруднения засыпания и частых ночных пробуждений, на тревожные расстройства, впервые возникшие панические атаки, которые характеризовались чувством надвигающейся опасности, учащением сердцебиения, затруднением дыхания, повышенным потоотделением, желудочно-кишечными расстройствами, онемением и ощущением покалывания по всему телу, а также на эмоциональную лабильность.

Всем пациентам перед началом, а затем в процессе и после окончания лечения проводилось экспериментально-психологическое обследование для оценки выраженности тревожных и депрессивных расстройств. При этом использовались тест Спилбергера-Ханина, шкала Гамильтона, ММРІ. У 90% обследованных диагностировался высокий уровень тревоги, депрессия, отсутствие интереса к чему-либо, астения с элементами апатии, повышенная утомляемость, снижение активности и продуктивности.

Для лечения пациентов специалистами отделения кризисных состояний ГБУЗ ККНД была разработана и апробирована «программа медикаментозного и психотерапевтического лечения психических расстройств у пациентов, перенесших COVID-19».

На этапе медикаментозного лечения применялись анксиолитики, трициклические антидепрессанты, ингибиторы моноаминооксидазы, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, ноотропные препараты.

После купирования остроты психического состояния назначалась групповая и индивидуальная психотерапия, целью которой являлись изменения способа эмоционального реагирования, формирования адекватного представления о сложившейся ситуации, коррекции дисфункциональных убеждений, активизации внутренних ресурсов, формированию активной жизненной позиции и позитивного настроения.

При проведении психотерапии использовались различные психотерапевтические техники – гештальт техники, НЛП, транзактный анализ, арт-терапия, телесноориентированная психотерапия и другие.

Особенностью разработанной в отделении кризисных состояний программы терапии пациентов, перенесших COVID-19, явилось применение групповых сеансов аудиовизуальной стимуляции на аудиовизуальном комплексе «Диснет» (АВК) [1].

Аудиовизуальная терапия способствовала активизации и интеграции работы участков головного мозга, отвечающих за различные аспекты видения и слушания, с целью оптимального раскрытия потенциальных возможностей и ресурсов организма человека.

В зависимости от психического состояния пациентам назначались следующие программы: «Антидепрессант-альфа», позволяющая настраивать биоэлектрическую активность головного мозга на спокойствие и безмятежность; «Альфа-полет», создающая мощное ресурсное состояние; «Программатор», настраивающая биоэлектрическую активность головного мозга на состояние, восприимчивое к внушению позитивных установок [2, 3].

На фоне проводимой комплексной терапии пациенты стали активно участвовать в групповой и индивидуальной психотерапии, делиться своими переживаниями, проявлять инициативу, строить планы на будущее, у них значительно уменьшились или полностью редуцировались соматические проявления депрессии, ипохондрическая и тревожная симптоматика.

Позитивная динамика улучшения психического состояния подтверждалось результатами психологического тестирования – снизились показатели по 2 и 7 шкалам ММРІ (50 и 40 баллов соответственно) и повысился показатель по 9 шкале, что свидетельствовало об отсутствии тревожно-депрессивной симптоматики и повышения активности и работоспособности.

Таким образом, опыт терапии психических расстройств у пациентов, перенесших COVID-19, с использованием разработанной в отделении кризисных состояний ГБУЗ ККНД программы, свидетельствует о высокой эффективности своевременного специализированного лечения в условиях стационара и способствует повышению качества жизни пациентов в постковидном периоде.

Между тем, проблема коронавирусной пандемии остается содержательно острой на текущий момент и, с учетом высокой распространенности психических расстройств у пациентов в постковидном периоде, возрастает актуальность своевременного их выявления и лечения в специализированных стационарах.

#### **Литература / References:**

1. Mosolov S.N. Problemy psicheskogo zdorov'ja v uslovijah pandemii COVID-19. Zhurnal nevrologii i psichiatrii im. S.S. Korsakova. 2020;120 (5):7-15.

2. Kejt Kelland. Reportazh pod redakciej Uil'jama Maklina <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirusmentalhealth/u-n-warns-of-global-mental-health-crisisdue-to-covid-19-pandemic-idUSKBN22Q0AO>.

3. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence / Rebecca K. Webster, PhD; Louise E. Smith, PhD; Lisa Woodland, MSc; Prof Simon Wessely, FMedSci; Prof Neil Greenberg, FRCPsych; Gideon James Rubin, PhD // Lancet. 2020. Mar 14;395(10227). Pp. 912-920. doi: 10.1016/S0140- 6736(20)30460-8 4 Schwartz B.J. New APA survey on public

anxiety over COVID19 // High Anxiety in America Over COVID19 – Medscape.  
– Mar 28, 2020.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОЗАВИСИМЫХ ЖЕНЩИН – ЖЕН БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

Иванова А. В.

*ГБУЗ Кузбасский клинический наркологический диспансер  
имени профессора Н.П.Кокориной, Россия, г. Кемерово*

**Аннотация.** В данной статье проведен теоретический анализ феномена созависимости. Рассмотрены основные теории, понятия, концепции, факторы возникновения и влияния на личность, а также существующие исследования феномена созависимости в отечественной и зарубежной литературе. Описаны результаты исследования, в ходе которого были выявлены психологические особенности женщин-жен больных алкоголизмом.

**Ключевые слова:** феномен созависимости, алкоголизм, аддикции, психологические особенности созависимых женщин, созависимые женщины, исследование психологических особенностей.

## PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF CODEPENDENT WOMEN - WIVES OF ALCOHOLIC PATIENTS

Ivanova A. V.

*Professor N.P. Kokorina Kuzbass Clinical Narcological Dispensary,  
Kemerovo, Russia*

**Abstract.** This article provides a theoretical analysis of the phenomenon of codependency. The main theories, concepts, concepts, factors of origin and influence on personality, as well as existing studies of the phenomenon of codependency in domestic and foreign literature are considered. The results of the study are described, during which the psychological characteristics of women-wives of alcoholism patients were revealed.

**Keywords:** the phenomenon of codependency, alcoholism, addictions, psychological characteristics of codependent women, codependent women, research of psychological characteristics.

## Введение

Изучение созависимости как самостоятельного явления в психологической науке началось сравнительно недавно. Как правило, главный акцент специалисты ставят именно на проблему зависимости от психоактивных веществ. Поэтому данная проблема все еще является актуальной темой для исследований.

Проблемы современного человека в условиях нестабильности общества влекут за собой возникновение тревоги за себя и свою жизнь. В этих условиях люди очень часто становятся зависимыми от психоактивных веществ, выбирая аддикцию стратегией ухода от реальности. Необходимо помнить, что зависимость оказывает значительное влияние как на личность самого аддикта, так и на близких ему людей, неизбежно нарушая их взаимоотношения. Одним из таких близких являются жены алкоголиков, которые часто находятся в состоянии созависимости. Созависимые женщины-жены больных алкоголизмом сталкиваются с множеством проблем, которые могут привести к развитию различных психологических расстройств. Поэтому изучение психологических особенностей созависимых женщин-жен больных алкоголизмом является актуальным в свете сложного феномена созависимости.

Учёные, которые исследуют проблему созависимости, предлагают различные определения этого явления, выделяя различные аспекты. Например, исследователь Энид Янг рассматривает созависимость как состояние, связанное с ухудшением здоровья, нарушением адаптации и проблемами в поведении, которые возникают в контексте совместного проживания с человеком, страдающим от алкоголизма. [10].

Мелоди Битти описывает «созависимость» как заикливание на определенном человеке или объекте. Такая зависимость от человека приобретает патологический характер, воздействуя на все аспекты жизни человека [2].

Ц.П. Короленко и Н.В. Дмитриева рассматривают созависимость как аддикцию к отношениям, сравнивая «созависимых людей» с аддиктами, использующими аддиктивные вещества. [5].

Сондра Смолли, американский исследователь, описывает созависимость как устойчивый паттерн принятого поведения, чувств и убеждений, который влияет на жизнь. По её мнению, созависимость представляет собой форму зависимости от людей, мнений, явлений внешнего мира, сопровождающуюся недостаточным вниманием к себе настолько, что возможности для самоидентификации становятся ограниченными [9].

Также существует теория самооценки и созависимости, которая предполагает, что низкая самооценка и недостаточное чувство собственной ценности могут играть роль в развитии созависимых отношений. Согласно этой теории, люди с низкой самооценкой и чувством недостаточности могут стремиться получить признание и подтверждение через заботу и помощь другим, особенно через отношения с зависимыми партнерами [8].

Вне зависимости от того, рассматривается ли созависимость как патологическое состояние личности, отдельное заболевание, реакция на стресс или результат психологических травм из детства, исследование этого состояния позволяет более глубоко проникнуть в его сущность данной проблемы.

Чтобы составить психологический портрет созависимой женщины-жены больного алкоголизмом, необходимо обратиться к существующим на данный момент исследованиям.

О.О. Андронникова выявила значительные данные, касающиеся формирования виктимной идентичности у женщин с созависимостью. В ее исследовании освещены влияние социальной обстановки в родительской семье

и опыт привязанности на характер формирования виктимности у данной категории женщин. Факторный анализ подтвердил наличие специфических черт виктимной идентичности у созависимых женщин. Исследование отмечает, что виктимная идентичность представляет собой личностный конструкт, встроенный в структуру личности с созависимостью. Кроме того, подчеркивается высокий уровень эмоциональной нестабильности и склонность к самопожертвованию у данной группы. [1].

Анализ нарушений адаптации у женщин с созависимым поведением, проведенный А.А. Худяковой и Н.Л. Плешковой, выделяет несколько аспектов. Они отмечают, что такие женщины сталкиваются с трудностями во взаимодействии с партнером, испытывают затруднения в межличностном общении и коммуникативном процессе с окружающими. Кроме того, исследование показывает, что у женщин с созависимым поведением выше уровень тревожности, а также выражены депрессивные и психосоматические расстройства. Они также характеризуются низким уровнем ориентации на межличностное взаимодействие и общение. Эти результаты указывают на наличие серьезных трудностей в адаптации этих женщин в социальной среде [3].

Согласно исследованиям Е.В. Емельяновой, для созависимых личностей свобода и одиночество ассоциируются с наказанием, пыткой и отверженностью, воспринимаются как признаки неполноценности и ненужности. У созависимых личностей базальный страх покинутости вызывает неизменное переживание тревоги и жертвенности. Любовь у созависимых снижена или отсутствует, рассматривается как нечто, что нужно заработать и заслужить через жертвоприношения. Абсолютная любовь для созависимых является недостаточно заслуженной. Любовь воспринимается как основной дефицит в жизни, и именно поэтому источник и объект любви должны находиться под абсолютным контролем, чтобы смягчить тревогу от постоянного страха потери [4].



В исследовании Lyon D. и Greenberg J. в представлены данные, указывающие на взаимосвязь созависимого поведения у женщин с самооценкой, потребностью в помощи и стремлением к автономии [7]. Отмечено, что созависимые индивиды обычно характеризуются строгим отношением к себе и окружающим, стремлением к одобрению и привлечению внимания при неадекватной самооценке, а также чувством вины. [6].

Таким образом, анализ научных источников позволяет заключить, что психологические особенности женщин с зависимостью проявляются в ряде характерных черт, таких как повышенный уровень тревожности, использование неэффективных стратегий преодоления стресса, ориентация на мнение и ожидания окружающих, увеличенная виктимность. Женщины с подобными зависимостями характеризуются эмоциональной нестабильностью, склонностью к самопожертвованию, неадекватной самооценкой и чувством вины.

**Цель исследования:** выявить психологические особенности созависимых женщин-жен больных алкоголизмом.

**Объект исследования:** созависимые состояния личности.

**Методы исследования:** теоретический анализ литературных источников, «Шкала созависимости» Б. и Дж. Уайнхолд, методика «Тест смысложизненных ориентаций» (модификация Д.А. Леонтьева), «Многофакторный личностный опросник 16PF/C» (Raymond Cattell, адаптация Э. С. Чугунова, А. Н. Капустина и др.), «Опросник самооценки Уайнхолд» (B. Weinhold, перевод Чеславская А.Г.), математические методы обработки результатов: описательная статистика, U- критерий Манна Уитни.

**Выборка.** В исследовании приняли участие 53 женщины, имеющие мужей с диагнозом – алкоголизм средней стадии, участники группы по преодолению созависимого поведения и 30 женщин-жен, без признаков аддиктивных проблем в семье.

### **Изложение и анализ полученных результатов**

В начале исследования нами применялась методика «Шкала созависимости Уайнхолд» с целью обнаружения у респонденток наличие/отсутствие созависимых моделей поведения. Результаты данной методики выявили у женщин экспериментальной группы (ЭГ) высокую степень созависимых моделей поведения (о чём говорит среднее значение 61,5). Это значит, что такие женщины испытывают сильную потребность в одобрении, часто ставят чужие нужды выше своих собственных. У них присутствует желание «спасать» других, часто за счет собственного благополучия. Человек может активно вмешиваться в жизнь другого в надежде изменить его ситуацию или помочь ему.

У женщин контрольной группы (КГ) выявлена низкая степень созависимости (34,5). Это говорит о том, что такие женщины демонстрируют очень низкий уровень склонности к построению созависимых моделей отношений, им труднее попасть в ловушку эмоциональной зависимости от партнёра. Данная модель никак не влияет на их эмоциональное состояние и поведение. Полученные данные статистически достоверны ( $<0,05$ ).

Далее нами было проведено исследование факторов осмысленности жизни у респондентов экспериментальной и контрольной групп с помощью методики Д. А. Леонтьева «Тест смысложизненных ориентаций (СЖО)».

У женщин экспериментальной группы (ЭГ) среднегрупповой результат по каждой из 5-ти шкал методики находится в области низких значений («цель в жизни» - 24,6; «процесс жизни» - 16,7; «результативность в жизни» - 15,6; «локус контроля - Я» - 11,3; «локус контроля - жизнь» - 22,5), как и общий показатель осмысленности жизни (63,3). Респонденты данной группы значимо чаще указывают на отсутствие ясных целей в жизни, отсутствие стремлений и общую неудовлетворенность своим текущим положением. Они не удовлетворены своей жизнью в настоящем и не удовлетворены уже прожитой частью своей жизни. Видна тенденция к недооценке своих сил и способностей,

что может привести к ощущению потери контроля над собственной жизнью и отсутствию возможности влиять на ситуацию, прослеживается неуверенность в принципиальной возможности самостоятельного осуществления жизненного выбора. Особенно выделяется низкий балл по шкале осмысленности жизни, что может свидетельствовать о том, что человек ограничивается текущими моментами, а прошлые воспоминания оказывают существенное влияние на его эмоциональное состояние, являясь средством эмоциональной поддержки и надежды на разрешение сегодняшней жизненной ситуации к лучшему (возможное излечение мужа от злоупотребления алкоголем). Недостаток осознания будущего и фокусировка на прошлом могут вносить дополнительные трудности в постановку и достижение личных целей.

У женщин контрольной группы (по сравнению с женщинами экспериментальной группы) среднегрупповой результат по каждой из 4-х шкал методики находится в области средних значений с тенденцией к высоким («цель в жизни» - 45,5; «процесс жизни» - 36,4; «локус контроля - Я» -29,3; «локус контроля - жизнь» - 43,7). Средний уровень показывает шкала «результативность жизни» - 31,6. Общий показатель «осмысленности жизни» - высокий (142,7).

Исходя из результатов, можно сказать, что у участников данной группы есть четкие знания о себе, собственных способностях и потребностях, что служит направляющим маяком для достижения их целей. Живя здесь и сейчас, они активно стремятся к реализации своих желаний. Респонденты этой группы обладают не только осознанием собственных возможностей, но и уверенностью в том, что могут контролировать свою жизнь. Это позволяет им свободно принимать решения, что, в свою очередь, способствует формированию и достижению их личных и профессиональных целей.

По результатам исследования по многофакторному личностному опроснику 16PF форма С, уровень статистической значимости между ЭГ и КГ группами достоверен по следующим факторам: замкнутость-общительность,

эмоциональная стабильность, спокойствие-тревожность, консерватизм-радикализм, конформизм-нонконформизм, расслабленность-напряженность, тревога, независимость.

В экспериментальной группе среднее значение по фактору «замкнутость-общительность» составляет 4,2. Это указывает на выраженные черты ригидности, холодности, скептицизма и отчужденности. Вероятно, у них возникают трудности в установлении близких и открытых межличностных контактов, это подтверждают результаты по шкале «умение устанавливать контакты» в методике самооценки Уайнхолда. По фактору «эмоциональная стабильность» вектор направлен в сторону эмоциональной неустойчивости, составляя 3,8. Этот результат может указывать на наличие утомляемости, раздражительности, эмоциональной возбудимости, невротической симптоматики.

В контрольной группе значение по фактору «замкнутость-общительность» равно 6,5, это говорит о более общительном и открытом стиле взаимодействия. По фактору «эмоциональная стабильность» наблюдается схожая тенденция – 5,8. Это может свидетельствовать о более устойчивом эмоциональном состоянии участников этой группы.

Что касается фактора «спокойствие – тревожность», у женщин экспериментальной группы вектор направлен в сторону тревожности, составляя 9,2. Этот результат указывает на депрессивное состояние, преобладание плохого настроения, мрачных предчувствий и размышлений, а также наличие беспокойства. Участницы этой группы могут проявлять тенденцию к тревожности в сложных ситуациях, испытывать беспокойство, озабоченность, страх и неуверенность в себе. Они могут чувствовать, что их не принимает группа, что может сопровождаться самобичеванием и депрессивными состояниями. Часто возникает чувство вины и недовольство собой. Об этом также говорят показатели в методике самооценки Уайнхолда, указывая на неуверенность в себе и неудовлетворенность собой. Что касается фактора

«консерватизм-радикализм» среднее значение у данной группы направлено в сторону консерватизма (3,8). Респонденты этой группы проявляют склонность к консервативным взглядам, уважают принятые нормы и традиции. Они могут ограничивать свои интеллектуальные интересы и ориентироваться на конкретную реальную деятельность.

В контрольной группе вектор по фактору «спокойствие – тревожность» направлен в сторону спокойствия, составляя 1,9. Эти результаты могут свидетельствовать о том, что участницы контрольной группы обладают уверенностью в себе и своих способностях, гибкостью, не ощущают угрозы и характеризуются жизнерадостностью. По шкале «консерватизм – радикализм» у данной группы вектор направлен в сторону радикализма (6,6). Это означает, что женщины в этой группе склонны к критическому и свободному мышлению, не боятся экспериментировать и находить новые идеи. Также у этой группы наблюдается склонность к нонконформизму -7,5. Женщины предпочитают принимать самостоятельные решения, проявляют независимость. В контрольной группе преобладает показатель расслабленности (5,2). Участницы чувствуют себя расслабленными и не испытывают фрустрации. Низкие значения по фактору «тревога» (4,2).

В экспериментальной группе вектор направлен в сторону конформизма, составляя -2,3. Это может говорить о том, что эта группа предпочитает работать и принимать решения в коллективе. Зависимы от мнения и требований группы, ориентированы на социальное одобрение. Участникам этой группы, вероятно, важна поддержка со стороны общества. Что касается шкалы «расслабленность - напряженность», то вектор склоняется к полюсу напряженности (7,2). Женщины склонны к беспокойству и фрустрации. Фрустрация выражается в чувстве разочарования, беспомощности, недовольства, а иногда и злости, возникающих из-за неудовлетворения, задержки или препятствий в достижении желаемой цели или удовлетворении потребности. Выше среднего значения по фактору «тревога» (8,3), такой уровень тревоги может привести к соматическим

расстройствам. Относительно показателя «конформность-независимость», экспериментальная группа показала низкие значения - 2,4, указывая на пассивность личности и зависимость от группы. В контрольной группе наблюдается среднее значение по этому показателю (7.5)

### **Заключение**

Проведённое исследование с использованием комплекса методов и методик позволило выявить следующие психологические особенности созависимых женщин-жен алкогольных аддиктов: низкую самооценку; низкую уверенность в себе и своих способностях; трудности в установлении связей, нахождении общего языка и эффективном построении взаимоотношений; склонность к конформизму и конформности; сниженные навыки влияния и управления событиями; замкнутость; эмоциональную нестабильность; тревожность; размытое представление о самом себе, что приводит к плохому пониманию своих чувств и эмоций; тенденцию к беспокойству и фрустрации, особенно в сложных ситуациях.

Полученные результаты исследования указывают на необходимость оказания психологической помощи созависимым женщинам в направлении укрепления самооценки, развития социальных навыков и эмоциональной стабильности, формирования ясных целей для лучшего самопонимания и успешного взаимодействия с окружающим миром.

### **Литература / References:**

1. Андронникова, О. О. Виктимная идентичность личности созависимого типа / О. О. Андронникова // Сибирский педагогический журнал. 2017. № 2. С.92-97.
2. Битти, М. Алкоголик в семье или преодоление созависимости. Битти // Перевод с англ. - М.: «Физкультура и спорт», 1997. 331 с.
3. Егорченко, П. С. Социально психологические характеристики жён пациентов с алкогольной зависимостью / П. С. Егорченко // Вісник Одеського Національного Університету. 2014. № 1. С.67-73.

4. Емельянова, Е. В. Кризис в созависимых отношениях. Принципы и алгоритмы консультирования / Е.В. Емельянова. - СПб.: Речь, 2014. 320 с.
5. Короленко, Ц. П. Психосоциальная аддиктология / Ц. П. Короленко, Н.В. Дмитриева.- Новосибирск: «Олсиб», 2001. 251 с.
6. Раклова, Е. М. Психологические средства коррекции созависимых состояний личности: специальность 19.00.01 «общая психология»: Диссертация на соискание кандидата психологических наук / Е. М. Раклова; Новосибирский государственный университет.- Новосибирск, 2006. 230 с.
7. Рудестам, К. Групповая психотерапия / К. Рудестам. - Санкт-Петербург: Питер, 2000. 384 с.
8. Худякова, А. А. Взаимосвязь представлений о детском опыте и особенностей психологической адаптации у женщин с созависимостью / А. А. Худякова // Научные исследования выпускников факультета психологии - СПбГУ. 2015. №3. С.189-194.
9. Schaef, A. W. Codependence: misunderstood/mistreated / A.W. Schaef - San-Francisco: Harper and Row, Publishers , 1986. 105С.
10. Young, E. Co-alcoholism as a Disease: Implications for Psychotherapy. / E. Young // Journal of Psychoactive Drugs. 1987. Vol 19(3). P. 257–268.

## **ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19**

Кирина Ю. Ю., Акименко Г. В.<sup>1</sup>, Федосеева И. Ф.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии*

<sup>2</sup>*Кафедра неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики  
и медицинской реабилитации*

*ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

**Аннотация.** Во время пандемии COVID-19 произошел глобальный переход к дистанционному образованию. В данном исследовании предпринята



попытка изучить влияние дистанционного обучения на студентов-медиков на примере Кемеровского государственного медицинского университета.

**Ключевые слова:** пандемия, online обучение, студенты, преподаватели, медицинский университет.

## FEATURES OF PROVIDING DISTANCE LEARNING FOR MEDICAL STUDENTS IN CONDITIONS OF THE COVID-19 PANDEMIC

Kirina Yu. Yu.<sup>1</sup>, Akimenko G. V.<sup>1</sup>, Fedoseeva I. F.<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology*

*<sup>2</sup>Department of Neurology, Neurosurgery, Medical Genetics  
and Medical Rehabilitation*

*Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

**Abstract.** Based on the authors' experience, research, observations in the academic environment of the impact of the pandemic on the system of higher medical education in the specialty «Nursing» and the need to find alternative solutions, this article presents how the University works in conditions of self-isolation and how it will be able to respond to future challenges. It was found that there is a great need for the medical University to strengthen the practice in the curriculum and make it more flexible to meet the learning needs of students even while working independently in a coronavirus environment.

**Keywords:** higher medical education, distance learning, teachers, students, medical University, the COVID-19 pandemic.

11 марта 2020 года Всемирная организация здравоохранения объявила коронавирусную инфекцию COVID-19, которую вызывает возбудитель SARS-CoV-2, пандемией. Коронавирус по состоянию на 06 апреля 2020 года затронул высшие учебные заведения не только в Ухане, где и возник коронавирус, но и практически все вузы в 191 стране мира [1]. Таким образом, по всему миру

была закрыта значительная доля университетов, включая Оксфорд, Кембридж и другие ведущие вузы.

Минобрнауки России, в соответствии с указом Президента Российской Федерации от 02.04.2020 №23939, принял решение о переводе вузов страны на реализацию образовательных программ с использованием электронного обучения и дистанционных образовательных технологий [1]. Учебные заведения России оперативно отреагировали на форс-мажорную ситуацию и изменили свои условия работы, внедрили меры и практики, которые были нацелены на снижение риска заболевания COVID-19.

Во многих университетах страны до начала пандемии уже был накоплен опыт удаленной работы со студентами. Однако для практик внеаудиторных занятий с обучающимися дистанционный формат использовался редко. В рамках социологических исследований, проведенных Национальным исследовательским университетом «Высшая школа экономики» (НИУ ВШЭ), лишь 12% студентов ответили, что получали и выполняли задания преподавателя в электронном формате.

В условиях самоизоляции преподаватели организовали учебный процесс с использованием различных способов доставки электронного контента и доступных инструментов коммуникации с обучающимися в электронной информационно-образовательной среде (ЭИОС).

Главные вызовы дистанционного высшего сестринского образования - это, прежде всего, практическая и пациентоориентированная направленность учебных программ для обучающихся. Необходимость быстрого вхождения в режим бесконтактного обучения.

Незапланированный перевод учебного процесса на дистант в условиях пандемии имеет существенные отличия от правильно спланированного online - обучения на основе массовых открытых online-курсов (MOOK).

Результаты опроса преподавателей вузов с ученой степенью, проведенного НИУ ВШЭ в конце 2019 г., свидетельствуют о том, что они

невысоко (3,2 балла из 5) оценивали свой уровень владения дистанционными технологиями, а каждый четвертый респондент за последние 3 года ни разу не использовал в своей работе сервисы удаленной видеосвязи для участия в вебинарах и видео - конференциях [2].

Термин «online-обучение» в научной литературе используется, когда речь идет об отсутствии в процессе обучения offline контакта студента с преподавателем, что приводит к подмене понятий и, как правило, неверным выводам. На наш взгляд, в сложившихся условиях самоизоляции было бы не обоснованным использование термина «online-обучение» и в практике использования MOOK, поскольку экстренный перевод студентов на них в середине семестра без предварительных организационных мероприятий и необходимого сопровождения со стороны разработчиков online-курсов не позволили студентам осознать преимущества данной технологии.

В сложившейся ситуации необходимо понять различия между «online-обучением» и образовательными технологиями, применяемыми в условиях экстренного перевода учебных заведений на дистант.

Первый массовый открытый online-курс был разработан Дейвидом Кормьером (Канада) [5]. Исследования эффективности образовательных процессов, связанных с применением данной технологии, позволили акцентировать внимание на содержании форм и методов «online-обучение» [2]. В результате был выделен ряд отличий «online-технологии» от других технологий применяемых в вузовской системе XXI века (дистанционное, смешанное, мобильное обучение и др.), позволяет провести сравнительный анализ эффективности высшего образования в разных форматах и сделать заключение о преимуществах и недостатках той или иной технологии.

Ранее проведенные экспериментальные исследования различных форм дистанционного обучения позволили сделать вывод о том, что эти технологии существенно не отличаются от обычного аудиторного обучения с точки зрения результатов обучения [3, 7]. Во многом это объясняется тем, что учебный

процесс в электронной информационно-образовательной среде тщательно спроектирован и спланирован. «Online – курс», как правило, теоретически обоснован, обеспечен учебно-методическими и контрольно-измерительными материалами, которые и позволяют достичь запланированных результатов - формирования компетенций в рамках исключительно электронного обучения.

Ключевым в определении содержания «online-обучение» является педагогический дизайн - ведущий инструмент проектирования MOOK. Именно он, как правило, и отсутствует в большинстве случаев при экстренном переходе на «дистант» обучение.

Наиболее полно, на наш взгляд, варианты педагогического дизайна при проектировании online-курса отражены в работах американских философов Марианна Бакия (Marianne Bakia) и Роберта Мерфи (Robert Murphy), которые изучают интеграцию исследований в области компьютерных наук с исследованиями в области обучения.

Авторами были предложены основные параметры эффективных электронных курсов, с альтернативными вариантами реализации online-обучения:

- модель обучения, которая включает в себя: функции, структуру, способы организации учебного процесса, формы, технологии и результаты согласно образовательным целям общества.
- темп освоения, заданный преподавателем с возможностью прохождения части курса в удобном для обучающегося темпе.
- количество обучающихся: до 35 человек. от 36 до 99 человек. от 100 до 999 человек и более 1000 человек.
- педагогические технологии: объясняющие, исследовательские, практико-ориентированные и др.
- роль преподавателя: активное взаимодействие со студентами online. эпизодическое. Формальное online-присутствие. отсутствие преподавателя в online-среде.

- роль обучающегося: активная, пассивная.
- синхронизация взаимодействия.
- обратная связь.

Грамотно подобранные материалы курса, исходя из целей и задач обучения в online-среде, обеспечивают студентам образовательный результат, а преподавателю - положительную обратную связь. Такой подход подразумевает, что online-обучение – это прежде всего когнитивный и социальный процесс, а не просто способ передачи информации через сеть Интернет. Важно обратить внимание и на то, что такие технологии требуют обязательной социально-психологической поддержки обучающихся. В рамках очной формы обучения эту роль выполняют преподаватели, задействованные в учебном процессе.

Очевидно, то что online-обучение невозможно без IT-инфраструктуры, которая требует значительных инвестиций в качественные «online-курсы», обеспечивающие эффективное обучение и поддержку, в том числе психологическую, обучающимся в Интернет среде. Все вышеперечисленные условия необходимо проработать заранее, при этом преподаватели уже должны иметь опыт использования инструментов online-обучения и сервисов поддержки обучающихся.

Как показывает практика, на разработку online-курса в среднем уходит от 6 до 9 месяцев, а уверенные навыки работы преподавателя на online-платформе формируются в течение первых двух-трёх пилотных запусков курса. Поэтому важно чётко понимать то, что специалисты вкладывают в понятие «online-обучение» и то, что вузы пытаются реализовать на практике в условиях пандемии - это разные формы организации учебного процесса. Очевидно то, что делается в этом направлении в условиях форс-мажора даже с максимальными вложениями и личными ресурсами преподавателей по факту является ормой дистанционного обучения.

В экстремальных условиях резкого переформатирования учебного процесса и ограниченности временных ресурсов, на наш взгляд, должны

измениться и критерии оценки знаний, полученных, обучающимися. Эффективность образовательного процесса в данном случае будет определяться соотношением полученных результатов и затраченных ресурсов с поправкой на экстренность поставленных задач.

**Цель исследования:** анализ удовлетворенности студентов факультета «Лечебное дело» дистанционной формой обучения.

**Материал и методы исследования.** В рамках исследования было проведено анкетирование 78 студентов 1, 3 курсов факультета «Лечебное дело» Кемеровского государственного медицинского университета (КемГМУ), в их числе 16 (20,5%) юношей и 62 (79,5%) девушки. Средний возраст респондентов - 20,3 года. Анкеты заполнялись студентами ВКонтакте самостоятельно.

Разработанная для данного исследования анкета состояла из 25 вопросов по трем блокам: пандемия COVID-19. дистанционное обучение в условиях самоизоляции, вопросы об уровне владения персональным компьютером и навыках работы в сети Интернет.

**Результаты исследования и их обсуждение.** По итогам анализа анкет можно констатировать, что 97,4% респондентов были своевременно информированы о переходе КемГМУ на дистанционную форму обучения и ознакомлены с соответствующим приказом ректора.

Примерно для 71,8% опрошенных считали, что им с первых дней полностью или скорее было понятно, как дальше будет организовано обучение в их вузе.

В условиях самоизоляции на дистанте обучалось 96,1% студентов, при этом 83,3% использовали электронные сервисы и до пандемии, а 17,9% стали информационными волонтерами – помогали тем, кому была необходима помощь в освоении IT-технологий.

У 98,7% опрошенных дома есть Интернет, у 92,3% - свой компьютер или ноутбук. 83,3% респондентов отметили, что доступная им техника «точно» или

«скорее точно» отвечает необходимым для работы функциональным требованиям.

В образовательный процесс КемГМУ прочно вошли такие интернет-ресурсы, как: «Консультант студента», ЭБС, «Консультант врача» и др. В электронной библиотеке, к которой имеют доступ все студенты и преподаватели, размещены электронные версии большинства учебников, учебных и учебно-методических пособий.

Интерактивное взаимодействие «студент» – «преподаватель» в университете в настоящее время происходит в информационно-образовательной среде, созданной на основе Moodle LMS при наличии современного технического оборудования (компьютер, планшет, смартфон). Постоянное и оперативное общение, осуществляется также посредством Skype, приложений ZOOM, Discord, через электронную почту, чаты социальных сетей и мессенджер WhatsApp.

Система Moodle LMS имеет удобный интуитивно понятный интерфейс, студенты факультета лечебное дело и все преподаватели университета имеют личный кабинет, регистрируясь по индивидуальному логину и паролю. Основной структурной единицей каждого модуля, соответствующей дисциплины, является «Интерактивное занятие», доступ к которому открывается соответственно календарно-тематическому плану. Теоретический раздел представлен в виде лекционного материала и презентаций. Информационный блок включает также методические рекомендации, список литературы со ссылками на источники в электронных библиотеках. Контролирующий блок включает в себя контрольные вопросы, ситуационные задачи, тесты - контрольных заданий, что позволяет быстро и качественно оценить качество подготовки обучающихся. На выполнение каждого из представленных заданий отводится ограниченное количество времени. После окончания занятия преподаватель индивидуально в автоматическом или ручном режиме оценивает работу каждого студента.



С практическими занятиями сложнее, но и здесь есть выход. Часть занятий, например, в лабораториях не носят напрямую исследовательский характер. Например, уже у химиков есть опыт - снимается на камеру эксперимент, который показывает лаборант. А студенты потом описывают, что произошло.

По числу программ, которые студенты не могут завершить освоение курсов не смогут завершить в дистанционном формате лидируют следующие программы медицинского направления подготовки «Лечебное дело».

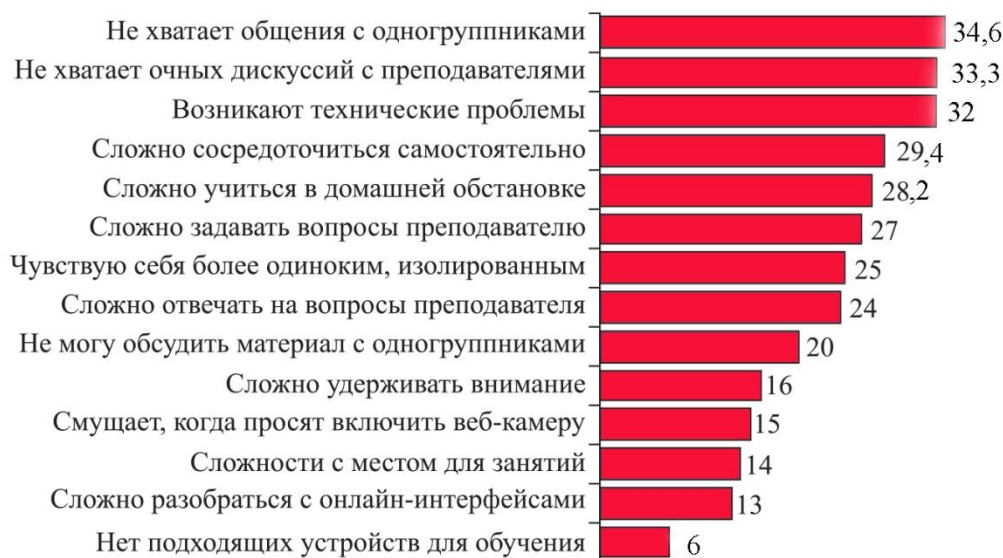
Исследование показало, что при всех положительных моментах после первых двух недель дистанционного обучения вузы столкнулись с целым рядом проблем. Во-первых, возникают вопросы достоверности того, что полученные от студента материалы подготовлены без посторонней помощи. отсутствует возможность контролировать заимствования присланного текста из учебной литературы и ресурсов сети Интернет и др. Так как основной целью обучения на клинических кафедрах медицинского университета является овладение студентами практическими навыками и умениями [4, 6], второй серьезной проблемой стало отсутствие возможности работать в условиях симуляционного центра КемГМУ.

Дистанционное обучение – это гибкая и изменяющаяся система, и в таких удаленных условиях нередко возникают ситуации, когда необходимо быстрое информирование студентов об изменениях в организации образовательного процесса. На вопрос о своевременности информирования 91% студентов положительно ответили. Всего 6,4% респондентов пожаловались на несвоевременность и только 1,2% на отсутствие заданий от преподавателей. В целом немногим менее четверти опрошенных 21,7% считали, что их обучение стало менее эффективным после перехода на дистанционный формат.

Анализ вопросов об адаптации к новым условиям обучения показал, что большинство респондентов 68% хорошо адаптировались к новым условиям, 20,5% - удовлетворительно и лишь у 6,4% - адаптация проходит сложно, что

может быть связано с низким уровнем владения персональным компьютером, навыками работы в сети Интернет, а также с периодически возникающими техническими трудностями. При этом для 73% опрошенных студентов формат дистанционного обучения является удобным, и они удовлетворены процессом обучения в дистанционной форме. Кроме того, четверть респондентов (24,3%) отмечают повышение уровня мотивации к обучению, у 15,3% респондентов он снизился, а у подавляющего большинства остался на прежнем уровне.

Три четверти опрошенных отметили, что сталкиваются с теми или иными сложностями (рис.1). Самые распространенные проблемы студентов - нехватка общения с одногруппниками (34,6%), технические проблемы различного рода и перебои с Интернетом (33,3%), недостаток общения с преподавателем offline (33,3%).



**Рис.1.** Оценка проблем с дистанционным обучением,  
 % опрошенных студентов.

Использование в процессе обучения в дистанционном режиме образовательного портала университета отметили 87,2% респондентов. Почти все участники анкетирования (98,7%) ответили положительно на вопрос о проведении занятий с применением платформы Moodle. В процессе обучения

сами преподаватели чаще всего используют обучающие презентации, семинары и вебинары на собственных дистанционных сервисах университета, а также Scype и Zoom сессии. В качестве наиболее оптимальных для учебного процесса форм взаимодействия с преподавателем студенты в равной степени отмечают различные способы: социальные сети, видеосервисы, форумы и чаты, практические работы в цифровом виде с отзывом преподавателя, а также использование электронной почты.

Большинство респондентов (66,7%) высоко оценили как способ подачи преподавателями учебной информации, так и ее содержание, в то же время 28,2% отметили, что хотели бы получить больше дополнительного материала по изучаемым темам, для 3,8% предложенный для изучения материал не открыл ничего нового, и для 7,6% обучающихся материал остался непонятным.

В процессе дистанционного обучения некоторые обучающиеся столкнулись с рядом технических проблем. 18% респондентов отмечали сложный уровень заданий, 16,6% - недостаточное количество обучающего материала, 7,6% - погрешности обратной связи, 5,1% - несвоевременное получение ответов на поставленные вопросы. В то же время контроль выполнения заданий преподавателями, по данным анкетирования, выполнялся регулярно.

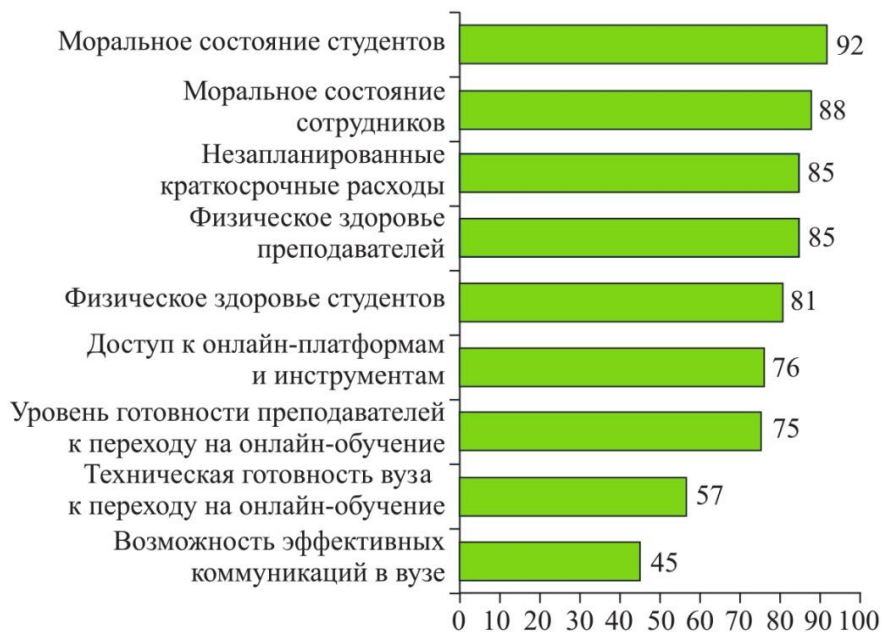
Среди «плюсов» дистанционного обучения респонденты отметили: повышение уровня безопасности жизни и здоровья в условиях коронавирусной инфекцией (88,4%), возможность повторно просматривать учебный материал (69,2%), экономию времени на дорогу в университет и возможность правильно питаться (60,2%), индивидуальный темп обучения (53,8%), использование современных образовательных технологий (41%).

На дополнительные возможности самостоятельной внеаудиторной работы указали 36% респондентов. наличие дополнительного учебных объема материалов и повышение качества обучения - 18% обучающихся.

К числу недостатков удаленного обучения в медицинском университете опрошенные отнесли: отсутствие демонстрации преподавателем практических навыков (84,6%) и возможности их отработки (48,7%), что, безусловно, является важным для будущей медицинской сестры.

Анализ ответов на вопросы, связанных с уровнем владения ПК и навыками работы в сети Интернет, показал ожидаемый уровень уверенной работы более чем у половины респондентов - 55,1%, а в то же время 23% указали на недостаточный уровень владения современной техникой.

В целом более трети (35,9%) студентов ответили, что дистанционный формат обучения им нравится больше, чем очный. Четверть респондентов считают, что при этом формате им проще задавать вопросы преподавателю. У 64% респондентов появилось больше времени на сон, 55% стали меньше уставать от учебы, у 48,7% стало больше свободного времени.



**Рис.2.** Задачи, стоящие перед университетом, требующие внимания в краткосрочной перспективе, %.

Опрос ректоров университетов, проведенный Национальным исследовательским университетом «Высшая школа экономики» образования, показывает, что работа с преподавателями - одна из главных задач стоящая

перед руководством университетов. Качественный переход в online -формат во многих случаях предполагает наличие курсов повышения квалификации, индивидуальной работы с преподавателями, переработки содержания курсов и др., что также требует дополнительных ресурсов.

Переход в цифровую образовательную Интернет-среду, вызванный пандемией, наглядно продемонстрировал, что сами по себе учебные аудитории не имеют особого значения. Важны знания, которые предлагает университет. И главное, источник знаний – это не технологии, лекции, электронные учебники и вебинары, а люди, сообщество, традиции вуза.

В высшем образовании особую, значимую роль играет бренд университета, вклад в который вносят его история, успехи выпускников и др. А также исследовательские задачи, которые решают сотрудники вуза. Очевидно, что развитие образовательных online-платформ, которое неизбежно произойдет после пандемии, усилит мобильность знаний и, как следствие, получение их все реже будет привязано к учебному заведению.

В обозримом будущем резюме преподавателей могут быть представлены из разных мест работы, и привязка к одному конкретному университету исчезнет окончательно. Это уже происходит и в настоящее время в США и ряде европейских стран [5]. В результате вузы сохраняют за собой две главные функции: социализации и сертификации, поскольку университеты предоставляют доступ к сообществу и решают задачу оценивания полученных знаний. Поэтому все элитарные университеты мира, как правило, полностью на online не переходят, очень значительная часть учебного процесса – это личные встречи.

Привычный формат экзаменов и зачётов с жесткой стандартизацией вероятно тоже может отойти на второй план. В условиях самоизоляции некоторые кафедры университета уже отказались от итоговых тестов и оценивали знания обучающихся по их работе в течение семестра и учебного года. В КемГМУ уже опробовали способ оценки по результатам участия

студентов в различных предметных олимпиадах. В них и сами обучающиеся смогли сравнить, оценить свой уровень подготовленности по сравнению с другими участниками.

Дистанционный формат экономит и время преподавателей, и аудиторный фонд, и появляется огромное количество возможностей, которые можно складывать по-разному, в зависимости от задач, которые стоят перед вузом в рамках Федерального государственного образовательного стандарта. Пандемия задала вектор цифровизации, но развитие событий все еще зависит от того, какой выбор общество сделает в будущем. В этих условиях особую ценность приобретают два навыка – гибкость и критическое мышление. Именно эти свойства историк Юваль Харари называл главными навыками человека будущего в своей книге «Двадцать один урок для XXI века» [6]. Очевидно, сейчас лучшее время для их развития.

Таким образом, в эпоху глобального информационного и образовательного пространства, при возрастающем значении информационных технологий, дистанционная форма обучения дает возможности для приобретения качественного профессионального образования за счет возможности доступа к учебному и дополнительному материалу и быстрому способу передачи информации в процессе взаимодействия обучающегося с преподавателями.

Для медицинского вуза вынужденный переход на полное дистанционное обучение в связи с угрозой распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 требует тщательного анализа, связанного как с оценкой эффективности обучения, так и с удовлетворенностью обучающихся. Под удовлетворенностью студентов понимают субъективную, эмоционально окрашенную оценку качества тех или иных объектов, условий учебной деятельности, в том числе межличностных отношений [7, 8, 9]. Определение удовлетворенности студентов переходом на полное дистанционное обучение



позволит выявить слабые стороны деятельности вуза в данном направлении и целенаправленно осуществлять меры по их усовершенствованию.

**Заключение.** Переход на удаленную работу и на дистанционную форму обучения – это вынужденная мера, которая стала необходима для того, чтобы максимально сократить риски здоровья людей.

Заложенные за последние годы инфраструктурные решения развития online-образования оказались актуальными в кризисной ситуации. Первые две недели режима перехода на карантинные меры показали, что в целом вузы смогли противостоять распространению паники среди студентов и преподавателей, настроили рабочие процессы. Об этом свидетельствуют социологические данные опроса студентов и интервью с преподавателями.

Проведенное исследование показало, что современные студенты обладают достаточно хорошими навыками по работе с современной техникой, программным обеспечением и работе в сети Интернет. Как следствие, быстро адаптировались к дистанционной форме обучения в условиях пандемии COVID-19. Абсолютное большинство владеет актуальной информацией, касающейся путей распространения и методов профилактики распространения новой коронавирусной инфекции, получаемой в основном из официальных источников. В целом студенты удовлетворены процессом обучения в дистанционном режиме. высоко оценили содержание учебной информации и ее подачу преподавателями университета.

Проблемы и трудности, возникающие в ходе освоения образовательных программ в новой форме, в основном связаны с техническими возможностями вуза. То, что необходимо в настоящее время, это, в первую очередь, улучшение цифровой инфраструктуры. Вместе с тем, внедрение online-образования должно осуществляться с осторожностью и этот процесс потребует времени на подготовку преподавателей, разработку и апробацию online-курсов по всем учебным дисциплинам, предусмотренных учебным планом.



В конечном итоге, вузам в настоящее время гораздо важнее извлечь Заключение из этого стихийного «глобального эксперимента» и организовать в дальнейшем планомерную работу над ошибками, чтобы избежать их в будущем.

### **Литература / References:**

1. Акименко, Г.В., Селедцов, А.М., Кирина, Ю.Ю. Влияние пандемии COVID -19 на систему высшего образования // Дневник науки. 2021. № 1 (49).
2. Акименко, Г.В., Селедцов, А.М., Кирина, Ю.Ю. Опыт дистанционного обучения студентов факультета «Сестринское дело» в условиях пандемии COVID-19 // Медицинская сестра. 2020. Т. 22. № 5. С. 12.
3. Селедцов, А.М., Кирина, Ю.Ю., Акименко, Г.В. Проблемы психического здоровья в условиях пандемии // Дневник науки. 2020. № 8 (44). С. 10.
4. Ahmed H., Allaf M., Elghazali H. COVID-19 and medical education. Lancet infection in 2020. doi:10.1016/S1473-3099(20)30226-7.
5. Gallagher TH, Schleyer AM. «We signed up for this!» – Student and trainee responses to the Covid-19 pandemic. In English J Med 2020. DOI: 10.1056/NEJMp2005234.
6. Hodges S, Moore S, Lockey B, et al. Review of EDUCAUSE. Difference between emergency distance learning and online learning. Available April 30, 2020. <https://er.educause.edu/articles/2020/3/the-difference-between-emergency-remote-teaching-and-online-learning>.
7. Bauchner H, Sharfstein J. A bold response to the COVID-19 pandemic: medical students, national service and public health. JAMA 2020. doi: 10.1001/jama.2020.6166.
8. Office of Faculty Development at the University of British Columbia. COVID-19 and faculty development and support. Accessed April 10, 2020. <https://facdev.med.ubc.ca/covid-and-faculty-development-support>.

9. Emanuel E.J. The inevitable rethinking of medical education. JAMA 2020; 323: 1127-1128.

## ПОСЛЕРОДОВАЯ ДЕПРЕССИЯ: ПРОБЛЕМА СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Клюева О. П., Беккер А. А.

*Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии  
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

**Аннотация.** В данной работе проанализирована проблема возникновения послеродовой депрессии, факторы риска и потенциальные основы её развития. Отражены прогностические признаки и первые клинические проявления, на которые следует обращать внимание в послеродовом периоде. Приведены рекомендации, помогающие распознать послеродовую депрессию и оказать надлежащую медицинскую и психологическую помощь. Для написания статьи использовался анализ научной литературы по данной тематике.

**Ключевые слова:** послеродовая депрессия, соматопсихические расстройства, послеродовой период, проявления послеродовой депрессии, факторы риска послеродовой депрессии.

## POSTPARTUM DEPRESSION: THE PROBLEM OF TIMELY DIAGNOSIS OF THE DISEASE

Klyueva O. P., Bekker A. A.

*Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology  
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

**Abstract.** In this article, the problem of postpartum depression, risk factors and potential foundations of its development were analyzed. The prognostic signs and the first clinical manifestations are reflected, which should be paid attention to in the postpartum period. Recommendations are provided to help recognize postpartum

depression and provide appropriate medical and psychological assistance. To write the article, an analysis of the scientific literature on this topic was used.

**Keywords:** postpartum depression, somatopsychic disorders, postpartum period, manifestations of postpartum depression, risk factors for postpartum depression.

## **Введение**

Послеродовая депрессия (ПД) является распространенной и серьезной проблемой психического здоровья, которая связана как со страданиями матери, семейными конфликтами, так и многочисленными негативными последствиями для потомства, проявляющимися чаще когнитивными и поведенческими нарушениями. Первые шесть месяцев после родов могут представлять собой период высокого риска развития депрессии. Оценки распространенности варьируются от 10% до 15% [7]. Факторы риска отражают те, которые обычно обнаруживаются при тяжелой депрессии, за исключением специфических послеродовых факторов, таких как чувствительность к гормональным изменениям.

Контролируемые испытания психологических вмешательств подтвердили эффективность различных индивидуальных и групповых вмешательств. Обзоры сходятся в рекомендациях по применению конкретных антидепрессантов во время грудного вскармливания. Профилактика ППД представляется осуществимой и эффективной. Наконец, наблюдается растущее движение за включение скрининга психического здоровья в рутинную первичную медицинскую помощь беременным и послеродовым женщинам и за дальнейшим проведением этого скрининга с лечением или направлением к врачу и последующим уходом.

## **Материалы и методы исследования**

Для достижения поставленной цели использовался анализ научной литературы с применением электронных баз данных eLIBRARY.RU,

«КиберЛенинка», PubMed, применялись общенаучные методы исследования для выявления причинно-следственных связей.

### **Результаты и их обсуждения**

Послеродовая депрессия (ПД) – это расстройство эмоционально-волевой сферы, которое проявляется в послеродовой период. Данное заболевание классифицируется в МКБ-10, код по МКБ-10 – F53 «Психические и поведенческие расстройства, связанные с послеродовым периодом, не классифицируемые в других разделах».

Частота распространенности послеродовой депрессии 10-15% в мире. По данным ВОЗ послеродовая депрессия распространена и проявляется у 1 из 10 женщин в странах с высоким уровнем дохода и у каждой пятой в странах с низким и средним уровнем дохода. В большинстве случаев послеродовая депрессия не диагностируется и не лечится, что приносит вред здоровью матери и ребенка и имеет неблагоприятное влияние на семью.

Точная причина возникновения послеродовой депрессии не установлена. Большую роль в возникновении ПД имеют социальные факторы. Также имеют влияние психические расстройства в анамнезе, гормональные изменения, генетическая предрасположенность и нарушения сна. Факторами риска возникновения ПД являются: снижение настроения и возникновение тревоги до и во время беременности, психотравмирующие воздействия во время беременности, нежелательная беременность и перенесенные аборт или выкидыши в анамнезе, патологическое течение беременности и родов, родоразрешение путем кесарева сечения, выявленные заболевания плода и новорожденного, отсутствие и нарушение грудного вскармливания. Кроме того, инфекционные заболевания во время беременности и после родов могут оказывать влияние на психические процессы роженицы [4].

Патофизиология ПД сложна и полностью не выяснена, однако есть свидетельства того, что роль могут играть биологические факторы, включая гормональные факторы, генетику и иммунную функцию. Кроме того, после

родов женщина находится в состоянии депривации, в результате чего, женщина испытывает постоянное чувство тревоги и подавленное настроение. Изменение привычного уклада жизни, режима дня, необходимость ухода за новорождённым, нарушение сна играют важную роль в возникновении ПД. Изменение гормонального фона является одной из важных причин возникновения ПД. Считается, что смена доминанты «беременности» на доминанту «родов», перестройка гормональной регуляции, недостаток окситоцина приводят к возникновению нарушений эмоциональной сферы.

Имеются данные о том, что женщины, страдающие послеродовой депрессией, могут быть по-разному чувствительны к воздействию гонадных стероидов, поскольку отмена супрафизиологических доз эстрадиола и прогестерона усиливала депрессивные симптомы только у пациенток с послеродовой депрессией в анамнезе [6].

Нейроактивный стероид аллопрегнанолаон, метаболит прогестерона, также является потенциальным биомаркером. Его уровень резко повышается во время беременности и резко падает в послеродовой период, снижается при серьезных депрессивных расстройствах и повышается после лечения антидепрессантами [7]. В нескольких исследованиях была выявлена отрицательная корреляция уровня аллопрегнанолаона в сыворотке крови с симптомами послеродовой депрессии [8].

Большая проблема идентификации биомаркеров связана с гетерогенностью популяции пациентов, ограниченному доступу к образцам (в основном ограниченный факторами, циркулирующими в крови) и отсутствием контроля за условиями эксперимента в клинике.

Симптомы послеродовой депрессии сходны с симптомами большого депрессивного синдрома. ПД проявляется общими симптомами такими как: снижение настроения, особенно по утрам, плаксивость; утрата интереса к жизни и ангедония, гипобулия, снижение аппетита и либидо; чувство тревожности, раздражительность; нарушение сна и ранние пробуждения;

замедление мышления, снижение концентрации, трудность в принятии решений; чувство вины, бред самообвинения, бред самоуничтожения, ипохондрический бред; суицидальные мысли, стремление к суициду; пониженная самооценка, пессимизм; скованность, неповоротливость, медлительность. Некоторые симптомы могут быть более специфичными: чрезмерное беспокойство о состоянии ребенка, чувство неспособности или нежелание заботиться о ребенке, негативные мысли о ребенке. В тяжелых случаях могут возникать галлюцинации и психоз.

Женщинам с подозрением или диагностированным психическим расстройством следует оказывать помощь в зависимости от тяжести заболевания. Лечение проводится с помощью психотерапии и/или медикаментозной терапии. При тяжелом течении пациентку необходимо госпитализировать в специализированный стационар. В качестве немедикаментозного лечения проводится поведенческая психотерапия, семейная терапия, групповая терапия. Медикаментозное лечение проводится пероральными антидепрессантами в сочетании с эстрогенами. Психотропные средства назначаются в крайних случаях по необходимости. Главные требования к антидепрессантам: слабая выраженность побочных эффектов, отсутствие или минимальный тератогенный эффект, безопасность использования при грудном вскармливании [1].

Профилактика послеродовой депрессии включает раннюю диагностику заболевания, наблюдение за пациентками с наличием факторов риска, с наличием у пациентки депрессии в анамнезе и депрессии у близких родственников, с нарушениями сна.

Рекомендуется проводить скрининг на ПД через 6 недель после родов. Скрининг проводится с помощью Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии и/или скрининг-шкалы постнатальной депрессии. Данные методы являются высокочувствительными.

Часто окружение женщины не понимает, что все эти симптомы являются проявлением такого заболевания, как послеродовая депрессия. Кроме того, женщина может не говорить о своем состоянии, как своей семье, так и медицинским работникам. Для раннего установления ПД с целью устранения симптомов и лечения в первые недели женщине, близким родственникам и медицинским работникам необходимо обращать внимание на такие проявления:

1. Значительная потеря веса и снижение аппетита;
2. Нарушения сна: бессонница, ранние пробуждения;
3. Потеря интереса к ребенку, нежелание заботиться о нем, неадекватное поведение с ребенком;
4. Резкие перепады настроения, плаксивость;
5. Отстранение от общения с семьей, стремление к самоизоляции, замкнутость;
6. Суицидальные мысли.

При обнаружении данных симптомов необходимо обратиться к специалистам, чтобы избежать прогрессирования заболевания.

### **Заключение**

Послеродовая депрессия (ПД) является распространенным расстройством и может привести к инвалидности. Ухудшение психического здоровья женщины в перинатальный период может повлиять на ее благополучие, а также на благополучие ее ребенка и семьи. Плохое психическое здоровье связано с более высоким риском акушерских осложнений и самоубийств. Кроме того, женщины могут реже посещать дородовые и послеродовые консультации. Младенцы могут подвергаться повышенному риску возникновения трудностей с кормлением и установлением связей со своими родителями. Последствия такого депрессивного расстройства особенно сказываются на самочувствии матери, иногда их расстройство может также оказывать влияние на отца ребенка и других членов семьи. Необходимо проводить скрининг,



направленный на диагностику ПД и обращать внимание на проявления заболевания.

### Литература / References:

1. Апресян С. В. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях // Апресян С. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. 464 с.
2. Stewart D.E., Vigod S.N. Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics // Annual Review of Medicine. 2019. 70. P.183-196.
3. Payne J.L., Maguire J. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression // Front Neuroendocrinol. 2019. 52. P.165-180.
4. Макарова М.А., Тихонова Ю.Г., Авдеева Т.И. Послеродовая депрессия — факторы риска развития, клинические и терапевтические аспекты // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2023. 4. С.75-80.
5. Yim I.S., Tanner Stapleton L.R., Guardino C.M., Hahn-Holbrook J, Dunkel Schetter C. Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: systematic review and call for integration // Annual Review of Clinical Psychology. 2015. 11. P.99-137
6. Bloch M, Schmidt P.J., Danaceau M, Murphy J, Nieman L, and Rubinow D.R. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression // American Journal of Psychiatry. 2000. 157. P.924–930.
7. Психическое здоровье человека в современном обществе. Междисциплинарные проблемы и возможные пути их решения / Г. В. Акименко, Ю. Ю. Кирина, А. И. Копытин [и др.]. – Москва : ООО Альпен-Принт, 2022. – 295 с.
8. Hellgren C, Åkerud H, Skalkidou A, Bäckström T, and Sundström-Poromaa I. Low serum allopregnanolone is associated with symptoms of depression in late pregnancy // Neuropsychobiology. 2014. 69. P.147–153.

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ АЛКАГОЛЬНОГО ПСИХОЗА У ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ БОЛЬНЫХ

Курязов А. К.

*Кафедра стоматологии*

*Ташкентская медицинская академия. Ургенчский филиал.*

*Республика Узбекистан г. Ургенч*

**Аннотация.** Проблема алкоголизма и сопутствующим заболеванием туберкулез очень актуальна. Лица с сочетанной данной патологией туберкулез и алкоголизм представляют большую эпидемиологическую опасность. В связи с часто встречающимися у них тяжелыми деструктивными формами туберкулеза при массивном бактериовыделении, что очень опасно для окружающих людей.

**Ключевые слова:** туберкулез, алкоголизм, психоз, наркомания, ВИЧ-инфекция, коморбидность

## MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF ALCOHOLIC PSYCHOSIS IN TUBERCULOSIS PATIENTS

Kuryazov A. K.

*Department of Dentistry*

*Tashkent Medical Academy, Urgench Branch,*

*Republic of Uzbekistan, Urgench*

**Abstract.** The problem of alcoholism and the concomitant disease tuberculosis is very relevant. Persons with combined tuberculosis and alcoholism present a great epidemiological danger. Due to the severe destructive forms of tuberculosis that are often found in them with massive bacterial excretion. This is very important for the people around you.

**Keywords:** tuberculosis, alcoholism, psychosis, drug addiction, HIV infection, comorbidity.

### **Актуальность**

Проблема алкоголизма и сопутствующего заболеванием туберкулез обусловлена причинами деградация личности, низкий уровень санитарной грамотности, несоблюдение элементарных правил гигиены, позднее обращение за медицинской помощью, пренебрежение рекомендациями врачей. Тем самым они становятся особо опасными для окружающих, распространяя микобактерии туберкулез [1].

Среди больных туберкулезом и алкоголизмом лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза наблюдается в 2 чаще, чем у пациентов, не страдающих алкоголизмом. Это косвенное свидетельство того, что лечение таких больных предпринималось неоднократно и столько же раз они уклонялись от него. Среди больных, длительно состоящих на диспансерном учете, злоупотребляющих алкоголем в 3-5 раз больше, чем первично заболевших туберкулезом легких [2].

Причиной этого является оседание в диспансере лиц, злоупотребляющих алкоголем, из-за низкой эффективности лечения. Особенно велика распространенность алкоголизма среди больных хроническим деструктивным туберкулезом легких [3, 4]. Туберкулез легких у подавляющего большинства больных развивается на фоне алкоголизма, реже предшествует ему. Это характеризует большинство лиц с сочетанной патологией как больных алкоголизмом с сопутствующим туберкулезом [5].

Клинические проявления и течение туберкулеза легких при алкоголизме могут быть различными. Процесс в легких у больных алкоголизмом иногда приобретает бурное течение и приводит к летальному исходу. Частыми осложнениями туберкулеза легких при сочетании его с алкоголизмом являются легочные кровотечения и кровохарканье, которые связывают с пневмосклерозом и повышенной проницаемостью сосудов под влиянием алкоголя и туберкулеза [6, 7]. После излечения туберкулеза у больных

алкоголизмом наблюдаются выраженные остаточные изменения в легких, что создает условия для возникновения рецидивов заболевания.

Главной причиной развития рецидивов является недостаточное лечение больных в период проведения основного курса химиотерапии в стационаре из-за досрочной выписки за нарушение режима [8].

У больных алкоголизмом туберкулезный процесс при его рецидивах протекает тяжелее, чем при первоначальном заболевании. При возникновении туберкулеза резко ухудшается течение алкоголизма, быстро формируются его тяжелые стадии с выраженной психопатизацией, деградацией личности и социальной запущенностью. Запой принимают упорный характер, более тяжелым становится синдром похмелья. Туберкулезная инфекция является дополнительным отягощающим фактором, способствующим возникновению алкогольных психозов [9, 10, 11].

Основную роль в их развитии играют обострения туберкулезного процесса. Принципы лечения. Одна из основных причин неблагоприятного течения туберкулеза легких при алкоголизме - неполноценное лечение из-за недисциплинированности больных. Без активной антиалкогольной терапии лечение больных алкоголизмом и туберкулезом не может быть успешным [12, 13].

Использование высокоэффективных, адекватно подобранных комбинаций противотуберкулезных препаратов дает возможность одновременно осуществлять активную противоалкогольную терапию без серьезных осложнений туберкулеза [14]. Последняя позволяет продлить сроки пребывания больных в стационаре за счет ремиссии алкоголизма. Пристрастие к вредным привычкам, особенно таким, как алкоголизм, наркомания, табакокурение опасны и для здорового организма, их влияние на организм, поврежденный туберкулезом возрастает многократно. Проблема алкоголизма и сопутствующего ему туберкулеза очень актуальна [15].

**Целью данного исследования** является информирование специалистов разного профиля, имеющих отношение к проблеме, об эпидемиологии этой триады заболеваний. Туберкулез – инфекционная болезнь, одна из ведущих причин заболеваемости, которая входит в десятку наиболее распространенных причин смертности в мире и чаще других инфекционных возбудителей (включая ВИЧ/СПИД) становится причиной смерти людей. Ежегодно во всем мире туберкулезом заболевает около 10 миллионов человек. Туберкулез – одна из 10 основных причин смертности людей.

### **Материалы и методы исследования**

Проанализированы данные истории болезни, посвященные мультикоморбидности таких социально значимых заболеваний, как туберкулез, болезни зависимости и ВИЧ-инфекция.

Представлены данные о распространенности этих заболеваний в мире за последние годы. Лица с сочетанной патологией представляют собой большую эпидемиологическую опасность. Больные с тройным диагнозом составляют особо трудную для терапии группу, поскольку оказываются некомплаентными. Поздняя диагностика, распространенные и осложненные формы туберкулеза, массивное бактериовыделение, хроническое течение заболевания, высокий уровень множественной лекарственной устойчивости, прерывание лечения, хроническая легочная недостаточность, легочные кровотечения, плохая переносимость противотуберкулезных препаратов, высокая летальность – характерные проявления течения болезни у этой категории пациентов. Проблему заболеваемости туберкулезом необходимо

Социально значимые заболевания включают в себя болезни, представляющие угрозу здоровью населения и обществу в целом. Среди них значительное место отводится таким инфекциям, как туберкулез и ВИЧ, и болезням зависимости, которые являются мультикоморбидными. Решение проблемы распространения этих заболеваний требует консолидации различных структур. Туберкулез – одна из 10 основных причин смертности. Почти 90%

случаев фиксируют ежегодно в 30 странах с высоким бременем туберкулеза. По оценкам, во всем мире 1,7 млрд. человек были инфицированы *M. tuberculosis* и, таким образом, рискуют заболеть.

### **Результаты исследования и обсуждения**

Люди с низким социально-экономическим статусом в ряде европейских стран имели трехкратный риск смерти от причин смерти, полностью связанных с употреблением алкоголя, по сравнению с людьми с высоким социально-экономическим статусом.

Среди больных туберкулезом органов дыхания психические, поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя встречаются в 60,0% случаев, из них синдром алкогольной зависимости диагностируется в 26,3%; у больных с внелегочными формами туберкулеза психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя выявлены в 25,7%, синдром алкогольной зависимости – в 6,3% случаев; у больных с заболеваниями легких нетуберкулезной этиологии синдром алкогольной зависимости диагностирован в 4,5% случаев.

При туберкулезе легких у больных, страдающих одновременно алкоголизмом и психическим заболеванием, последнее, как правило, первично, течение болезни неблагоприятное, эффективность терапии низкая. При сочетании наблюдается атипичная картина алкоголизма: быстрее снижается толерантность, возникают амнестические формы опьянения, чаще наблюдаются «психопатизация» больных, а также выраженные нарушения иммунологического статуса, клеточный иммунодефицит. Патогенез туберкулеза у больных алкоголизмом не выяснен полностью.

Алкоголь ведет к повреждению различных органов и систем, в том числе иммунной системы. В легких алкоголь разрушает альвеолярный эпителий, вызывает гибель легочных макрофагов, воспалительную инфильтрацию стенок бронхов, сосудов, что приводит к угнетению местных защитных реакций против инфекций. Длительная алкогольная интоксикация приводит к

нарушению обменных процессов, дегенеративным и деструктивным изменениям внутренних органов, способствует прогрессированию туберкулеза. Кроме того, больные хроническим алкоголизмом неадекватны в оценке своего здоровья, обычно игнорируют профилактические обследования, в связи с абстинентными состояниями утрачивают контроль за своим здоровьем, поздно обращаются за помощью к врачу.

Туберкулез у больных алкоголизмом развивается в результате эндогенной реактивации посттуберкулезных изменений, но, учитывая асоциальное поведение и несоблюдение санитарных норм, существенную роль в развитии туберкулеза играет и экзогенная суперинфекция. У больных алкоголизмом могут выявляться различные по тяжести формы туберкулеза легких. Эта ситуация обусловлена следующими причинами: деградация личности; низкий уровень санитарной грамотности; несоблюдение элементарных правил гигиены; позднее обращение за медицинской помощью; пренебрежение рекомендациями врачей; отказ от радикальной терапии. Тем самым они становятся особо опасными для окружающих, распространяя микобактерии туберкулеза, часто полирезистентные к противотуберкулезным препаратам. Во всех случаях диагноз активного туберкулеза легких был подтвержден клинико-анамнестическими, лабораторными и инструментальными методами. При необходимости выполнялась компьютерная томография, бронхоскопия с биопсией.

Туберкулезный процесс у них сопровождался массивным бактериовыделением, что создавало эпидемиологическую угрозу для лиц, находившихся в контакте. Из-за неадекватного поведения, трудностей привлечения к контролируемой противотуберкулезной терапии эффективность лечения этих пациентов оказалась недостаточной. При обследовании 28 больных туберкулезом легких в Хорезмской области все пациенты были разделены на две группы. В одной группе были пациенты с множественной лекарственной устойчивостью микобактерии, а в другой с туберкулезом без



лекарственной устойчивости. Одним из самых опасных факторов, способствующих заболеванию туберкулезом, является употребление наркотиков.

Наркомания – это тяжелое хроническое заболевание, развившееся вследствие наркотизации и проявляющееся неудержимым влечением к постоянному приему наркотических веществ с потерей контроля за их приемом и сопровождающееся абстинентным синдромом.

Важное значение в повышенной заболеваемости туберкулезом лиц, страдающих наркоманией, имеет резкое снижение общей и специфической резистентности организма под влиянием длительной наркотической интоксикации, а также сопутствующие инфекционные заболевания: ВИЧ-инфекция, гепатиты, которые ассоциированы с употреблением наркотиков. Тяжелое течение пневмонии регистрируется у наркозависимых пациентов со стажем более 2 лет и при позднем обращении за медицинской помощью.

Пневмония – главная причина (38%) обращения инъекционных наркоманов с лихорадкой в медицинские учреждения. Проанализированы истории болезни 36 наркозависимых больных с пневмониями. У всех имелась сопутствующая патология: ВИЧ – у 28 человек (77,8%), хронический вирусный гепатит С имел место у 34 человек (95%); сочетание гепатитов В и С – у 6 больных (16,7%); сочетание ВИЧ и гепатита С – в 77,8% случаев; ВИЧ и обе формы гепатита – у 5 больных (13,8%). В большинстве случаев развиваются пневмонии, характеризующиеся агрессивным течением, часто осложняющиеся образованием деструктивных полостей, нагноением и эмпиемой плевры, дыхательной недостаточностью.

Ранее находились в заключении 51,2% из группы наркозависимых, без данных о наркомании – 19,4%. У лиц, принимающих наркотики, отмечена низкая приверженность 17% к антиретровирусной терапии, прерывание лечения и нарушения режима фиксировали в 3 раза чаще. За период наблюдения в группе больных коинфекцией туберкулез/ВИЧ, принимающих

наркотики, умерло 78%, причем среди данной группы 88% больных продолжали употреблять наркотики в стационаре. У больных этой группы отмечали множественное поражение органов и систем. Непосредственной причиной смерти у больных коинфекцией туберкулез/ ВИЧ, принимающих наркотики, до 79% является отек головного мозга [16].

Особенно трудную для терапии группу составляют пациенты с «тройным диагнозом» – туберкулезом, ВИЧ-инфекцией и наркозависимостью. Для наиболее полного выявления больных с зависимостью от психоактивных веществ среди контингентов противотуберкулезного диспансера фтизиатрам при первом обследовании больных и в процессе их динамического наблюдения необходимо уметь выявлять среди них таких лиц. Эти данные могут быть получены из анамнеза пациента, результатов объективного исследования внешний облик больного, его поведение, окраска кожных покровов, а также путем бесед с лицами из окружения больного и уточнения данных о больном в лечебных учреждениях.

Комплексное лечение больных, страдающих одновременно туберкулезом и болезнями зависимости, может осуществляться добровольно или принудительно. Вопрос о добровольном или принудительном лечении таких больных должен решаться на основании данных клинического фтизиатрического и наркологического обследований. Как правило, комплексное лечение наркологических больных с впервые выявленным туберкулезом или его рецидивом должно начинаться в условиях обычного туберкулезного стационара. Наиболее целесообразно сосредоточить таких больных в стационаре, где осуществляется систематическая консультация нарколога.

### **Заключение**

Туберкулез легких у пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью выявляется преимущественно при обращении в лечебные учреждения. У этой категории больных диагностируются тяжелые по течению

распространенные формы туберкулеза, что связано в значительной степени с трудностями привлечения их к противотуберкулезной терапии, что обуславливает недостаточно эффективные результаты лечения. Учитывая социальную дезадаптированность этой категории населения, отсутствие в большинстве случаев у них приверженности к лечению как туберкулеза, так алкоголизма и наркомании, создается угроза заражения населения микобактериями туберкулеза с лекарственно-устойчивыми штаммами микобактерий к противотуберкулезным препаратам, прежде всего детей и подростков.

### **Литература/References:**

1. Аскарова Р.И. Задания для самостоятельной работы и контроля знаний студентов по детской фтизиатрии. - Москва, 2020.
2. Аскарова Р.И., Поляков, К., Акулина, Ю. A Capillary Electrophoretic Method for the Analysis of Bupivacaine and Its Metabolites. 2020.
3. Аскарова Р.И. Социально-значимый туберкулез у детей дошкольного возраста // Наука, техника и образование. 2023. №1 (84). С.82-85.
4. Аскарова Р.И. Во фтизиатрии арт-терапия как наилучший метод лечения в работе с детскими проблемами // Процветание науки. 2022. №2 (8). С.43-49.
5. Аскарова Р.И. Мониторинг заболеваемости детей первичным туберкулезом в Хорезмской области // 2021. №2 (10). С.238-242.
6. Аскарова Р.И. Gen-Expert исследование в диагностике деструктивного туберкулеза легких // Наука, техника и образование. 2021. №1 (76). С.45.
7. Аскарова Р.И. Массовое флюорографическое обследование населения Хорезмской области в целях выявления туберкулеза легких // Наука, техника и образование. 2023. №1 (89). С.86-89.
8. Аскарова Р.И. Проблема заболеваний туберкулеза и хронических бронхолегочных заболеваний среди населения Приаралья // Процветание науки. 2021. №4 (4). С.53-59.

9. Копылова И.Ф., Печерина И.В., Пьянзова Т.В. Совершенствование организации деятельности стационарных отделений противотуберкулезных учреждений // Туберкулез и болезни легких. 2009. Т. 86. № 6. С. 34-37.

10. Аскарова Р.И. Влияние Аральского кризиса на здоровье населения в Хорезмской области // Современный мир, природа и человек: сборник материалов XX-ой Международной научно-практической конференции (Кемерово, 22-23 сентября 2021 г.) / отв. ред. Л.В. Начева, Г.В. Акименко, Л.В. Гукина, И.А. Кудряшова. – Кемерово: КемГМУ, 2021. С. 80-88.

11. Аскарова Р.И. Применение арт-терапии у пожилых пациентов, больных туберкулезом // Современная арт-терапия в образовании, медицине и социальной сфере : сборник материалов Международной научно - практической конференции (Кемерово, 15 апреля 2022) / отв. ред. Г. В. Акименко; ред. А.И. Копытин, А. А. Лопатин, А. М. Селедцов, Л.В. Начева, Л.В. Гукина, И.Ф. Федосеева. - Кемерово: КемГМУ, 2022. С.62-68.

12. Аскарова Р.И. Infection of people with tuberculosis from cattle and preventive measures // International scientific review. 2023. № 1 (45). С.26-29.

14. Аскарова Р.И. Главные опасности заражения людей туберкулезом от домашних животных // European research. 2023. №3(81).

15. Аскарова Р.И. Своевременная диагностика острых респираторных инфекций у детей и подростков в Хорезмском регионе // Вестник науки и образования. 2023. №1(132). С.82-85.

16. Лебедева И.Б., Осинцева И.Ю., Бондаренко Т.Е., Пьянзова Т.В., Брусина Е.Б. Клиническая характеристика // Фундаментальная и клиническая медицина. 2021. Т. 6. № 3. С. 71-84.

## ВЕЙПИНГ КАК ЯВЛЕНИЕ. ТОКСИЧНОСТЬ И ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ОРГАНИЗМ

Лопатин А. А., Пискарева О. И, Рубцова О. С., Садартдинов С. Ф.

*ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер  
имени профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово*

**Аннотация.** В данной статье представлены современные данные об электронных системах доставки никотина и их влияния на организм. Описаны корреляции между параметрами жидкостей для электронных систем доставки никотина и количеством выделяемых вредных веществ.

**Ключевые слова:** вейпинг, электронные сигареты, электронные системы доставки никотина, токсичные вещества, канцерогены.

## VAPING AS A PHENOMENON. TOXICITY AND EFFECTS ON THE BODY

Lopatin A. A., Piskareva O. I., Rubtsova O. S., Sadartdinov S. F.

*Professor N.P. Kokorina Kuzbass Clinical Narcological Dispensary,  
Russia, Kemerovo*

**Abstract.** This article presents current data on electronic nicotine delivery systems and their effects on the body. Correlations between the parameters of liquids for electronic nicotine delivery systems and the amount of harmful substances released are described.

**Keywords:** vaping, electronic cigarettes, electronic nicotine delivery systems, toxic substances, carcinogens.

Электронные системы доставки никотина (далее – ЭСДН), появившись на массовом рынке в России в 2004 году, до сих пор являются предметом пристального научного изучения в плане их воздействия на организм. Влияние ЭСДН на здоровье сильно варьирует в зависимости от характеристик устройства (тип, модификации, выбор жидкости для использования), а также от индивидуальных особенностей пользователя (частота использования ЭСДН,

длительность затяжки, наличия заболеваний бронхолегочной системы). Сложности с определением негативных эффектов от использования устройств связаны также с новизной продукта, недостатком длительных репрезентативных исследований и многообразием модельного ряда, что затрудняет сравнительное изучение.

Статистика показывает, что использование ЭСДН становится все более популярным у молодежи – школьников, студентов, а также у лиц, курящих традиционные сигареты в связи с введением запретов на курение в общественных местах [1].

*Состав жидкостей для ЭСДН:*

Основу жидкостей для ЭСДН составляют пропиленгликоль и глицерин в различных соотношениях: как правило 50/50 или 70/30 VG/PG. Также в состав входят различные ароматизаторы, которые могут влиять на содержание токсичных веществ. К компонентам также относится и никотин (необязательный компонент) в концентрациях от 0 до 20 мг/мл (с 28 января 2021 года в Российской Федерации запрещена реализация никотиносодержащей продукции крепче 20 мг/мл [2], но при помощи самостоятельной добавки количество никотина может быть выше данного предела. Никотин используется в 2-х разновидностях: солевой и щелочной. Отличие состоит в том, что:

- солевой никотин представляет соединение обычного никотина с молочной, бензойной, леулиновой и другими кислотами [3];
- солевой никотин имеет щелочную pH;
- насыщение солевым никотином происходит быстрее ввиду лучшего всасывания;
- возможности использования больших концентраций никотина в жидкости для ЭСДН, так как отсутствует эффект «throat hit» – «ощущения удара никотина по горлу».

Это приводит к тому, что при использовании солевого никотина изменяется «топография» затяжек: для насыщения организма никотином требуется меньшее количество затяжек, что потенциально приводит к снижению потребления продуктов нагрева пропиленгликоля и глицерина [4].

*Токсические вещества, образующиеся в процессе вейпинга:*

Исследование [5], проведенное в 2014 году, приводит данные о основных токсических веществах, содержащихся в паре ЭСДН – это формальдегид, акролеин, ацетальдегид и нитрозамины.

Формальдегид – в 2004 году Международное агентство по изучению рака (МАИР) классифицировало формальдегид как доказанный канцероген для человека [6].

Акролеин является одним из продуктов термического разложения глицерина и глицеридов. Исследования показали, что акролеин является основным компонентом табачного дыма, вызывающим онкологические заболевания бронхолегочной системы за счет воздействия на ген p53 и ингибирования восстановления ДНК [7].

Ацетальдегид – канцероген I группы [8]. В организме человека метаболизируется при помощи альдегиддегидрогеназы до уксусной кислоты, участвующей также в метаболизме этанола. Может оказывать большой эффект при повреждении гена ALDH2 при сочетании ЭСДН с алкоголем, у 50% жителей восточной Азии.

Нитроамины – образуются из никотина и родственных соединений; вероятные канцерогены [9].

*Количественное содержание токсических веществ.*

Формальдегид и акролеин образуются в процессе нагревания жидкости для ЭСДН и образования пара. Формальдегид образуется как из глицерина, так и из пропиленгликоля. Акролеин образуется только из глицерина; при использовании жидкостей, состоящих только из пропиленгликоля, акролеин не



обнаруживался [13]. Также вероятно, что пропиленгликоль продуцирует меньше формальдегида, чем глицерин [14].

В метаанализе от 2019 года [15] концентрация формальдегида в паре ЭСДН измерялась в 35 исследованиях, акролеина – в 18 исследованиях. На количество формальдегида и акролеина в паре оказывало влияние: состав жидкости, соотношения пропиленгликоля и глицерина, количество ароматизаторов, вольтаж устройства, топография затяжек.

В исследованиях, посвященным параметрам мощности устройства, обнаружено увеличение выделения формальдегида и акролеина при повышении напряжения и уменьшении сопротивления спирали. При напряжении более 4В количество выделяемого формальдегида растет в геометрической прогрессии [16-17].

При использовании ароматизаторов обнаружено повышенное образование формальдегида, акролеина и ацетальдегида, причем некоторые ароматизаторы влияют на выделение вредных веществ больше, чем другие [18]. При исследовании жидкостей для ЭСДН с различными концентрациями ароматизаторов выяснилось, что продукция формальдегида и акролеина увеличивается линейно с увеличением концентрации ароматизаторов [19].

В метаанализе [15] также сравнивалось количество формальдегида и акролеина, выделяемого устройствами и обычными сигаретами.

Из 11 исследований 8 обнаружили более низкое количество токсических веществ в ЭСДН в сравнении с сигаретами; два обнаружили схожие с сигаретами показатели и одно – более высокие показатели, что, вероятно, связано с использованием более длительных затяжек и капельной системы подачи жидкости. 9 из 9 исследований, сравнивающих количество акролеина, показали меньшее содержание вещества в паре ЭСДН.

#### *Нитрозамины.*

В метаанализе 2014 года, сравнивавшем 12 марок ЭСДН с обычными сигаретами, уровень нитрозаминов в обычных сигаретах был выше порогового

в 380 раз, в ЭСДН – в 40 раз. Из 12 в 2 марках ЭСДН не было обнаружено нитрозаминов. Это может быть связано с различными методологиями исследованиями и нижним порогом исследования [6].

*Тяжелые металлы.*

Помимо жидкости в ЭСДН нагреву подвергается не только жидкость, но и металлическая спираль, что может приводить к выделению частиц металла в пар. Чаще всего для спиралей используются следующие материалы: нихром Ni80, кантал (фехраль), титан и нержавеющая сталь.

Нихром Ni80 - сплав никеля и хрома в соотношении 80/20 с добавками марганца, кремния, железа, алюминия.

Кантал – сплав на основе железа из следующих компонентов: хром (12 – 27%), алюминий (3,5 – 5,5 %), кремний (1%), марганец (0,7%), остальное – железо.

Нержавеющая сталь – как правило, используются сплавы SS16, SS316L и SS321. Данные сплавы также содержат части никеля и хрома.

Титан – это легкий прочный переходный металл серебристо-белого цвета. При окислении титана кислородом образуется диоксид титана (он же пищевая добавка E171). В 2021 году EFSA (Европейское агентство по безопасности продуктов питания) заявило, что диоксид титана не может считаться безопасной пищевой добавкой, так как в настоящее время недостаточно данных о генотоксичности после потребления частиц диоксида титана, в том числе при потреблении через дыхательные пути [24]. Однако окисление титана на атмосферном воздухе происходит довольно медленно. Так слой, образуемой при первом контакте с воздухом, имеет толщину 1-2 нм, а через 4 года – 25 нм. Значимое образование диоксида титана происходит при температурах более 1200С, что значительно выше температуры, необходимой для испарения [25].

В метаанализе 2021 года показано, что из пара ЭСДН чаще всего выделяются металлы: никель, хром, свинец, олово [26]. Свинец, никель и хром

фигурируют в списке «вредных и потенциально вредных химических веществ» FDA [26].

В исследовании 2017 года [28] обращено внимание, на то, что в паре ЭСДН, имеющих спираль из нихрома, обнаруживался никель в количествах от 0 до близких к дыму обычных сигарет. В паре ЭСДН, использующих кантал, никель не обнаружен. Исследований о ЭСДН, использующих титановые или стальные спирали пока недостаточно, чтобы делать выводы о их вреде/безопасности. В ЭСДН, использующих для присоединения спирали припой, в паре обнаруживались свинец и олово.

**Выводы:**

1. Формальдегид образуется из глицерина и пропиленгликоля, причем из глицерина – в большем количестве. Акролеин образуется только из глицерина.

2. Повышение напряжения в ЭСДН приводит к увеличению продукции формальдегида.

3. Увеличение концентрации ароматизатора в жидкости линейно увеличивает выделение формальдегида и акролеина. Некоторые ароматизаторы способствуют большей их продукции, чем другие.

4. Большинство исследований показали меньшее или равное количество формальдегида сравнительно с сигаретами. Количество акролеина и нитрозаминов было ниже, чем в сигаретах.

5. Использование солевого никотина может изменять «топографию» затяжек, уменьшая их количество, приводя к меньшему потреблению токсических веществ с паром. Однако требуются дополнительные исследования о возможных эффектах для здоровья солевого никотина.

6. ЭСДН, использующие в качестве спирали нихром, содержали в паре никель в количествах от 0 до схожих с сигаретами. ЭСДН, использующие кантал, не выделяли никель. Исследований о ЭСДН, использующих титановые или стальные спирали, пока недостаточно, чтобы делать выводы о их вреде/безопасности.

7. ЭСДН, использующие припой для прикрепления спирали, выделяют олово и свинец. Безопаснее использовать ЭСДН со сменными спиралями, закрепляемыми прижимными винтами.

8. На данный момент мало данных о эффектах ЭСДН на здоровье в связи с экспозицией. Учитывая, что длительность воздействия канцерогенных факторов важнее их количества, нет возможности говорить о большей безопасности ЭСДН в сравнении с обычными сигаретами при длительном потреблении.

Данный материал предназначен для использования специалистами в области здравоохранения при проведении профилактических мероприятий о вреде потребления никотинсодержащих продуктов и использования ЭСДН.

#### **Литература / References:**

1. Sales of Conventional Cigarettes in Japan Reduce by 34% - URL: <https://www.frost.com/news/press-releases/sales-of-conventional-cigarettes-in-japan-reduce-by-34-since-launch-of-heated-tobacco-products>;

2. Федеральный закон от 31 июля 2020 г. N 303-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросу охраны здоровья граждан от последствий потребления никотинсодержащей продукции»;

3. Hande V., Teo K., Srikanth P., et al. Investigations on the new mechanism of action for acetaldehyde-induced clastogenic effects in human lung fibroblasts. *Mutat Res Genet Toxicol Environ Mutagen.* 2021; 4: 861-862;

4. Kosmider L., Kimber C.F., et al. Compensatory puffing with lower nicotine concentration e-liquids increases carbonyl exposure in e-cigarette aerosols. *Nicotine Tob Res.* 2018; 20: 998-1003;

5. Goniewicz M.L., Knysak J., Gawron M., et al. Levels of selected carcinogens and toxicants in vapour from electronic cigarettes. *Tob Control.* 2014; 23: 133-139;

6. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Ingested nitrate

and nitrite, and cyanobacterial peptide toxins. IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum. 2010; 94: 1-412;

7. Feng Z., Hu W., Hu Y., et al. Acrolein is a major cigarette-related lung cancer agent: preferential binding at p53 mutational hotspots and inhibition of DNA repair. Proc Natl Acad Sci USA. 2006; 103: .15404-15409;

8. Li K., Ricker K., Feng C., Osborne G., Sun M., Marder M., Elmore S., Schmitz R. Estimated Cancer Risks Associated with Nitrosamine Contamination in Commonly Used Medications Anal Sci. 2016; 32: 549-555;

9. World Health Organization International Agency For Research On Cancer Lyon, France. IARC Strengthens Its Findings On Several Carcinogenic Personal Habits and Household Exposures. 2009; Press Release. No. 196;

10. Hande V., Teo K., Srikanth P., et al. Investigations on the new mechanism of action for acetaldehyde-induced clastogenic effects in human lung fibroblasts. Mutat Res Genet Toxicol Environ Mutagen. 2021; 6: 861-862;

11. Larson H.N., Weiner H., Hurley T.D. Disruption of the coenzyme binding site and dimer interface revealed in the crystal structure of mitochondrial aldehyde dehydrogenase "Asian" variant. The Journal of Biological Chemistry. 2005; 280 (34): 30550–30556;

12. Li K., Guo W., Li Z., et al. ALDH2 Repression Promotes Lung Tumor Progression via Accumulated Acetaldehyde and DNA Damage. Neoplasia. 2019; 21 (6): 602-614;

13. Uchiyama S., Senoo Y., Hayashida H., et al. Determination of chemical compounds generated from second-generation E- cigarettes using a sorbent cartridge followed by a two-step elution method. Anal Sci. 2016; 32: 549-555;

14. Wang P., Chen W., Liao J., et al. A device-independent evaluation of carbonyl emissions from heated electronic cigarette solvents. PLoS One. 2017; 12 (1);

15. Dupont P., Aubin H.J. Exposition des vapoteurs au formaldéhyde et à l'acroléine: revue systématique. Rev Mal Respir. 2019; 36 (7): .752-800;

16. Cirillo S., Urena J.F., et al. Impact of electronic cigarette heating coil resistance on the production of reactive carbonyls, reactive oxygen species and induction of cytotoxicity in human lung cancer cells in vitro. Regul Toxicol Pharmacol. 2019; 4: 109;

17. Salamanca J.C., Meehan-Atrash J., Vreeke S., et al. E-cigarettes can emit formaldehyde at high levels under conditions that have been reported to be non-averse to users. *Sci Rep.* 2018; 8;
18. El-Hellani A., Salman R., El-Hage R., et al. Nicotine and carbonyl emissions from popular electronic cigarette products: correlation to liquid composition and design characteristics. *Nicotine Tob Res.* .215-223 :20; 2018;
19. Qu Y., Kim K.H., Szulejko J.E. The effect of flavor content in e- liquids on e-cigarette emissions of carbonyl compounds. *Environ Res.* 2018; 166: 324-333;
20. Muthumalage T., Lamb T., Friedman M.R., et al. E-cigarette flavored pods induce inflammation, epithelial barrier dysfunction, and DNA damage in lung epithelial cells and monocytes. *Scientific reports.* 2019; 9 (1): 19035;
21. Nair V., Tran M., Behar R.Z., et al. Menthol in electronic cigarettes: A contributor to respiratory disease? *Toxicol Appl Pharmacol.* 2020; 407: 115238;
22. Du G.J., Li J.H., Liu W.J., et al. The combination of TRPM8 and TRPA1 expression causes an invasive phenotype in lung cancer. *Tumour Biol.* 2014; 35 (2): 1251-161;
23. Stewart T.A., Yapa K.T., Monteith G.R. Altered calcium signaling in cancer cells. *Biochim Biophys Acta.* 2015; 1848 (10 Pt B): .2502-2511;
24. Titanium dioxide: E171 no longer considered safe when used as a food additive | EFSA - URL: <https://www.efsa.europa.eu/en/news/titanium-dioxide-e171-no-longer-considered-safe-when-used-food-additive>;
25. Emsley J. *Nature's Building Blocks: An A-Z Guide to the Elements.* / Oxford, England, UK: J. Emsley. Oxford University Press. ISBN 978-0-19-850340-8. 2001. P. 451;
26. Gaur S., Agnihotri R. Health Effects of Trace Metals in Electronic Cigarette Aerosols-a Systematic Review. *Biol Trace Elem Res.*;
27. Federal Register: Harmful and Potentially Harmful Constituents in Tobacco Products and Tobacco Smoke; Established List. URL: <https://www.federalregister.gov/documents/2012/04/03/2012-7727/harmful-and-potentially-harmful-constituents-in-tobacco-products-and-tobacco-smoke-established-list>;

28. Williams M., Bozhilov K., Ghai S., et al. Elements including metals in the atomizer and aerosol of disposable electronic cigarettes and electronic hookahs. PLoS One. 2017; 12 (4).

## ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ С ЦЕННОСТНЫМИ ОРИЕНТАЦИЯМИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН СРЕДНЕЙ ВЗРОСЛОСТИ

Лукашук Ю. В.

*Кафедра психологии*

*ФГБОУ ВО «Херсонский государственный педагогический университет»,*

*Россия, г. Херсон*

**Аннотация.** В статье рассматриваются особенности психологического благополучия, ценностных ориентаций в среднем возрасте. Представлены результаты эмпирического исследования взаимосвязи психологического благополучия и ценностных ориентаций у мужчин и женщин средней взрослости. Характер взаимосвязи психологического благополучия и его компонентов с ценностными ориентациями людей среднего возраста рассматривается с учетом фактора пола.

**Ключевые слова:** ценностные ориентации, инструментальные ценности, терминальные ценности, психологическое благополучие, средняя взрослость.

## RESEARCH OF THE RELATIONSHIP OF PSYCHOLOGICAL WELL-BEING WITH VALUE ORIENTATIONS OF MEN AND WOMEN IN MIDDLE ADULTHOOD

Lukashuk Yu. V.

*Department of Psychology*

*Kherson State Pedagogical University, Russia, Kherson*

**Abstract.** The article examines the features of psychological well-being and value orientations in middle age. The results of an empirical study of the relationship between psychological well-being and value orientations in middle-aged men and women are presented. The nature of the relationship between psychological well-



being and its components and the value orientations of middle-aged people is considered taking into account the factor of gender.

**Keywords:** value orientations, instrumental values, terminal values, psychological well-being, middle adulthood.

**Введение.** Психологическое благополучие является одним из важнейших аспектов жизни человека. Оно оказывает существенное влияние на всю его жизнедеятельность. Наибольшую актуальность проблема психологического благополучия приобретает на этапе средней зрелости. Это связано с тем, что данный возрастной период является переломным этапом в жизни каждого человека. Он наполнен как личностными достижениями, так и серьезными переживаниями и проблемами, приводящими к переоценке ценностей, переосмыслению своего жизненного пути. Происходящие изменения могут оказывать как положительное, так и отрицательное воздействие на психологическое благополучие. В связи с этим, проблема динамики ценностных ориентаций личности является принципиально важной для решения вопросов, связанных с психологическим благополучием на данном возрастном этапе.

Наиболее значимой теоретической разработкой вопроса благополучия личности является теория психологического благополучия К. Рифф. Согласно данной теории, достижение психологического благополучия возможно через определенные механизмы и факторы, которые влияют на позитивное функционирование личности [5].

В современной психологической науке четко прослеживаются два подхода к пониманию психологического благополучия. Представители первого подхода рассматривают психологическое благополучие во взаимосвязи с субъективным ощущением счастья, удовлетворенностью жизнью и целостностью личности (Н. Брэдберн, Э. Динер и др.) [1, 2].

Представители второго подхода определяют психологическое благополучие как ресурсное состояние личности, включающее необходимые компоненты для полноценного и успешного функционирования. Они фокусируются на ресурсах и факторах, которые способствуют саморазвитию, самоэффективности и построению гармоничных межличностных взаимоотношений [5].

Под ценностными ориентациями М. Рокич понимает устойчивые убеждения в том, что определенный способ поведения или конечная цель существования предпочтительнее с личной или социальной точек зрения, чем противоположный или обратный способ поведения, либо конечная цель существования [6].

Так, Д.А. Леонтьев отмечает, что для полноценной оценки психологического благополучия важно учитывать особенности формирования и ценностных ориентаций, которые играют важную роль в интеграции личности и достижении целей, удовлетворении потребностей в различных сферах жизни [4].

Учитывая данные факты и принимая во внимание актуальность выбранной темы нами было проведено эмпирическое исследование.

**Цель исследования** – изучение взаимосвязи психологического благополучия с ценностными ориентациями мужчин и женщин средней взрослости.

**Объект и методы исследования.** Выборка состояла из 60 человек (лица средней взрослости). Из них 30 мужчин и 30 женщин. Возраст респондентов от 35 до 45 лет.

Для изучения уровня психологического благополучия и выраженности его компонентов у мужчин и женщин средней взрослости использовался опросник «Шкала психологического благополучия» К. Рифф в адаптации Т.Д. Шевеленковой, П.П. Фесенко).

Ценностные ориентации респондентов исследовались с помощью методики М. Рокича «Тест диагностики личностных ориентаций».

Для выявления взаимосвязи психологического благополучия с ценностными ориентациями мужчин и женщин средней взрослости был рассчитан коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программного пакета для статистического анализа Statistica 13.0.

### **Результаты и их обсуждение**

Результаты, полученные с помощью методики «Шкала психологического благополучия» показали, что большинство мужчин и женщин средней взрослости, принявших участие в исследовании (93% мужчин и 85% женщин), имеют средний уровень психологического благополучия. Высокий уровень благополучия отмечен у 7% мужчин и 10% женщин. В то время как низкий уровень благополучия в группе мужчин не выявлен, а у женщин он отмечен у 5% участников исследования.

Согласно данным, полученным с использованием методики М. Рокича доминирующими терминальными ценностями в группе мужчин, являются здоровье, свобода, активная деятельная жизнь, в то время как в группе женщин, наиболее значимыми ценностями являются здоровье, любовь и счастливая семейная жизнь. Лидирующей инструментальной ценностью в двух группах является честность, важными также являются: в группе мужчин – независимость, ответственность, жизнерадостность, твердая воля; в группе женщин – чуткость, воспитанность, широта взглядов.

Корреляционный анализ позволил выявить общие и специфические для мужчин и женщин средней взрослости взаимосвязи психологического благополучия и ценностных ориентаций. На рисунке 1 представлены результаты корреляционного анализа психологического благополучия и терминальных ценностей у респондентов двух групп.



Примечание:

— положительная корреляция ( $p \leq 0,01$ )

== положительная корреляция ( $p \leq 0,001$ )

зеленым цветом выделены общие для двух групп связи

**Рис.1.** Корреляционные плеяды взаимосвязи компонентов психологического благополучия и терминальных ценностей у мужчин и женщин средней взрослости

Так, у мужчин и у женщин средней взрослости счастливая семейная жизнь, как конечная цель индивидуального существования имеет прямые корреляционные связи с компонентами психологического благополучия: позитивные отношения ( $r=0,485$ ,  $p < 0,01$  в группе мужчин и  $r=0,627$ ,  $p < 0,001$  в группе женщин) и человек как открытая система ( $r=0,478$ ,  $p < 0,01$  в группе мужчин и  $r=0,583$ ,  $p < 0,001$  в группе женщин). Это говорит о том, что чем большую ценности люди средней взрослости придают счастливой семейной жизни, тем более они способны выстраивать и поддерживать доверительные отношения с другими людьми, сопереживать им, тем более реалистичный и целостный взгляд на жизнь они имеют. Следует отметить, что корреляционные

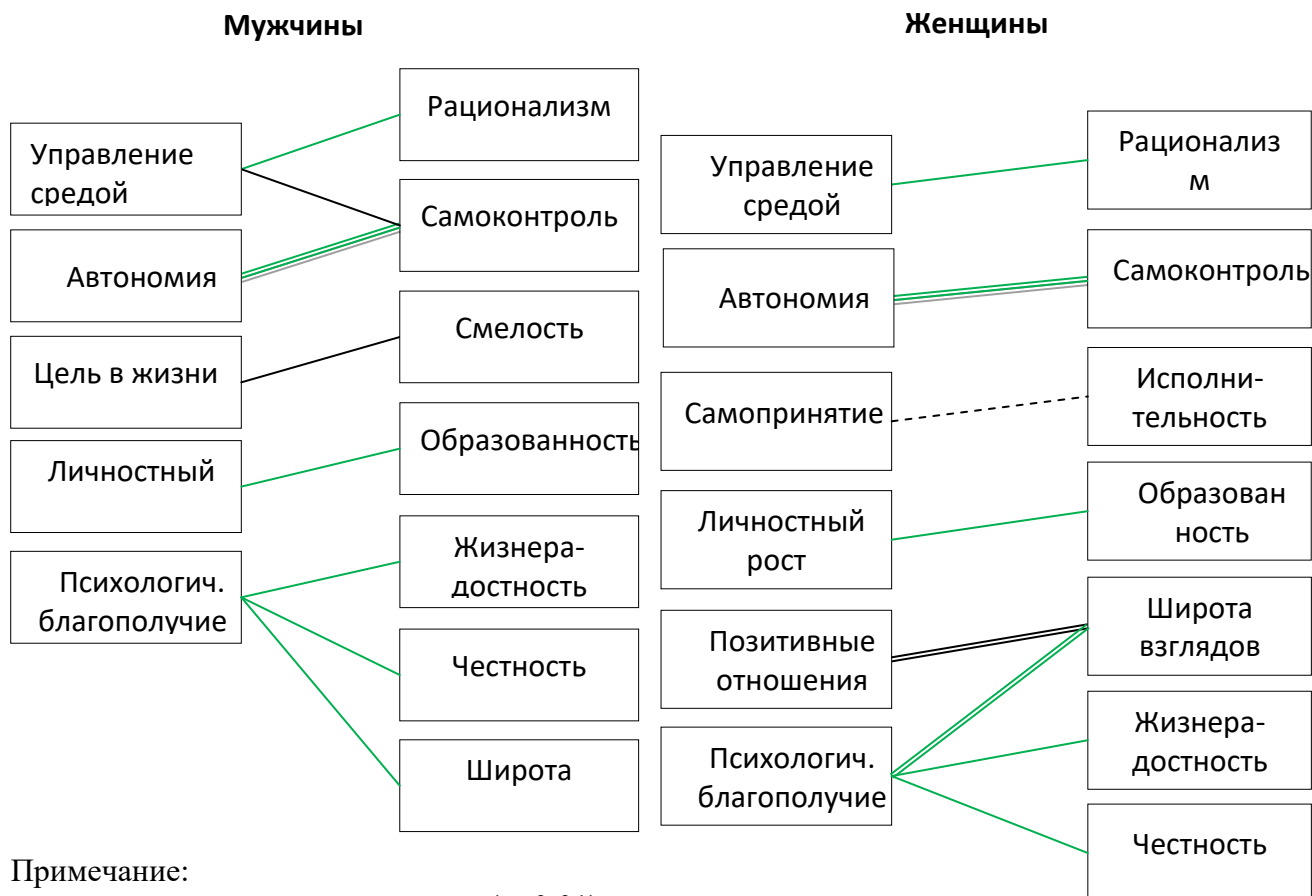
связи счастливой семейной жизни (как ценности) с вышеуказанными компонентами психологического благополучия более значимы в группе женщин, чем в группе мужчин, что позволяет предположить, что для женщин счастливая семейная жизнь играет более важную роль в формировании целостного взгляда на жизнь и установлении гармоничных отношений с другими людьми.

Развитие, как терминальная ценность, прямо взаимосвязано с целями в жизни в двух группах респондентов ( $r=0,478$ ,  $p<0,01$  в группе мужчин и  $r=0,534$ ,  $p<0,01$  в группе женщин). То есть, чем большую значимость мужчины и женщины средней взрослости придают развитию, как конечной цели своего существования, тем более конкретные и ясные жизненные цели они выстраивают, тем больший смысл они придают своему прошлому и настоящему.

При этом, в группе мужчин предпосылками к повышению психологического благополучия выступают высокая значимость таких терминальных ценностей как жизненная мудрость ( $r=0,547$ ,  $p<0,01$ ), уверенность в себе ( $r=0,521$ ,  $p<0,01$ ), интересная работа ( $r=0,482$ ,  $p<0,01$ ), в то время как в группе женщин предпосылкой к повышению психологического благополучия является высокая значимость для них счастливой семейной жизни ( $r=0,451$ ,  $p<0,01$ ). Это говорит о том, что чем большую значимость мужчины придают зрелости суждений и здравому смыслу, внутренней гармонии и интересной работе, как смыслу своей жизни, тем более они удовлетворены своей жизнью, и чем более для женщины значима счастливая семейная жизнь, тем выше уровень ее психологического благополучия.

В группе женщин любовь, как терминальная ценность, прямо взаимосвязана с компонентом психологического благополучия – позитивные отношения ( $r=0,547$ ,  $p<0,01$ ). Так, чем большее значение женщина придает духовной и физической близости с любимым человеком, как терминальной

ценности, тем более она склонна к заботе и сопереживанию по отношению к близким людям.



Примечание:

— положительная корреляция ( $p \leq 0,01$ )

- - - отрицательная корреляция ( $p \leq 0,01$ )

== положительная корреляция ( $p \leq 0,001$ )

зеленым цветом выделены общие для двух групп связи

**Рис.2.** Корреляционные плеяды взаимосвязи компонентов психологического благополучия и инструментальных ценностей у мужчин и женщин средней взрослости.

Рассмотрим корреляционные связи психологического благополучия с инструментальными ценностями мужчин и женщин средней взрослости.

Как видно из рисунка 2, существуют прямые и обратные корреляционные связи психологического благополучия и инструментальных ценностей у мужчин и женщин средней взрослости. При этом, большая часть выявленных взаимосвязей являются общими для двух групп респондентов. Как в группе

мужчин, так и в группе женщин средней взрослости рационализм, как средство для достижения целей, прямо взаимосвязан с компонентом психологического благополучия – управление средой ( $r=0,466$ ,  $p<0,01$  в группе мужчин и  $r=0,533$ ,  $p<0,01$  в группе женщин). Другими словами, чем большее значение лица средней взрослости придают обдумыванию решений, перед их принятием, чем больше у них развито логическое мышление, тем большей властью в управлении окружением они обладают, тем более эффективно они используют имеющиеся у них возможности.

Самоконтроль, как инструментальная ценность прямо взаимосвязан с автономией в двух группах респондентов ( $r=0,630$ ,  $p<0,001$  в группе мужчин и  $r=0,592$ ,  $p<0,001$  в группе женщин). Это говорит о том, что чем большую значимость люди средней взрослости придают самоконтролю (проявляющемуся в сдержанности и самодисциплине), тем более самостоятельными и независимыми они себя ощущают, тем им проще противостоять давлению общества.

Как у мужчин, так и у женщин средней взрослости образованность, как средство достижения цели, положительно взаимосвязана с личностным ростом ( $r=0,5150$ ,  $p<0,01$  в группе мужчин и  $r=0,461$ ,  $p<0,01$  в группе женщин). Так, чем большую значимость люди средней взрослости придают образованности, и, соответственно, чем более у них выражено стремление к расширению своих знаний и культурного уровня, тем более растущими и самореализованными они себя чувствуют.

Психологическое благополучие мужчин и женщин средней взрослости имеет прямые корреляционные связи с инструментальными ценностями: жизнерадостность ( $r=0,501$ ,  $p<0,01$  в группе мужчин и  $r=0,550$ ,  $p<0,01$  в группе женщин), честность ( $r=0,547$ ,  $p<0,01$  в группе мужчин и  $r=0,460$ ,  $p<0,01$  в группе женщин), широта взглядов ( $r=0,531$ ,  $p<0,01$  в группе мужчин и  $r=0,572$ ,  $p<0,001$  в группе женщин). Это означает, что чем большую значимость люди



средней взрослости придают оптимизму, искренности и пониманию чужой точки зрения, тем выше уровень их психологического благополучия.

При этом, специфической для группы мужчин является связь самоконтроля, как инструментальной ценности и компонента психологического благополучия – управление средой ( $r=0,464$ ,  $p<0,01$ ), а также связь смелости с целями в жизни ( $r=0,503$ ,  $p<0,01$ ). То есть, что чем большую значимость мужчины придают самоконтролю (проявляющемуся в сдержанности и самодисциплине), тем большей властью в управлении окружением они обладают, тем более эффективно они используют имеющиеся у них возможности. И чем больше мужчина ценит смелость при отстаивании своей позиции, тем более ясные и конкретные жизненные цели он способен выстраивать.

Специфическими для группы женщин является отрицательная корреляционная связь исполнительности и самопринятия ( $r=-0,542$ ,  $p<0,01$ ), и положительная корреляционная связь широты взглядов, как инструментальной ценности с компонентом психологического благополучия: позитивные отношения ( $r=0,568$ ,  $p<0,001$ ). Это говорит о том, что чем большее значение женщина придает исполнительности (дисциплинированности), как средству достижения целей, тем менее позитивно она к себе относится, тем больше у нее выражено беспокойство по поводу ее личностных качеств.

**Заключение.** Проведенное исследование позволяет констатировать наличие взаимосвязей психологического благополучия и его компонентов с терминальными и инструментальными ценностями у мужчин и женщин средней взрослости. При этом характер этих связей имеет определенные различия в зависимости от пола.

Полученные результаты могут быть использованы в профессиональной деятельности специалистов, оказывающих психологическую помощь клиентам в формировании компонентов психологического благополучия, а также могут

найти применение при проведении практикумов по гендерной, возрастной психологии.

### **Литература / References:**

1. Bradburn, N. The measurement of psychological well-being. *Health Goals and Health Indicators: Policy, Planning, and Evaluation.*, 2019. P. 84-94.
2. Diener E. Abbreviated Three-Item Versions of the Satisfaction with Life Scale and the Harmony in Life Scale Yield as Strong Psychometric Properties as the Original Scales // *Journal of Personality Assessment*. 2021. Vol. 103(2). P. 183-194.
3. Rokeach M. The nature of human values. N.Y.: Free Press, 1973. 438 p.
4. Леонтьев, Д.А. Счастье и субъективное благополучие: к конструированию понятийного поля // *Мониторинг общественного мнения: Экономические и социальные перемены*. 2020. № 1. С. 4–37.
5. Рифф, К. Психологическое благополучие. Санкт-Петербург : Питер, 2014. 269 С.

## **ВЛИЯНИЕ ЧРЕЗМЕРНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МОБИЛЬНЫХ УСТРОЙСТВ НА ПСИХИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ЧЕЛОВЕКА. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ**

Микаилова А. Ф.

*Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии  
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

**Аннотация.** В статье рассматривается проблема влияния чрезмерного использования мобильных устройств на психическое состояние человека. Работа посвящена исследованию взаимосвязи цифровой зависимости с формированием психических расстройств у пользователей цифровых устройств. Авторы приходят к выводу, что проблема преодоления психических расстройств, возникающих вследствие трудностей адаптации к стремительному технологическому прогрессу, требует качественно новых подходов и путей решения.

**Ключевые слова:** кибераддикция, номофобия, психические расстройства, современные технологии.

## THE INFLUENCE OF EXCESSIVE USE OF MOBILE DEVICES ON THE MENTAL STATE OF A PERSON. LITERATURE REVIEW

Mikhailova A. F.

*Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology  
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

**Abstract.** The article examines the problem of the influence of excessive use of mobile devices on a person's mental state. The work is devoted to the study of the correlation between cyber addiction with the formation of mental disorders in users of digital devices. The authors come to the conclusion that the problem of overcoming mental disorders arising from difficulties in adapting to rapid technological progress requires qualitatively new approaches and solutions.

**Keywords:** cyber addiction, nomophobia, mental disorders, modern technologies.

**Введение.** В настоящее время жизнь современного человека уже не может функционировать без технологий, которые являются неотъемлемой частью нашей повседневности. Практически все сферы жизни общества и каждого отдельно взятого человека на сегодняшний день обеспечиваются работой электронных устройств и сети Интернет. Несомненно, современные технологии значительно упрощают жизнь пользователя, предоставляя быстрый доступ к огромному количеству услуг, но постоянное присутствие цифровых устройств в жизни человека имеет и негативные последствия. Ранее исследователи задавались вопросами в основном компьютерной зависимости, которая за последние 20 лет приобрела характер эпидемии [3, С. 12].

На сегодняшний день все более актуальной становится проблема чрезмерного использования мобильных телефонов, которые, приобретя все

функции портативного компьютера, еще прочнее вошли в нашу повседневную жизнь. Многие профессии предполагают использование смартфона, как «продолжения руки», то есть, непрерывной работы с сетью Интернет и мессенджеровыми приложениями. Даже не имея необходимости использовать телефон для профессиональной деятельности или обучения, множество людей все равно находятся в непрерывном онлайн-общении или поиске развлекательного контента.

Такая прикованность к цифровым устройствам вызвала совершенно новые для общества проблемы: неспособность человеческого мозга справляться с непрекращающимся поступлением огромного количества информации и невозможность хотя бы на время расстаться с мобильным телефоном привели к появлению у людей новых, малоизученных психических расстройств, получивших название «i-Disorders» [1, С. 16].

**Цель исследования:** изучение влияния чрезмерного использования мобильных телефонов на психическое состояние человека.

**Материалы и методы исследования.** В ходе работы были изучены отечественные и зарубежные литературные источники: научные журналы, статьи, монографии.

**Результаты и их обсуждение.** Возникновение у пользователей современных технологий качественно новых проблем с физическим и психическим здоровьем породило необходимость в использовании новой терминологии. Одним из относительно новых понятий является номофобия (сокращение от англ. «no mobile phone phobia» – фобия отсутствия мобильного телефона), которая представляет собой навязчивое состояние страха отсутствия доступа к мобильному телефону [2, С. 49].

Несмотря на то, что данное расстройство было описано относительно недавно, отечественными исследователями были представлены статистические данные, свидетельствующие о широком распространении данного явления в России. В опросе, проведенном организацией Nonog в 2020 г. приняли участие

около 1000 респондентов от 18 до 45 лет, проживающих в российских городах-миллионниках. По данным статистики, более 70% опрошенных пользователей мобильных телефонов отмечали, что испытывают сильные негативные эмоции в случаях низкого процента заряда на смартфоне, плохой связи или сети, низкого баланса на сим-карте. В ситуации невозможности пользоваться мобильным телефоном 40% данных респондентов испытывают чувство сильного раздражения, 29,7% испытывают тревогу, 29,3% респондентов чувствуют беспомощность. Более 50% респондентов, отметивших негативные переживания в данных обстоятельствах, являются лицами молодого возраста [4, С. 620].

Зарубежные исследования, проведенные в Великобритании, Южной Корее, Японии, Индии, США и Европе, продемонстрировали достаточно близкие статистические данные. Результаты проведенных исследований побудили ученых-социологов Кембриджского университета в 2018 г. признать номофобию наиболее распространенной фобией в мире. Несмотря на то, что номофобия в настоящее время не включена в МКБ-10 и DSM-V, и диагностические критерии данного расстройства не были разработаны, исследователи приводят некоторые наиболее часто встречающиеся симптомы:

- Непрерывное использование мобильного телефона в течение длительного времени;
- Чувство тревожности и страха от мыслей о возможности забыть или потерять смартфон;
- Тревога при снижении уровня заряда телефона, стремление к постоянному наличию под рукой зарядного устройства;
- Страх оказаться в местности, где нет сетей Wi-Fi или GSM. Стремление к избеганию посещения мест, в которых нет доступа к сети или существует запрет на пользование мобильным устройством;
- Повышенная периодичность проверок телефона на наличие сообщений и пропущенных вызовов. Для данного явления применяется новый термин,

изобретенный Дэвидом Ларами, ученым Калифорнийской школы профессиональной психологии – ringxiety (от соединения англ. ring – звонок и anxiety – беспокойство);

– Необходимость круглосуточного нахождения мобильного телефона в поле зрения, в том числе, при приеме пищи, в ванной и туалете, при отходе ко сну в постели;

– Предпочтение онлайн-общению в мессенджерах в письменном формате реальному общению и даже звонкам;

– Игнорирование риска попасть в опасную ситуацию, использование телефона во время вождения автомобиля или перехода проезжей части [4, С. 621-622].

Номофобия сопровождает зависимость от мобильного телефона и компьютера (кибераддикцию), которая до сих пор не является предметом аддиктивной медицины, но, тем не менее, тесно сопряжена с игроманией и другими видами зависимости. Так как номофобия не включена в какую-либо классификацию болезней, доказательных исследований по лечению данного расстройства на сегодняшний день не существует. Зарубежные авторы указывают на возможную эффективность лечения данного состояния при помощи антидепрессантов и когнитивно-поведенческой терапии [1, С. 17].

Чрезмерное использование мобильных телефонов несомненно вызывает изменения психосоматического состояния человека. Так, исследователями было доказано, что свет, исходящий от экрана смартфона, негативно влияет на процесс засыпания и нарушает физиологические циркадные ритмы. Дело в том, что для засыпания в эпифизе человека вырабатывается гормон мелатонин, но его выработка происходит при условиях минимального освещения. Более того, сильнее всего выработка данного гормона тормозится при освещении с длиной волн 450-480 нм., что соответствует синему цвету. Матрица экрана смартфонов наиболее интенсивно излучает световые волны именно в синем спектре,

поэтому использование смартфона вечером и ночью наиболее негативно влияет на циркадные ритмы человека, вызывая инсомнию [4, С. 621].

Исследователи отмечают следующие симптомы инсомнии:

- Затруднения при засыпании, более долгий отход ко сну. В норме человек засыпает за 7-10 минут, при инсомнии данный процесс растягивается на 1-2 часа;
- Частые пробуждения в течение ночи, двигательное беспокойство в ночное время;
- Трудное пробуждение утром, разбитость и сонливость в течение дня;
- Нарушения концентрации внимания, заторможенность, снижение памяти, перепады настроения [1, С. 18].

Длительная инсомния вызывает подавленное состояние психики, способствует развитию психосоматических расстройств, депрессивных состояний. Гормон мелатонин является естественным онкостатиком, соответственно, при долговременном снижении его концентрации в организме возможно возникновение злокачественных новообразований [3, С. 13].

Для преодоления инсомнии рекомендуется применение препаратов мелатонина и седативных препаратов, при возникновении тревожных и депрессивных состояний – консультации врача-психотерапевта. Лечение инсомнии, вызванной чрезмерным использованием гаджетов, необходимо начинать с ограничения работы с компьютером и телефоном в темное время суток [1, С. 17].

Следующим расстройством, которое тесно связано с использованием мобильных телефонов в современном обществе, является технофобия, или иначе – киберфобия, которая представляет собой необоснованный страх использования электронных устройств. Технофобия включена в раздел F40 фобических тревожных расстройств МКБ-10. Данное расстройство наиболее характерно для лиц пожилого возраста и обусловлено неспособностью или невозможностью этих людей адаптироваться к быстро изменяющейся



технологической среде общественной жизни ввиду снижения функционирования когнитивных процессов. К причинам развития у человека технофобии относят:

- Быстрый, скачкообразный темп развития современных технологий, видоизменение электронных устройств (например, исчезновение кнопок на мобильных телефонах);
- Разнообразие интерфейсов различных технических приспособлений, отсутствие стандартизации расположения элементов интерфейса на экранах устройств, которое вводит пожилого человека в замешательство;
- Необходимость внесения персональных данных в память мобильного телефона или приложения, вызывающая недоверие и чувство повышенной ответственности за ошибку у пожилого пользователя;
- Неуверенность в использовании современной технологии, страх показаться глупым вследствие неумения пользоваться техникой [1, С. 18].

Исследователи отмечают следующие симптомы технофобии, которые проявляются при вынужденном контакте данного человека с техникой:

- Головная боль и повышение артериального давления;
- Учащенное сердцебиение, затруднения дыхания, потливость;
- Напряжение мышц, нервный тремор;
- Напряжение глаз, сухость в глазах, во рту и горле;
- Обусловленные невротическими и психосоматическими явлениями боли в груди и животе [3, С. 14].

Зачастую пожилые люди с технофобией оказываются оторванными от общества, так как на сегодняшний день работа множества государственных и коммерческих организаций осуществляется в онлайн-режиме при помощи мобильного приложения. Пожилему человеку, у которого имеются проблемы с физическим здоровьем, вследствие недоверия онлайн-приложениям, приходится очно посещать различные организации и инстанции, проходить через бюрократический процесс при личном присутствии, что значительно

усложняет данный процесс как для него, так и для работников организаций, снижает качество жизни пожилого человека [6, С. 234].

Для людей с технофобией также затруднителен поиск работы, так как любая деятельность: торговля и учет, общение с клиентами, образование, управление и менеджмент и т. п. в наше время обязательно сопровождается компьютерной или мобильной техникой. При работе с компьютером, либо в мобильном приложении человек с технофобией панически боится совершить непоправимую ошибку, например, нажав не ту кнопку; при совершении ошибки такой человек может впасть в истерическое состояние.

Для преодоления технофобии рекомендуется когнитивно-поведенческая терапия, применение антидепрессантов и анксиолитиков, а также обучение компьютерной грамотности [6, С. 235].

В последнее время наиболее часто исследователями уделяется внимание проблеме взаимосвязи зависимости от мобильного телефона и депрессии.

Одни исследователи придерживаются точки зрения, что кибераддикция является первичным нарушением психического состояния и влечет за собой развитие депрессии. Данный подход утверждает, что проведение большого количества времени в сети приводит к ограниченности социальных контактов и одиночеству, замещению реального общения «цифровыми полуфабрикатами» в виде просмотра развлекательного контента и его комментирования, обмена короткими сообщениями. Человек, погруженный в цифровое пространство, меньше выходит на улицу, уделяет меньше внимания своему физическому состоянию, что приводит к ухудшению соматического состояния. Более того, бесконечно просматривая ленту новостей, человек подвергается воздействию информационного шума. В социальных сетях информация преподносится сплошным потоком, положительные новости сменяются негативными, восприятие огромного количества сумбурной информации перегружает нервную систему, что также приводит к неустойчивости настроения и общему ухудшению эмоционального фона [5, С. 52].

Другие ученые считают, что депрессия, как первичное расстройство, вызывает ограничение контактов человека с окружающим миром и приводит к зависимости от цифрового пространства [6, С. 240].

Оба подхода предполагают лечение депрессии в совокупности с применением психотерапевтических методов преодоления аддиктивных состояний, ограничение времени работы с мобильным телефоном и компьютером, применение медикаментозной терапии [5; 6].

### **Заключение**

Чрезмерное использование мобильных устройств приводит к возникновению у человека аддиктивных, невротических и личностных расстройств. Данные проблемы требуют качественно новых подходов к рассмотрению психического здоровья человека в условиях кибернетизации и быстрого технологического прогресса, присущих современному миру. Некоторые исследователи утверждают, что для этого необходима разработка инновационных направлений науки: киберпсихологии и киберпсихиатрии. Своевременная диагностика и профилактика изменений в психическом состоянии, вызванных необходимостью постоянного взаимодействия с цифровыми устройствами, позволит людям адаптироваться к стремительно меняющимся условиям в обществе и значительно повысит качество их жизни.

### **Литература/References:**

1. Федотов, И. А., Кукушкин, С. В., Доровская, В. В., Антошкин, А. Я. I-Disorders – новые виды психических расстройств, связанные с использованием современных информационных технологий / И. А. Федотов, С. В. Кукушкин, В. В. Доровская, А. Я. Антошкин // Омский психиатрический журнал. 2015. №4 (6). С. 16-19.

2. Клиповое мышление поколения Z: особенности развития когнитивных способностей в процессе обучения в вузе / Г. В. Акименко, Ю. Ю. Кирина, И. Ф. Федосеева, А. С. Яковлев // Дневник науки. 2023. № 12(84).

3. Титова, В. В. Киберпатология: результаты исследования и пути профилактики / В. В. Титова // Вестник Московского государственного областного университета. 2017. № 4. С. 12-14.
4. Психическое здоровье человека в современном обществе. Междисциплинарные проблемы и возможные пути их решения / Г. В. Акименко, Ю. Ю. Кирина, А. И. Копытин [и др.]. – Москва : ООО Альпен-Принт, 2022. 295 с.
5. Шахова, К. И. Депрессия как следствие интернет-зависимости / К. И. Шахова // Наука через призму времени. 2021. № 6(51). С. 52-56.
6. Шейнов, В. П. Взаимосвязи зависимости от смартфона с психологическими и социально-психологическими характеристиками личности: обзор зарубежных исследований // Вестник РУДН. 2021. №1. С. 235-253.
7. Шейнов, В. П. Зависимость от смартфона как предиктор психологического неблагополучия / В. П. Шейнов, А. С. Девицын // Системная психология и социология. 2022. № 3(43). С. 71-84.

### **ЛФК В РЕАБИЛИТАЦИИ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ И НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

Николаев В. А., Шатобалов Я. И., Яцына Д. С.

*Кафедра физической культуры*

*ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»*

*Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

**Аннотация.** В данной статье мы будем говорить о роли физических упражнений в реабилитации нервно-психических и наркологических заболеваний. Нервно-психические заболевания и особенно наркомания являются серьезной проблемой современного общества, и физическая активность может сыграть важную роль в их реабилитации. Мы рассмотрим различные типы физических упражнений, их преимущества и рекомендации по

их проведению для пациентов с нервно-психическими и наркологическими заболеваниями. Также мы рассмотрим примеры конкретных упражнений, которые могут быть полезны для таких пациентов.

**Ключевые слова:** ЛФК, реабилитация, психические заболевания, наркологические заболевания.

## PHYSICAL THERAPY IN THE REHABILITATION OF OUTPATIENT PATIENTS WITH MENTAL AND DRUG-RELATED DISEASES

Nikolaev V. A., Shatobalov Ya. I., Yatsyna D. S.

*Department of Physical Education*

*Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

**Abstract.** In this article, we will talk about the role of physical exercise in the rehabilitation of neuropsychiatric and drug-related diseases. Neuropsychiatric diseases and especially drug addiction are a serious problem in modern society, and physical activity can play an important role in their rehabilitation. We will look at different types of physical exercises, their benefits and recommendations for their implementation for patients with neuropsychiatric and drug-related diseases. We will also look at examples of specific exercises that may be useful for such patients.

**Keywords:** physical therapy, rehabilitation, mental illness, drug addiction.

### Материалы и методы исследования

Теоретический анализ современной научной литературы, интернет ресурсов.

### Результаты и их обсуждение

Значение физических упражнений для здоровья организма человека очень велико. Умеренная активность оказывает благотворное воздействие практически на все органы и системы [5, С. 256].

Повышение потенциала иммунной системы, рост ферментной активности и улучшение естественной сопротивляемости вирусным заболеваниям.

- Стимуляция обмена веществ, работы эндокринной системы и тканевого обмена [2, С. 608].
- Нормализация компенсаторных функций и общий тонизирующий эффект.
- Благоприятное влияние на психику, профилактика депрессии и расстройств нервной системы [4, С. 368].

### **Лечебная физическая культура при заболеваниях и повреждениях нервной системы**

Лечение и реабилитация больных с заболеваниями и травмами нервной системы - актуальная проблема современной медицины. Для этого необходим комплексный подход, включая лечебную физическую культуру. Заболевания нервной системы проявляются нарушениями движений, чувствительности, координации и трофики. К расстройствам движений относятся параличи, парезы и гиперкинезы.

Паралич - полное выпадение мышечного сокращения, парез - частичное выпадение двигательной функции. Они могут быть моноплегией (одна конечность), гемиплегией (две конечности одной стороны), триплегией (три конечности) или тетраплегией (четыре конечности). Параличи и парезы бывают спастическими (при поражении коры) или вялыми (при поражении периферических нервов).

Гиперкинезы - непроизвольные измененные движения, включающие судороги, атетоз и дрожание. Судороги могут быть клоническими (быстро чередующиеся сокращения и расслабления мышц) или тоническими (длительные сокращения мышц), и возникают из-за раздражения коры или ствола головного мозга.

Атетоз - это медленные червеобразные движения пальцев, кисти и туловища, при которых они закручиваются в штопорообразную форму при ходьбе. Это состояние наблюдается при поражении подкорковых узлов.

Дрожание - это произвольные ритмичные колебания конечностей или головы. Они могут наблюдаться при поражении мозжечка и подкорковых образований.

Нарушение координации называется атаксией. Виды атаксии включают статическую атаксию - нарушение равновесия в положении стоя, и динамическую атаксию, которая проявляется в нарушении координации движений и несоответствии двигательных актов. Чаще всего атаксия возникает при поражении мозжечка и вестибулярного аппарата [7, С. 288].

При заболеваниях нервной системы часто возникают нарушения чувствительности. Такие нарушения включают полное отсутствие чувствительности - анестезию, уменьшенную чувствительность - гипостезию и увеличенную чувствительность - гиперстезию. При нарушении поверхностной чувствительности больной не может различить тепло и холод, и не ощущает уколов; при нарушении глубокой чувствительности теряется представление о положении конечностей в пространстве, что приводит к неуправляемым движениям. Нарушения чувствительности возникают при повреждении периферических нервов, корешков, проводящих путей спинного мозга и проводящих путей в теменной доле коры больших полушарий головного мозга.

При многих заболеваниях нервной системы возникают трофические нарушения, такие как сухая кожа, трещины, пролежни и хрупкость костей. Особенно тяжелые пролежни наблюдаются при повреждении спинного мозга.

Неврозы характеризуются как «хроническое отклонение высшей нервной деятельности от нормы». Их патофизиологической основой являются нарушения процессов возбуждения и торможения, нарушения взаимодействия между корой и подкорковыми структурами, а также нарушения нормального соотношения сигнальных систем [8, С. 79].

**Примерная схема процедуры лечебной гимнастики для больных неврастениями в 1-ой стадии течения.**



Лечение неврастении этой стадии должно быть комплексным, включая лечебную физическую культуру. Главная цель такого лечения - усиление процессов торможения в коре головного мозга. Для этого необходимо строго регулировать режим пациента, особенно чередование сна и бодрствования, а также активные формы лечебной физической культуры с отдыхом на воздухе.

Физические упражнения, такие как гимнастика, игры, прогулки, туризм, лыжи, купание и плавание, играют важную роль для больных неврастениями. Они помогают управлять поведением в коллективе, регулируют общую реактивность и способствуют оздоровлению всего организма.

#### **Примерный план упражнений для такого лечения:**

Ритмичная ходьба без движения рук либо с их движением - 3-4 минуты.

Общеукрепляющие гимнастические упражнения с использованием гимнастических палок, булав, медицинских мячей и других средств, чередуя их с дыхательными - 7 минут.

Упражнения на равновесие и точность движений. Элементы лазания с использованием рук и ног. Упражнения в метании - 7-8 минут.

Игры без мяча и с мячом. Эстафеты с элементами лазания, прыжков и прочими движениями - 10-12 минут.

Элементарные гимнастические упражнения, чередующиеся с дыхательными, выполняемые участниками - 3-4 минуты.

Такой план упражнений поможет эффективно лечить неврастению этой стадии, улучшать общую реактивность и укреплять организм.

#### **Примерная схема процедуры лечебной гимнастики для больных неврастениями 2-ой стадии.**

В случае неврастении первой стадии, больным рекомендуется более умеренная физическая нагрузка. Упражнения должны быть более легкими и простыми в построении, с соблюдением ритмичности. Необходимо включать упражнения на ускорение и замедление темпа движений, а также несложные упражнения на координацию и развитие равновесия. Из-за возможных

вегетативных нарушений сердечно-сосудистой системы, следует ограничить силовые упражнения и шире использовать дыхательные упражнения, постепенно увеличивая и снижая общую физическую нагрузку.

Для больных неврастенией рекомендуется строить режим с чередованием активных движений и пассивного отдыха, предпочтительно на открытом воздухе. Лечебную физическую культуру следует разнообразить с помощью гимнастики, прогулок, игр, купания, лыжных прогулок и других активностей, соблюдая умеренность нагрузки. Музыкальное сопровождение занятий оказывает положительное влияние на психическое состояние больных, облегчает выполнение упражнений и стимулирует нервную систему. Рекомендуется использовать музыку в мажорном тоне. Продолжительность процедуры лечебной гимнастики при низкой нагрузке составляет 25-30 минут.

Ниже представлен пример программы лечебной физической культуры для больных неврастенией:

Ходьба спокойным темпом - 2-3 минуты.

Элементарные гимнастические упражнения в стоячем положении для рук, ног и корпуса, упражнения на координацию - 5 минут.

Ходьба с простыми и усложненными движениями рук, дыхательные упражнения - 2-3 минуты.

Упражнения с метанием и ловлей мячей, упражнения на координацию стоя или сидя - 6-7 минут [6, С. 238].

Игры на месте с небольшой или активной подвижностью - 8-10 минут.

Элементарные гимнастические упражнения с дыхательными упражнениями - 2-3 минуты.

Больным неврастенией также очень полезны прогулки на природе, они оказывают положительное влияние на состояние нервно-психической сферы больных, отвлекают их от болезни. Во время прогулки в 2-3 километрах нормализуются процессы возбуждения и торможения в коре головного мозга, а сосудистые асимметрии снижаются.

При лечении неврозов в санаториях и на курортах, лечебная физическая культура применяется в сочетании с климатотерапией и закаливанием воздухом и водой при соответствующих показаниях использованием физиотерапии и бальнеотерапии (сероводородные, радоновые, углекислые ванны). Физическими упражнениями влияют на эмоциональную сферу больного, они вызывают у него чувство бодрости, радости, отвлекают от различных болезненных переживаний, способствуют устранению неуверенности, беспокойства, страха, различных «невротических» проявлений и создают более уравновешенное состояние. [3, С. 104].

### **Алкоголизм. Наркомания.**

Имея обширный опыт работы с пациентами, страдающими от наркотической и алкогольной зависимостей, особенно от употребления героина и других тяжелых наркотиков, можно утверждать, что у них имеются определенные отличия в состоянии опорно-двигательного аппарата по сравнению с здоровыми людьми, включая объем грудной клетки и осанку. Эти особенности требуют специального подхода при разработке программы оздоровления.

Для комплексного восстановления здоровья пациентов можно предложить следующую программу:

Проведение гигиенического массажа перед началом занятий. Целью этого массажа является улучшение крово- и лимфообращения, нормализация психоэмоционального состояния и подготовка организма к физической нагрузке. Перед началом занятий особое внимание уделяется стимулирующим методам. Общее время гигиенического массажа составляет 25-30 минут, с разделением времени на разные части тела следующим образом: спина - 5-8 минут, шея - 5-8 минут, ноги - 5-7 минут, грудь - 3-4 минут, живот - 1-2 минуты, руки - 2-4 минуты. Распределение времени на различные приемы массажа происходит следующим образом: поглаживание - 10%, растирание - 20%, разминание - 65%, ударные приемы - 2%, вибрационные приемы - 3%.

Такой подход к оздоровлению пациентов может способствовать улучшению их состояния и повышению эффективности занятий.

**Дыхательные упражнения:**

Исходное положение: стоя с руками в стороны. Вдохните, затем обхватите себя за плечи спереди и выдохните, задержавшись на 2-3 секунды. Повторите 3-4 раза.

Исходное положение: сидя на полу согнутыми в коленях ногами и ладонями на полу. Вдохните, затем на выдохе обхватите колени руками, задержитесь на 2-3 секунды. Повторите 3-4 раза.

Исходное положение: лежа на полу с ногами вместе и руками вдоль туловища. Медленно поднимите ноги вверх на вдохе, не сгибая колен, задержитесь на 2-3 секунды, а затем вернитесь в исходное положение на выдохе. Повторите 3-5 раз.

**Общеразвивающие упражнения:**

Стойка с руками на поясе. Вращайте головой по часовой и против часовой стрелки медленно, повторите по 8 раз в каждую сторону.

Стойка с руками на плечах. Вращайте руками вперед и назад умеренным темпом, повторите 8-10 раз.

Стойка с руками на поясе. Вращайте тазобедренными суставами по часовой и против часовой стрелки медленно, с неглубокой амплитудой движений, повторите 6 раз в каждую сторону.

Стойка с руками на поясе. Делайте махи ногами в нормальном темпе, не сгибая колен, повторите 10 раз.

Стойка с руками на поясе. Делайте приседания, не отрывая пяток от пола, в нормальном темпе, повторите 10 раз.

Стойка с руками в стороны. Вдохните, поднимите руки вверх, на выдохе опустите их через стороны. Задержитесь на выдохе на 2-3 секунды. Повторите 4-5 раз [1, С. 296].

### **Упражнения на укрепление мышц позвоночника:**

Лежа на спине, вдавливайте затылок в пол на вдохе и выдыхайте на раз-два. Повторите 3-4 раза.

Лежа на спине, делайте вдавливания плеч на 3-4 раза.

Лежа на спине, вдавливайте ягодицы на 3-4 раза.

Лежа на спине, вдавливайте пятки на 3-4 раза.

### **Заключение**

Для лечения нервно-психических заболеваний физические упражнения играют ключевую роль. Они способствуют улучшению настроения, снижению уровня стресса и тревожности, а также улучшению общего физического состояния пациентов.

Регулярные физические упражнения могут быть рекомендованы в качестве дополнительного метода лечения и профилактики нервно-психических заболеваний. Важно прислушиваться к рекомендациям специалистов и выбирать упражнения, которые подходят конкретно для каждого пациента.

### **Литература / References:**

1. Васильева В. Е., Демин Д.Ф. Врачебный контроль и ЛФК. - М.: Физкультура и спорт. 1968. 296 с.
2. Дубровский В.И. Лечебная физическая культура. – М.: Владос. 1998. 608.
3. Зайцева М.С. Лечебная физическая культура в комплексном лечении больных неврозами. - М.: Медицина. 1971. 104 с.
4. Лечебная физическая культура / под ред. В.Е. Васильевой. - М.: Физкультура и спорт. 1970. С.368.
5. Лечебная физическая культура. / под ред. С.И. Попова.- М.: Физкультура и спорт. 1978. С.256.
6. Морозов Г.В., Ромасенко В.А. Нервные и психические болезни. - М.: Медицина. 1966, .238 с.

7. Мошков В.Н. Лечебная физическая культура в клинике нервных болезней. - М.: Медицина. 1972. 288. с.

8. Шухова Е.В. Лечение неврозов на курорте и дома.- Ставрополь: Книжное издательство. 1988. 79 с.

## ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ БОЛЬНЫХ С ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНЫМИ ДЕПРЕССИЯМИ

Нурходжаев С. Н.

*Ташкентский Педиатрический медицинский институт,  
Республика Узбекистан, г. Ташкент*

**Аннотация.** В статье рассматриваются результаты исследования, взаимосвязи аффективных расстройств и расстройств личности с оценкой диагностической структуры расстройств личности. Было обнаружено, что среди пациентов с терапевтически резистентными депрессиями основной группы с личностными расстройствами, а в группе аффективных расстройств без патологии личности преобладали диагностика рекуррентного депрессивного расстройства с депрессивными эпизодами различной степени тяжести.

**Ключевые слова:** расстройства личности, терапевтически резистентные депрессии, отношения.

## FEATURES OF EMOTIONAL-PERSONAL AREAS OF PATIENTS WITH TREATMENT-RESISTANT DEPRESSIONS

Nurkhodjaev S. N.

*Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan*

**Abstract.** The article is devoted to reveal the correlation between affective disorders and personality disorders with the evaluation of the diagnostic structure of personality disorders. It was revealed that among patients with therapeutically resistant depressions in the main group with personality disorders and in the group of

affective disorders without personality pathology was dominated by the diagnosis of recurrent depressive disorder with depressive episodes of varying severity.

**Keywords:** personality disorders, therapeutically resistant depressions, relation.

**Актуальность** изучения депрессивных нарушений вызвана с их высокой распространенностью и низким качеством диагностики, неблагоприятным влиянием на развитие, течение и прогноз многих соматических заболеваний, на показатели трудоспособности и качества жизни пациентов, высоким социально-экономическим бременем депрессий. Особую значимость приобретает данное исследование в силу сложившихся обстоятельств с пандемией COVID-19, вызывающим обострение депрессивной симптоматики, способствующим ухудшению самочувствия и психоэмоционального состояния различных возрастных и социальных групп населения.

Проблема лекарственной резистентности депрессивной патологии определяется частотой резистентных состояний в практике лечения психической патологии. Фактически каждый третий пациент в перспективе становится резистентным к лечению [1, С.103]. В рамках борьбы с резистентными состояниями основная роль принадлежит профилактическому направлению, связанному с адекватным и рациональным применением фармакотерапевтического пособия на основе знаний фармакодинамики и фармакокинетики препаратов-представителей базовой терапии [2, С. 46].

Вопрос поиска противорезистентной терапии при невозможности достигнуть ремиссии в случаях применения монотерапии антидепрессантами у пациентов с депрессивным расстройством широко обсуждается в научной литературе [3, С.128]. Согласно исследованиям российских психиатров, в последние годы определяется выявляемость терапевтической резистентности у категории пациентов с коморбидными личностными и депрессивными расстройствами [5, С.308]. В настоящее время существует несколько



направлений в оценке взаимосвязи личностных особенностей и формирования депрессивной патологии [8, С.39].

Зарубежные исследователи отводят решающую роль конституционально-генетическим характеристикам, рассматривая их как определяющие дальнейшее течение и проявления заболевания, отмечают патопластическое влияние преморбида на клиническую картину депрессии и выделяют определенные личностные черты, как предикторы развития депрессии [6, С.67].

В большинстве современных источников личностные расстройства входят в число симптомов, усложняющих картину терапевтически резистентных депрессий и требующих психотерапевтической и психологической коррекции в рамках терапии периодов обострения текущего депрессивного эпизода [4, С.9].

**Цель исследования:** изучить клинико-динамические особенности терапевтически резистентных депрессий, коморбидных с расстройствами личности для осуществления комплексной лечебно-реабилитационной помощи и оптимизации психотерапевтического подхода.

**Материалы и методы исследования:** обследовано 128 пациентов в возрасте от 17 до 55 лет, находившиеся на стационарном лечении с терапевтически резистентными депрессиями в Республиканской городской психиатрической клинической больнице. Критерием для отбора пациентов было наличие на момент госпитализации депрессивной симптоматики и личностных расстройств, отвечающим диагностическим критериям Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10), а также регистрируемая в течение трёх недель госпитализации фармакорезистентность к назначаемым психотропным препаратам. Ведущими методами исследования являлись клинико-психопатологический и клинико-катамнестический.

В ходе исследования использовали Стандартизированный многофакторный метод исследования личности – СМЛ (ММПИ) [Собчик Л.Н.,

2002], шкалы SIGH-SAD [WilliamsJ., LinkM., RosenthaN.E. etal., 1992], опросник структуры личности и темперамента TCI-125 [CloningerC.1991

**Результаты и обсуждение.** В ходе исследования нами проведен сравнительный анализ клинико-динамических особенностей терапевтически резистентных депрессий, коморбидных с расстройствами личности при помощи сокращенного варианта шкалы SIGH-SAD [WilliamsJ., LinkM., RosenthaN.E 1992], которая состоит из 17 пунктов шкалы депрессии Гамильтона и 7 пунктов, относящимся к атипичным депрессивным симптомам, как социальная изоляция, увеличение веса, повышение аппетита, гиперфагия, тяга к углеводам, гиперсомния, утомляемость. С целью выявления личностных расстройств использовали Стандартизированный многофакторный метод исследования личности - СМИЛ (MMPI) [Собчик Л.Н., 2002].

Окончательный диагноз верифицировался после комплексного обследования узкими специалистами и лабораторно-инструментальными исследованиями на высоте редукции депрессивного состояния. Психометрическое обследование пациентов путем применения опросника структуры личности и темперамента TCI-125 [Cloninger C.Et al., 1991] использовано для более детального исследования личностной патологии депрессивных больных.

При использовании адаптированного личностного опросника в основной группе были установлены диагнозы расстройств личности в 82,2% (n=23) случаев - смешанное расстройство личности (F61.0), в 7,1% (n=2) случаев – пограничное расстройство личности (F60.31), в 10,7% (n=3) случаев – истерическое расстройство личности (F60.4). Гендерные различия по коморбидности в основной группе распределились следующим образом: у 18 женщин (64,3%) и 10 мужчин (35,7%) и имели статистические различия по полу ( $p<0,05$ ).

Сравнительный анализ частоты встречаемости личностной патологии среди обеих групп выявил, что основная группа представлена в большем

количестве лицами с эпилептоидно-возбудимыми чертами характера личности (40% против 8,3% в группе сравнения), а группа сравнения была представлена преобладанием истероидных черт в 55% случаев ( $p < 0,001$ ). Детальное изучение индивидуально-психологических особенностей пациентов исследуемых групп с помощью СМИЛ (ММРІ) определило, что усредненный профиль основной группы характеризовался наиболее выраженными повышениями на шкалах депрессии (шкала 2) -  $73,3 \pm 11,4$  Т, аутизма (шкала 8) -  $77,1 \pm 15,3$  Т, ригидности аффекта (шкала 6) -  $69,8 \pm 16,9$  Т, психопатии (шкала 4) -  $66,8 \pm 12,9$  ( $p < 0,05$ ). В усредненном профиле ММРІ группы сравнения отмечались пики на следующих шкалах: депрессии (шкала 2) -  $69,7 \pm 12,4$  Т, тревоги (шкала 7) -  $68,3 \pm 10,7$  Т, аутизма (шкала 8)  $67,4 \pm 13,8$  Т ( $p < 0,05$ ), которые характеризуют повышенную эмоциональную напряженность обследуемых больных с аффективной патологией.

Суммируя вышеизложенное, нами сделан вывод, что в целом усредненный личностный профиль пациентов основной группы был выше нормативного разброса и варьировал в диапазоне от 55 Т до 78 Т баллов, который определяет наличие нервно-психической дезадаптации. Усредненный личностный профиль пациентов из группы сравнения не выходил за пределы нормативного разброса (от 50 Т до 70 Т баллов).

При сравнении клинических проявлений депрессий в обеих группах были получены следующие результаты: в основной группе средний общий балл по шкале SIGH-SAD (с учетом типичных и атипичных депрессивных симптомов) при поступлении составил  $30,6 \pm 8,1$  балла, в группе сравнения –  $24,7 \pm 8,5$  балла ( $p < 0,01$ ), и это свидетельствует о более тяжелом течении депрессивной патологии глубине степени тяжести депрессии у пациентов основной группы.

Сравнительный анализ по преобладанию синдромальной структуры депрессивных расстройств определил, что в основной группе пациентов ведущим являлся депрессивно-дисфорический синдром – 71,4% ( $n=20$ ), что

является статистически значимым по сравнению с аналогичным показателем в группе сравнения – 20,0% ( $n=4, p<0,05$ ). В группе сравнения (40,0%,  $n=8, p<0,05$ ) преобладал депрессивный синдром с соматовегетативными нарушениями.

Депрессивно-дисфорический синдром достоверно чаще встречался у лиц женского пола в основной группе и группе сравнения ( $p<0,05$ ), что объясняется преобладанием женщин в клинической выборке. Аналитический разбор статистических данных относительно лиц среднего возраста к началу депрессивных нарушений в исследуемых группах, обнаружил межгрупповые различия ( $p<0,001$ ), свидетельствующие о появлении депрессивных нарушений у обследуемых основной группы в более молодом возрасте ( $32,9\pm 8,9$  года), чем в группе сравнения ( $40,5\pm 9,8$  года).

Сравнительный анализ клинико-динамических показателей продолжительности депрессивного эпизода свидетельствует о том, что в основной группе эпизоды депрессии были более длительными, чем в группе сравнения (соответственно  $5,7\pm 2,8$  и  $3,9\pm 2,6$  месяца,  $p<0,05$ ). При этом среднее количество аффективных эпизодов в основной группе составило  $4,2\pm 1,4$ , а в группе сравнения –  $2,9\pm 1,9$  ( $p<0,01$ ). Коморбидное личностное расстройство оказывает значительное влияние на клинико-психопатологические особенности текущего депрессивного состояния пациентов.

Пациенты с коморбидностью депрессивных и личностных расстройств в сравнении с пациентами без коморбидного личностного расстройства имеют более высокий удельный вес эпилептоидно-возбудимых черт личности в преморбиде (40,0% и 8,3%,  $p<0,001$ ), выраженный депрессивно-дисфорический синдром в структуре текущего депрессивного эпизода (71,4% и 20,0%,  $p<0,05$ ), большую степень тяжести текущего депрессивного эпизода.

### **Заключение**

Установленные особенности клинической картины терапевтически резистентных депрессий дают возможности определить степень тяжести

депрессии, полиморфизм клиники, являются фактором предупреждения неблагоприятного прогноза заболевания, позволяют оптимизировать комплексность психофармакотерапии и более дифференцированно осуществлять психотерапевтический подход в выборе методов психокоррекционного воздействия с учётом личностных особенностей пациентов.

Результаты исследования могут оказать существенную помощь психиатрам, медицинским психологам и психотерапевтам в ранней верификации терапевтически резистентных депрессий, коморбидных с расстройствами личности, позволяют разрабатывать дифференцированные индивидуальные программы медико-психологической помощи больным и реализовывать их на психобразовательном, психокоррекционном, психотерапевтическом и психореабилитационном этапах психологической помощи.

#### **Литература / References:**

1. Бомов, П.О. Депрессивные расстройства: клиника, диагностика и терапия // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 160-летию со дня рождения Владимира Михайловича Бехтерева и 110-летию Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. - СПб.: Альта Астра, 2017. 103 с.
2. Винокур, В.А. Депрессия как проблема общей врачебной практики //Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике, Санкт-Петербург, декабрь, 2015 г.– Вып. XV. / Под ред. В.И. Мазурова. - СПб: «Альта Астра», 2015. 46 с.
3. Мазо, Г.Э. Терапия депрессии: кризис или новые возможности // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 160-летию со дня рождения Владимира Михайловича Бехтерева и 110-летию Санкт-Петербургского

научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. - СПб.: Альта Астра, 2017. 128 с.

4. Нурходжаев, С.Н. Клинико-динамические аспекты аффективных и личностных расстройств у женщин с фармакорезистентными депрессиями // Омский психиатрический журнал 4 (14), 2017. С.9-11.

5. Ротштейн, В. Г., Богдан, М. Н., Долгов, С. А. Депрессии и коморбидные расстройства / под редакцией А.Б. Смулевича. - М., 1997. 308 С.

6. Abdullaeva, V.K., Nurkhodjaev S.N. Optimization of Therapy of Treatment Resistant Depressions in patients taking into account Personal Characteristics. Journal of Research in health science, 67-72,2019

7. Babarakhimova, S.B., Shakhanskaya O.V., Iskandarova J.M. Personal characteristics of women with depressive disorders and their impact on the quality of life. Collections of the 2013 SIC sociosphere conference.

8. Shohaidarova, R.Yu, Babarakhimova S.B. Experience in the application of cognitive-behavioral treatment of depression in women. Materials of the all-Russian conference with international participation «actual problems of cognitive

## ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Помыткина Т. Е., Ахметзянов Д. Р., Новикова Д. А.

*Кафедра поликлинической терапии, последипломной подготовки  
и сестринского дела*

*ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

**Аннотация.** В современном обществе вопросы психического здоровья и наркологии становятся все более актуальными. С каждым годом увеличивается число людей, нуждающихся в профессиональной помощи в этих областях. Однако, несмотря на значительные усилия правительства и различных

общественных организаций, многие проблемы в оказании психиатрической и наркологической помощи остаются нерешенными.

**Ключевые слова:** психиатрия, наркология, помощь населению.

## WAYS TO IMPROVE THE PROVISION OF PSYCHIATRIC AND NARCOLOGICAL CARE TO THE POPULATION

Pomytkina T. E., Akhmetzyanov D. R., Novikova D. A.

*Department of Polyclinic Therapy, Postgraduate Training and Nursing*

*Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

**Abstract.** In modern society, issues of mental health and addiction are becoming increasingly relevant. Every year the number of people in need of professional help in these areas increases. However, despite significant efforts by the government and various public organizations, many problems in the provision of psychiatric and drug treatment remain unresolved.

**Keywords:** psychiatry, narcology, public assistance.

**Введение.** Оказание психиатрической и наркологической помощи населению является одной из наиболее сложных и важных задач современной медицины. Пациенты, страдающие от психических или наркологических заболеваний, нуждаются в комплексной, эффективной и профессиональной помощи. Однако, недостаток ресурсов, ограниченный доступ к специалистам и социальная дискриминация могут создавать препятствия для оказания качественной помощи этой категории пациентов. Поэтому необходимо принять меры для улучшения системы психиатрической и наркологической помощи населению.

В данном контексте, исследование и обсуждение путей совершенствования оказания такой медицинской помощи становится крайне актуальным. Это может включать в себя улучшение доступности специализированных услуг, расширение программ профилактики и раннего



выявления психических и наркологических заболеваний, а также изменения в общественном мнении и медицинской практике для борьбы со стигматизацией.

**Цель исследования:** анализ путей совершенствования оказания психиатрической и наркологической помощи населению, с учетом современных вызовов и тенденций в медицине.

**Предмет исследования:** проблемы в оказании психиатрической и наркологической помощи населению и пути их совершенствования. В работе рассмотрены различные аспекты и факторы, которые должны быть учтены при разработке стратегий и мероприятий по улучшению данной сферы здравоохранения.

**Задачи:**

1. Оценка доступности и эффективности медицинской помощи.
2. Анализ текущей системы и выявление проблем, связанных с доступностью услуг для определенных категорий населения.
3. Изучение стигмы, связанной с психическими и наркологическими расстройствами, и ее влияния на доступность и эффективность помощи.

**Материалы и методы:** анализ медицинской и научно-популярной литературы об оказании психиатрической и наркологической помощи населению.

**Результаты и их обсуждение:** Оказание психиатрической и наркологической помощи населению - это важная и ответственная задача, требующая постоянного внимания и совершенствования. В свете глобальной пандемии COVID-19, актуальность этой темы стала еще более явной. Ограничения, связанные с карантином и изоляцией, привели к ухудшению психического состояния у многих людей, а также увеличили число людей, страдающих от депрессии, тревожности и других психических расстройств. Пандемия также оказала влияние на проблему наркомании, вызвав увеличение стресса и социальной изоляции, что в свою очередь привело к увеличению уровня потребления наркотиков. Однако, несмотря на значительные усилия

правительства и различных общественных организаций, многие проблемы в оказании психиатрической и наркологической помощи остаются нерешенными [1].

Одной из ключевых проблем является недостаточная доступность профессиональной помощи в данной области. В большинстве случаев люди сталкиваются с длительными очередями на прием к специалистам, а также с отсутствием необходимых лекарственных препаратов. Недостаточная доступность профессиональной помощи оказывает негативное влияние на пациентов и их близких. Люди, нуждающиеся в психиатрической и наркологической помощи, могут быть вынуждены самостоятельно справляться с своими проблемами, что может привести к ухудшению их состояния. Также отсутствие профессиональной помощи может приводить к социальной изоляции и стигматизации, усугубляя проблемы пациентов [1, 2].

Одним из путей решения данной проблемы является развитие телемедицины в сфере психиатрии и наркологии. С использованием современных технологий специалисты могут проводить консультации и диагностику пациентов удаленно, что значительно повышает доступность помощи, особенно для жителей удаленных и малонаселенных регионов. Телемедицина также способствует более эффективному контролю за пациентами после выписки из стационара, уменьшая риск рецидивов и повышая эффективность лечения [3].

Значимым шагом на пути улучшения оказания психиатрической и наркологической помощи населению является повышение уровня компетенции специалистов в данной области. Постоянное профессиональное обучение, участие в семинарах, конференциях и обмен опытом не только помогут улучшить навыки врачей, но и обновить их знания, что окажет положительное воздействие на качество предоставляемой помощи. Кроме того, в обучении сотрудников в области психиатрии и наркологии следует уделять внимание

работе с пациентами, включая аспекты эмпатии, понимание психологических потребностей и развитие эффективных коммуникативных навыков [3,4].

На данный момент стигматизация людей, страдающих от психических расстройств и наркозависимости, является серьезной проблемой. В обществе все еще существуют негативные предрассудки и стереотипы, связанные с этими состояниями, что препятствует тому, чтобы люди получили правильную помощь и поддержку. Стигматизация может проявляться в различных формах, начиная от недостаточной информированности общества о психических расстройствах и наркозависимости, до негативного отношения и дискриминации по отношению к людям, страдающим от этих проблем. Это может приводить к социальной изоляции, утрате самооценки и возникновению дополнительных проблем в жизни таких людей. Необходимо улучшить информационную поддержку и консультирование населения по вопросам психического здоровья и наркомании. Важно проводить образовательные программы, направленные на преодоление стигматизации и повышение осведомленности людей в данной области. Только таким образом можно обеспечить раннюю выявляемость проблем и своевременное обращение за помощью [5].

Важное направление совершенствования оказания психиатрической и наркологической помощи населению - это стимулирование и поддержка научных исследований в этих областях. Научные исследования играют ключевую роль в понимании причин и механизмов возникновения психических и наркологических расстройств, разработке эффективных методов диагностики, лечения и профилактики этих состояний. Важно поддерживать и поощрять ученых, работающих в области психиатрии и наркологии, предоставляя им необходимые ресурсы и финансирование для проведения исследований. Одним из ключевых аспектов стимулирования и поддержки научных исследований в области психиатрии и наркологии является финансирование проводимых работ. Государственные организации, международные фонды и частные инвесторы

могут выделять средства для поддержки научных проектов в данной области. Это поможет исследователям получить необходимые ресурсы для проведения экспериментов, анализа данных и публикации результатов исследований.

Кроме финансирования, также необходимо создавать сети сотрудничества между учеными и научными организациями по всему миру. Обмен опытом и идеями способствует более эффективным исследованиям и быстрому практическому применению полученных результатов. Важно также развивать научные конференции, симпозиумы и публикации, чтобы исследователи имели возможность делиться своими открытиями и обсуждать актуальные проблемы в области психиатрии и наркологии [1, 2].

**Заключение.** В результате анализа путей совершенствования оказания психиатрической и наркологической помощи населению можно сделать вывод о необходимости комплексного подхода к этой проблеме. Улучшение доступности специализированных услуг, повышение квалификации медицинского персонала, активная профилактика и раннее выявление психических и наркологических заболеваний, а также изменение общественного мнения и борьба со стигматизацией играют ключевую роль в совершенствовании системы медицинской помощи. Такие меры, как увеличение финансирования в данной области, развитие сети и инфраструктуры психиатрического и наркологического обслуживания, а также образовательные кампании для общества, могут способствовать изменению в лучшую сторону. Важно также продолжать исследования и обмен опытом между различными странами для поиска оптимальных решений.

Таким образом, решение проблем с оказанием психиатрической и наркологической помощи населению требует усилий как со стороны государства, так и общественных организаций, медицинских учреждений и общества в целом. Важно стремиться к созданию сбалансированной системы, которая сможет предоставить качественную и достаточную помощь всем

нуждающимся, а также способствовать изменению восприятия психических и наркологических заболеваний в обществе.

### **Литература / References:**

1. Акпышаров Н. Т. Совершенствование психиатрической помощи как наиболее актуальной проблемы общественного здравоохранения // Бюллетень науки и практики. 2020. Т. 6, № 5. С. 184–194.

2. Клименко Т. В., Козлов А. А. Современное состояние, достижения, проблемы аспекты. и перспективы развития системы оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия наркология» // Вопросы наркологии. 2018. № 9 (169). С. 5–17.

3. Белостоцкий А. В., Тер-Исраелян А. Ю., Евдокимова Актуальные вопросы организации и оказания психиатрической помощи в современных условиях // Бюлл. Национального НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2019. Вып. 2. С. 12–20.

4. Клименко Т. В., Корчагина Г. А., Рыбакова Л. Н., Гречаная Т. Б. Об организации специализированной медицинской наркологической помощи в первичном звене здравоохранения. // Вопросы наркологии. 2018. № 4. С. 89–100.

5. Актуальные аспекты организации внебольничной специализированной помощи больным психиатрического профиля // Симпозиум «Современная психиатрия, наркология, психотерапия, психосоматика и психосоциальная реабилитация» в рамках научно-практической конференции РУДН «Медицинская образовательная неделя: наука и практика – 2019». - М., 2020. С. 19–20.

## ВЫЯВЛЕНИЕ ПРЕОБЛАДАЮЩЕГО ТИПА МЫШЛЕНИЯ У ПСИХОЛОГОВ

Пономаренко Ю. А., Бондарчук О. А.

*Кафедра общая психология*

*Национальный университет Узбекистана имени Мирзо Улугбека,  
Республика Узбекистан, г. Ташкент*

**Аннотация.** Данная статья посвящена исследованию преобладающего типа мышления у студентов направлений «Практическая психология», «Психология молодежи» и «Семейная психология». Тип мышления мы диагностировали с помощью методики «Тип мышления» (В модификации Г.В. Резапкиной), состоящей из 40 утверждений, на которые испытуемые могли дать один из двух вариантов ответа «да» или «нет». В ходе исследования мы выявили сильную развитость у большего числа студентов наглядно-образного типа мышления, чуть у меньшего количества испытуемых креативного, предметно-действенного, словесно-логического типов мышления и не развитость абстрактно-символического типа мышления. Почти половина испытуемых имеет средний уровень развития следующих типов мышления: предметно-действенного, словесно-логического, креативного и абстрактно-символического.

**Ключевые слова:** мышление, предметно-действенное мышление, абстрактно-символическое мышление, словесно-логическое мышление, наглядно-образное мышление, креативное (творческое) мышление.

## IDENTIFICATION OF THE PREVAILING TYPE OF THINKING AMONG PSYCHOLOGISTS

Ponomarenko Yu. A., Bondarchuk O. A.

*Department of General Psychology*

*Mirzo Ulugbek National University of Uzbekistan,  
Republic of Uzbekistan, Tashkent*

**Abstract.** This article is devoted to the study of the prevailing type of thinking among students in the fields of «Practical Psychology», «Youth Psychology» and «Family Psychology». We diagnosed the type of thinking using the «Type of thinking» technique (Modified by G. V. Rezapkina), consisting of 40 statements to which the subjects could give one of two possible answers «yes» or «no». In the course of the study, we revealed a strong development in a larger number of students of a visual-figurative type of thinking, a slightly smaller number of subjects of creative, subject-effective, verbal-logical types of thinking and a lack of development of an abstract-symbolic type of thinking. Almost half of the subjects have an average level of development of the following types of thinking: objective-effective, verbal-logical, creative and abstract-symbolic.

**Keywords:** thinking, objective-effective thinking, abstract-symbolic thinking, verbal-logical thinking, visual-imaginative thinking, creative thinking.

## Введение

Выполняя даже самые простые и повседневные действия, такие как поход от дома до ближайшего магазина, просмотр познавательного видеоматериала, приготовление пищи, хоть и в разной степени, мы задействуем мыслительные процессы.

Проблематика исследования мышления заключается в том, что процесс мышления является сложным и многогранным. В любой ситуации он имеет свою специфику, которая отображается в зависимости от поставленной в данный момент задачи [3, С. 4].

Также проблематикой исследования мышления является его связь с другими познавательными процессами, окружающей средой, культурой и социальными условиями. Мышление продолжает и развивает познавательную работу ощущений, восприятий и представлений, выходя далеко за их пределы. Речь является базисом мышления, а корректная и логически выстроенная



аргументация является свидетельством ее высшего уровня развития. Появление мыслей невозможно без внутренней речи [1, С. 10-16].

Мышление испытывает на себе влияние культуры и общества, в котором вырос и живет человек, поэтому изучение мышления необходимо проводить с учетом этих факторов.

### **Объекты и методы исследования**

В исследовании приняли участие 40 студентов 1-4 курса направлений: «Практическая психология», «Семейная психология», «Молодежная психология» Национального Университета Узбекистана имени Мирзо Улугбека. Мы продиагностировали тип мышления у 10 студентов первого курса, 12 студентов второго курса, 6 студентов третьего курса и 12 студентов четвертого курса всех трех направлений. Средний возраст испытуемых – 20 лет.

Исследование было проведено в период с 20 апреля по 5 мая 2023 года. Проводилось исследование в форме онлайн-тестирования.

Ограничением репрезентативности исследуемой выборки является то, что в отличие от генеральной совокупности, в составе выборки преобладают студенты второго и четвертого курса, в то время как студентов третьего курса в половину меньше.

Для проведения психологического исследования была взята методика «Тип мышления» (в модификации Г.В. Резапкиной), приведенная в учебно-методическом пособии Резапкиной «Отбор в профильные классы».

Данная методика предназначена для определения индивидуального типа мышления человека. Она основана на концепции когнитивной психологии, которая утверждает, что каждый человек обладает своим уникальным стилем мышления.

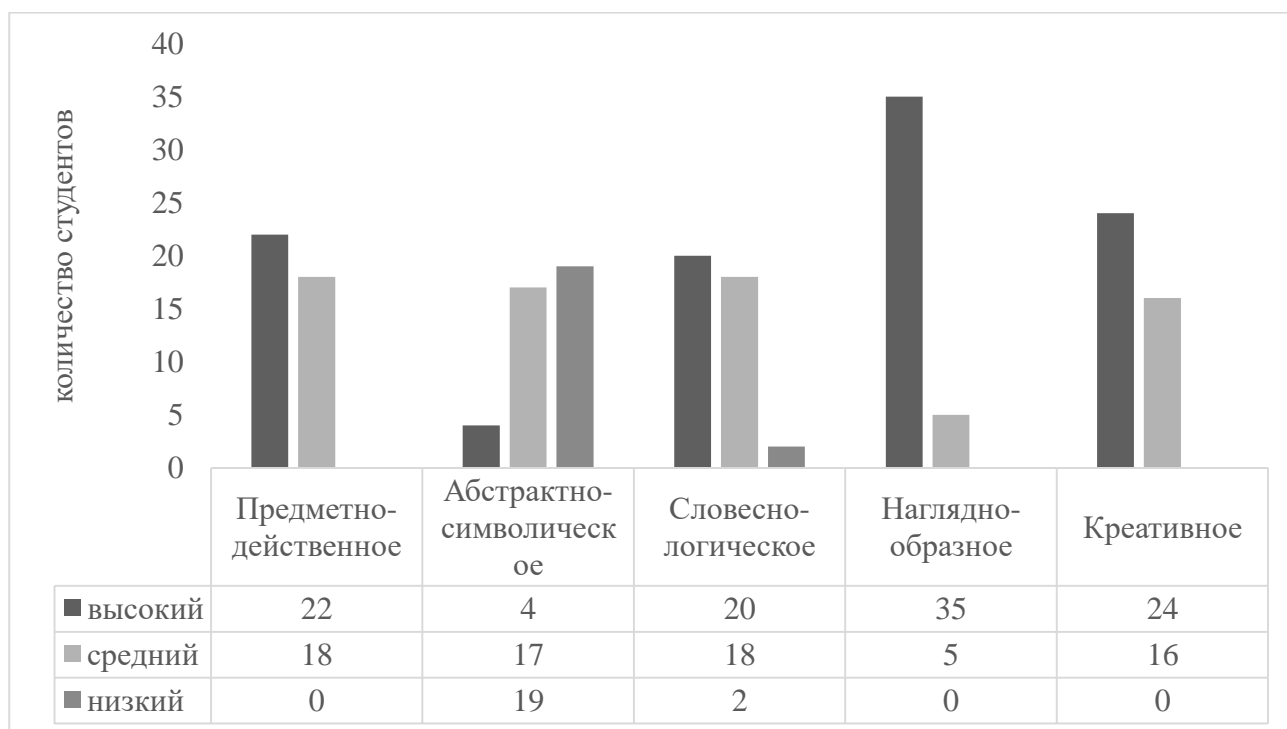
Методика состоит из 40 утверждений, на которые необходимо дать положительный или отрицательный ответ. В соответствии с ключом, приведенным для подсчета полученных результатов, можно определить уровень развития следующих типов мышления: предметно-действенное,

абстрактно-символическое, словесно-логическое, наглядно-образное, креативное (творческое) [2, С. 69-73].

### Результаты и их обсуждение

Ниже мы приведем гистограмму с табличными значениями, показывающую уровень развития у студентов 5-и типов мышления.

На основе проведенного исследования видно, что у большинства студентов-психологов 1- 4 курса почти все типы мышления, кроме абстрактно-символического типа мышления, достаточно хорошо развиты. Предметно-действенный, наглядно-образный и креативный типы мышления ни у одного из респондентов не имеют низкого уровня развития. Словесно-логическое мышление плохо развито лишь у 2-х студентов. Скорее всего, это связано с тем, что профессия психолога требует развитых коммуникативных навыков. Возможно, эти 2 студента интроверты. Абстрактно-символический же тип мышления практически не развит почти у половины испытуемых (19 С.), а сильно развит только у 4-х студентов.



**Рис.1.** Результаты, полученные по методике «Тип мышления»  
 (в модификации Г.В. Резапкиной).

Около половины испытуемых демонстрируют средний уровень развития следующих 4-х типов мышления. У 18 студентов данный уровень выраженности имеет предметно-действенный и словесно-логический типы мышления. Креативный тип мышления в средней степени развит у 16 испытуемых, а абстрактно-символический у 17. Наглядно-образное мышление в средней степени развито у 5 испытуемых.

Наглядно-образное мышление сильно развито у большей части выборки (35 С.), у меньшего числа испытуемых наблюдается высокий уровень креативного (24 С.), предметно-действенного (22 С.) и словесно-логического (20 С.) типа мышления. Такой высокий уровень развития почти всех типов мышления, скорее всего, связан особенностями профессиональной направленности студентов. Для того чтобы найти общий язык с любым типом личности необходимо психологу необходимо под них подстраиваться, что крайне затруднительно без владения вышеприведёнными типами мышления.

Далее с помощью дисперсионного анализа мы проверили значимость различий между различными типами мышления. Так как у нас не соблюдалось условие равенство дисперсий, для сравнения средних значений, полученных по каждому из типов мышления мы использовали критерий Таймхена T2 основанный на t-критерии. Данный критерий является консервативным критерием попарных сравнений. Ниже приведена таблица со значимыми различиями на уровне 0,05 в разности средних значений пяти типов мышления друг с другом.

Как мы описывали выше, абстрактно-символическое мышление плохо развито у психологов, а наглядно-образное напротив развито лучше других типов мышления. Разность средних значений между этим типом мышления с 3-мя другими выше 2-х, а с наглядно-образным типом мышления разница средних равна 4,05. При этом максимальный балл, который могли набрать испытуемые по каждому из типов мышления, равнялся 8. Так среднее значение креативного мышления выше абстрактно-символическое на 2,93 балла,

предметно-действенное на 2,8, словесно-логическое на 2,45. Может быть, это связано с тем, что психология – это больше гуманитарная область знаний, чем точная, а данный тип мышления характеризует способность оперировать математическими кодами.

Таблица 1.

**Разность средних значений пяти типов мышления друг с другом**

(I) тип_мышления	(J) тип_мышления	Разность средних (I-J)
Абстрактно- символическое	Наглядно-образное	-4,05(*)
	Креативное	-2,93(*)
	Предметно-действенное	-2,8(*)
	Словесно-логическое	-2,45(*)
Наглядно-образное	Словесно-логическое	1,6(*)
	Предметно-действенное	1,25(*)
	Креативное	1,13(*)

Средние показатели по наглядно-образному мышлению выше на 1,6 баллов словесно-логического на 1,25 предметно-действенного, на 1,13 креативного. Приведенная выше гистограмма ясно показала высокое развитие наглядно-образного мышления у 35 студентов из 40. Это, возможно, связано с тем, что в своей профессиональной деятельности психологу часто необходимо представлять те или иные события и их прогнозируемое развитие в виде образов, а также применять в своей практике множество техник визуализации и медитации.

**Заключение**

Мышление – самый важный когнитивный процесс, который совмещает в себе все другие когнитивные процессы человека. Мышление - основной процесс обработки информации, позволяющий осознать, анализировать, обобщать и осмысливать мир, который нас окружает. Это ключевой интеллектуальный ресурс, возникающий из процесса взаимодействия индивида

с окружающей средой. Типология мышления – это классификация различных подходов к решению проблем, принятию решений и обработке информации.

Проведенное исследование посвящено изучению типов мышления студентов-психологов. Диагностирование показало, что у большего числа студентов сильно развит наглядно-образный тип мышления, чуть у меньшего количества испытуемых креативный, предметно-действенный и словесно-логический типы мышления. Почти половина испытуемых имеет средний уровень развития следующих типов мышления: предметно-действенного, словесно-логического, креативного и абстрактно-символического. Низкий уровень развития имеет абстрактно-символический тип мышления.

Таким образом, мы узнали, что мышление психолога должно быть синтетическим, т.е. должно складываться из нескольких типов мышления: наглядно-образного, креативного, предметно-действенного и словесно-логического. Такой тип мышления поможет психологу в карьере, облегчит его работу. Конечно же, не только психологи должны иметь синтетическое мышление для наилучшей продуктивности в своей деятельности, но и представители других профессий.

Проблема исследования зависимости типов мышления от специальности будет актуальна всегда. Данную методику можно использовать профориентационной практике.

#### **Литература / References:**

1. Нарциссова С.Ю., Сиротин В.П. Мышление: феноменология процесса: монография / С.Ю. Нарциссова, В.П. Сиротин. – 2-е изд., перераб. и доп.- М.: Издательство «Академия МНЭПУ», 2018. 200 С.
2. Резапкина В.Г. Отбор в профильные классы / В.Г. Резапкина. - М.: Генезис, 2006. 124 С.
3. Шамис А.Л. Мышление: определения, типы, схемы процесса / А.Л. Шамис // Школьные технологии. 2012. № 2. С. 3–14.

**ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И МЕТОДИКО-  
ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОПТИМИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНО-  
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ К ОБУЧЕНИЮ  
В ВЫСШЕМ УЧЕБНОМ ЗАВЕДЕНИИ**

Прихода И. В.

*Кафедра психологии и конфликтологии  
ФГБОУ ВО «Луганский государственный университет  
имени Владимира Даля», Россия,  
Луганская Народная Республика, г. Луганск*

**Аннотация.** В данной статье с актуальных позиций современной психологической науки исследованы, обобщены, систематизированы и проанализированы теоретико-методологические и методико-технологические основы оптимизации социально-психологической адаптации студентов к обучению в высшем учебном заведении.

**Ключевые слова:** теоретико-методологические и методико-технологические основы, оптимизация, социально-психологическая адаптация студентов, обучение в высшем учебном заведении.

**THEORETIC-METHODOLOGICAL AND METHODOLOGIC-  
TECHNOLOGICAL BASES FOR OPTIMIZING THE SOCIO-  
PSYCHOLOGICAL ADAPTATION OF STUDENTS TO STUDY  
AT A HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTION**

Prikhoda I. V.

*Department of Psychology and Conflictology  
Vladimir Dahl Lugansk State University,  
Russia, Lugansk People's Republic, Lugansk*

**Abstract.** In this article, from the actual positions of modern psychological science, the theoretic-methodological and methodologic-technological foundations of optimization the socio-psychological adaptation of students to study at a higher educational institution are investigated, generalized, systematized and analyzed.

**Keywords:** theoretic-methodological and methodologic-technological foundations, optimization, socio-psychological adaptation of students, education at a higher educational institution.

## **Введение**

Начало третьего десятилетия XXI века характеризуется широким и глубоким распространением шестого технологического уклада, развитием и внедрением прорывных технологий, практическим применением современных высокотехнологичных продуктов и сервисов. Нынешний динамизм развития общества, демократизация социальных институтов, усиление роли личности в социальной жизни и производстве, признание особой ценности личностного и профессионального развития индивида, а также другие современные позитивные тенденции строительства общества нового типа настоятельно требуют непрерывного совершенствования человека.

В настоящее время в нынешнем научно-психологическом сообществе происходит неуклонное и последовательное изменение существующих концептуальных принципов психологической науки, неизменно сопровождающееся естественным возникновением и активным развитием новых, обусловленных построением общества современного типа. Данный процесс сопровождается кардинальной трансформацией образовательной среды, предъявляющей всё более высокие требования к студенческой молодёжи и ставящей перед ней всё более жёсткие условия, поскольку именно от неё в конечном итоге зависит, каким будет будущее, за счёт каких ресурсов, какими темпами, методами и средствами, в каких видах, формах и направлениях будет происходить эволюция всего человечества в целом и конкретного человека в частности.

Одним из наиболее существенных, но вместе с тем недостаточно исследованных аспектов обучения студенческой молодёжи является процесс её социально-психологической адаптации к образовательной деятельности,



который усложняется вхождением в новый коллектив, принятием новой социальной роли, иным характером организации учебных занятий, недостаточной информированностью студентов относительно режима всех видов образовательной деятельности в конкретной специальности, недостаточной готовностью студентов к усвоению основных профессиональных образовательных программ той или иной специальности, увеличением объёма и интенсивности умственной деятельности студентов, требующей самоидентификации и самоактуализации, самодисциплины и самоорганизации, самообразования и самовоспитания, саморазвития и самосовершенствования, налаживанием быта и самообслуживания обучающихся, особенно при изменении условий проживания, что значительно снижает качество обучения студентов. Совокупностью, взаимосвязью и взаимодействием вышеуказанных обстоятельств определяется актуальность исследуемой проблемы.

**Объект исследования** – процесс социально-психологической адаптации студентов к обучению в высшем учебном заведении.

**Предмет исследования** – теоретико-методологические и методико-технологические основы оптимизации социально-психологической адаптации студентов к обучению в высшем учебном заведении.

**Цель исследования** – научно обобщить и системно проанализировать теоретико-методологические и методико-технологические основы оптимизации социально-психологической адаптации студентов к обучению в высшем учебном заведении.

**Гипотеза исследования:** социально-педагогическая адаптация студентов к обучению в высшем учебном заведении будет более эффективной и безопасной при обязательном и последовательном соблюдении комплекса следующих социальных, психологических и педагогических условий:

1. Анализ процесса социально-психологической адаптации студентов к обучению в высшем учебном заведении как системной, комплексной и

междисциплинарной проблемы социальной, психологической и педагогической теории и практики.

2. Рассмотрение социально-психологической адаптации студентов к обучению в высшем учебном заведении как важнейшей и необходимой составляющей профессиональной подготовки будущих специалистов в высшей школе.

3. Определение теоретико-методологических и методико-технологических основ оптимизации социально-психологической адаптации студентов к обучению в высшем учебном заведении.

В соответствии с объектом, предметом, целью и гипотезой исследования определены следующие **задачи исследования**:

1. Проанализировать процесс социально-психологической адаптации студентов к обучению в высшем учебном заведении как системную, комплексную и междисциплинарную проблему социальной, психологической и педагогической теории и практики.

2. Рассмотреть социально-психологическую адаптацию студентов к обучению в высшем учебном заведении как важнейшую и необходимую составляющую профессиональной подготовки будущего специалиста в высшей школе.

3. Определить теоретико-методологические и методико-технологические основы оптимизации социально-психологической адаптации студентов к обучению в высшем учебном заведении.

**Методы исследования:** научное обобщение и системный анализ специализированных литературных источников, электронных информационных ресурсов и результатов собственных социально-психологических теоретических и эмпирических исследований.

### **Результаты исследования**

Всевозможные проблемы адаптации человека в различных аспектах изучались раньше и изучаются сейчас многими исследователями. В настоящее

время существует несколько основных теоретико-методологических подходов к изучению и осмыслению проблемы адаптации человека в целом и личностного адаптационного потенциала в частности. Современные представления об адаптационном потенциале человека связаны, прежде всего, с исследованиями Р.М. Баевского и его последователей (А.П. Берсеновой, С.Ю. Добряка, А.Г. Маклакова, А.А. Налчаджяна, С.Т. Посоховой), создавших и развивших учение о, так называемой, «донозологии» («состоянии предболезни», «третьем состоянии») на фоне снижения адаптационных резервов организма, обосновавших и разработавших основы донозологической диагностики. Последующие исследования осуществлялись в направлении изучения влияния фенотипа и генотипа человека на его адаптационный потенциал (В.П. Войтенко, Э.А. Глазков, В.П. Казначеев, А.Н. Хрисанфова, В.Г. Штефко), соотношения индивидуального здоровья человека и его адаптационных возможностей (Н.А. Агаджанян, Г.Л. Апанасенко, В.Н. Платонов, Л.А. Попова, С.Д. Фомин), а также усовершенствования методики оценки адаптационного потенциала (М.В. Антропова, Н.В. Богдановская, Н.Л. Коновалова, Н.Р. Палеев, Е.А. Пирогова).

Особого внимания заслуживают исследования психофизиологической составляющей адаптационного потенциала человека (О.М. Кокун, Ф.З. Мейерсон) и влияния урбанизации на адаптационные ресурсы организма (М.В. Маликов, М.А. Негашева) [1].

М.С. Яницкий усовершенствовал и детализировал понятие, определяющее и характеризующее адаптационные способности человека, – личностный адаптационный потенциал. Личностный адаптационный потенциал (термин впервые предложен А.Г. Маклаковым в качестве интегральной характеристики психического развития человека) – это совокупность взаимосвязанных и взаимодействующих между собой психологических особенностей личности, определяющих успешность адаптации и способность сохранения профессионального здоровья [13].

По мнению И.М. Соколовой, характеристику личностного адаптационного потенциала можно получить путём правильной оценки уровней поведенческой регуляции, коммуникативного потенциала и моральной нормативности. Поведенческая регуляция – это понятие, характеризующее способность человека регулировать своё взаимодействие со средой. Она осуществляется в единстве динамических энергетических, биохимических, физиологических, сущностно-смысловых и структурно-содержательных аспектов.

Другой характеристикой, определяющей эффективность процесса социально-психологической адаптации и выступающей в качестве одной из основных составляющих личностного адаптационного потенциала, являются коммуникативные качества человека. Поскольку человек практически всегда находится в определённом социальном окружении, его деятельность связана со знаниями, умениями и навыками построения отношений с другими людьми. Не менее важной стороной процесса социально-психологической адаптации является соблюдение моральных норм поведения, обеспечивающих способность индивида адекватно воспринимать предлагаемую для него определённую социальную роль. Уровень моральной нормативности индивида отражает два основных компонента процесса социально-психологической адаптации – восприятие морально-этических норм поведения и отношение к требованиям непосредственного социального окружения [10].

О.И. Иванова считает, что личностный адаптационный потенциал обуславливает эффективность деятельности в экстремальных условиях, к которым можно отнести период вхождения студента в новую для него образовательную среду (обучение в высшем учебном заведении) [3].

По утверждению Л.А. Пономарёвой, личностный адаптационный потенциал студента играет существенную роль в его социально-психологической адаптации к высшему учебному заведению и способствует достижению успешности образовательной деятельности. Студенты с более

высокими показателями личностного адаптационного потенциала имеют лучший результат по первой экзаменационной сессии. Высокая моральная нормативность обеспечивает способность обучающегося воспринимать предлагаемую для него социальную роль студента и позитивно влияет на успешность образовательной деятельности.

Достижению успешности образовательной деятельности студентов способствует их положительная система отношений к образовательной среде и её составляющим компонентам (отношение к высшему учебному заведению, к административно-управляющему и профессорско-преподавательскому составу, учебно-вспомогательному и техническому персоналу, к обучению, к выбранной специальности, к будущей профессии и мн. др.). В указанной системе отношений главное место принадлежит отношению студента к обучению. Регулярность учебных занятий как основной показатель индивидуального стиля образовательной деятельности является продуктивным способом достижения успешности образовательной деятельности студентов. Интернальный локус контроля в области достижений и в отношении к своему здоровью способствует успешной социально-психологической адаптации к обучению и достижению высоких результатов образовательной деятельности [8].

Л.К. Гришанов полагает, что социально-психологическая адаптация студентов к новой образовательной среде в рамках новой системы образования в высшей школе не всегда и не у всех проходит успешно, о чём убедительно свидетельствует практика работы с ними. Именно первый курс даёт наибольший процент отчисления, крайне низкой и низкой успеваемости, а на втором курсе наблюдается лишь незначительное улучшение данных показателей. Студентов ожидают напряжённые учебные занятия, новые условия обучения и быта, а, следовательно, и новые проблемы, которые им необходимо решить.

Первая из них – это «вузовский порог», или, как его часто называют «дидактический барьер». Этот барьер тем сложнее для преодоления, чем

больше разрыв в содержании образования и структуре образовательного процесса между высшей и средней школами [2].

По мнению А.Б. Леоновой, социально-психологическая адаптация студентов к образовательному процессу в высшем учебном заведении включает целый ряд специфических аспектов: психолого-педагогический, социально-психологический, мотивационно-личностный, психофизиологический и некоторые другие, которые являются источником различных проблем [14]. Например, психолого-педагогический аспект связан с приспособлением к новой дидактической ситуации, принципиально отличающейся от школьной целями и задачами, видами и формами, методами и средствами, методиками и технологиями образовательного процесса.

При этом в большинстве случаев, легче, проще и быстрее адаптируются те студенты, которые в средней школе получили основательную общеобразовательную подготовку, отличались серьёзным отношением к обучению, принимали активное участие в общественной работе, хотя и в такой ситуации ощущаются определённые трудности адаптационного периода. Ведь хорошо известно, что в ряде случаев качество подготовки выпускников сельских школ значительно ниже, чем выпускников городских школ. Трудности в образовательной деятельности первокурсников особенно заметны у студентов, не получивших в средней школе необходимых знаний, умений и навыков умственной деятельности, имеющих низкий адаптационный потенциал [5].

Ю.Я. Садовская относит к основным причинам трудностей социально-психологической адаптации на первом курсе следующие факторы: резкое и выраженное изменение структуры, содержания, объёма, характера учебного материала, целей и задач, видов и форм, методов и средств, методик и технологий образовательного процесса при отсутствии или недостатке у студентов необходимых знаний, умений и навыков самостоятельной жизни [9].

И.В. Лищук считает, что значительная часть трудностей адаптации студентов связана с проблемами личностного включения в социально-психологическое пространство высшего учебного заведения. Если определённая часть студентов начинает его активно исследовать, то большинство отдаёт предпочтение пассивному созерцанию. Подобная стратегия поведения способствует периферийной локализации личности в новом для неё социально-психологическом пространстве, что вызывает ощущение фрустрированности и нереализованности. Стоит особо отметить, что социально-психологическое пространство различных подструктур высшего учебного заведения различается по степени лёгкости, простоты и быстроты его освоения. В большинстве случаев, активность по освоению нового социально-психологического пространства регулируется, с одной стороны, мотивом самореализации, а с другой – мотивом приспособления, экономии энергии (что предусматривает жизнедеятельность без чрезмерных усилий и стараний, расходов и потерь). Достаточно большое количество проблем связано с конформными установками и психологической зависимостью от родителей и других авторитетов [6].

По утверждению И.Б. Ушакова, одной из существенных проблем социально-психологической адаптации студентов является эмоциональная зависимость от оценки преподавателя. Причиной подобных проблем является инфантильность как личностная черта, вызывающая специфический тип мотивации обучения. Таким студентам присуще желание соответствовать внешним стандартам, которые задаются в детстве (как правило, родителями, дошкольными воспитателями, школьными учителями). Проблемы рационального порядка вызваны незнанием обучающимся системы обучения. Поступив на первый курс университета, студент имеет определённые, как правило, неосознанные или частично осознанные ожидания относительно способов изложения учебного материала, контроля знаний, системы регламентации поведения обучающегося. Эти ожидания впоследствии



оказываются иллюзорными. Столкнувшись с тем, что преподаватель на лекции лишь сообщает студентам определённую информацию и вовсе не заинтересован следить за их действиями, первокурсник делает для себя неожиданное открытие: «учиться – совершенно не обязательно, а хорошо учиться – вообще не обязательно». Таким образом, крушение одной иллюзии порождает новую иллюзию [11, 14].

П.М. Огиенко полагает, что не менее значимой проблемой в процессе социально-психологической адаптации студентов к обучению в высшем учебном заведении является неопределённость мотивации выбора специальности (будущей профессии) и недостаточная психологическая подготовка к ней. Хотя большинство студентов мотивируют выбор высшего учебного заведения стремлением овладеть выбранной специальностью (будущей профессией), которая нравится, считают, что обучение позволит им приобрести определённые знания, умения и навыки, стать образованными людьми, развить личностные способности и в дальнейшем приносить пользу обществу, часть студентов главным считают получить диплом о высшем образовании и существенную свободу в жизни. Эти студенты крайне смутно соотносят себя с избранной специальностью (будущей профессией), однако прекрасно понимают, что высшее образование необходимо. Существуют и такие студенты, для которых получение высшего образования рассматривается как эффективное средство гарантированного достижения высокого материального обеспечения и быстрого продвижения по служебной лестнице [7].

По мнению В.Б. Шапарь, социально-психологическая адаптация студентов к обучению в высшем учебном заведении – процесс, во-первых, непрерывный, потому что не прекращается ни на один день, а во-вторых, колебательный, поскольку даже в течение одного дня происходит переключение во всевозможные сферы: самосознание, самопознание, взаимообщение, взаимопознание, взаимодействие. Социально-психологическая

адаптация студента представляет собой сложный, многообразный, разносторонний и последовательный процесс, в котором необходимо выделить следующие взаимосвязанные этапы: восприятие и усвоение требований высшей школы, овладение вузовскими методами обучения, самовоспитание в себе качеств будущего специалиста, творческое овладение выбранной профессией и всестороннее развитие [12].

Т.М. Куриленко считает, что студент в процессе своего обучения проходит три последовательных и взаимосвязанных этапа социально-психологической адаптации. Первый этап адаптации начинается с момента поступления в высшее учебное заведение и заканчивается в момент окончательного формирования академической группы как единого социального механизма. Естественно, срок протекания первого этапа адаптации совпадает с первым годом обучения. Особенностью этого периода является то, что в качестве основной социальной среды адаптации выступает академическая группа.

Окончание первого этапа адаптации совпадает с процессом самоорганизации академической группы. Второй этап адаптации приходится на второй-третий курс. Тут уже в качестве основной социальной среды адаптации выступает высшее учебное заведение, а академическая группа способствует или наоборот препятствует процессу социально-психологической адаптации студента.

Третий этап адаптации является принципиально новым по отношению к двум предыдущим. Основной социальной средой адаптации этого этапа является всё общество. Многие студенты к этому времени начинают вести самостоятельную профессиональную жизнь. Накопленный адаптивный опыт используется в совершенно новых адаптивных условиях. При переходе от одного этапа к другому изменяется не столько цель и задачи социально-психологической адаптации, сколько потребности и ценности, ставящие эту цель и определяющие эти задачи [4, 14].

Научное обобщение и системный анализ трудов по проблеме исследования, а также собственный опыт практической работы в системе высшего образования позволили нам выделить виды социально-психологической адаптации студентов к обучению в высшем учебном заведении (в основу предложенной классификации положены уровни (степени) социально-психологической адаптации: от высокого уровня (высокой степени) – к низкому уровню (низкой степени)):

1. Абсолютная адаптация (исключительная адаптация, адаптационная абсолютность, адаптационная исключительность) – полное принятие основных и второстепенных потребностей и ценностей, целей и задач, норм и правил, условий и требований высшего учебного заведения; полное согласие с основными и второстепенными потребностями и ценностями, целями и задачами, нормами и правилами, условиями и требованиями образовательной среды; полная готовность подчиняться основным и второстепенным целям и задачам, нормам и правилам, условиям и требованиям образовательной деятельности. Этот вид адаптации занимает высокое положение (адаптация высокого уровня, адаптация высокой степени) и характерен для потенциальной группы низкого риска. В данном случае, такие студенты активно внедряются в студенческий коллектив и составляют ядро студенческого коллектива, так называемый, студенческий актив.

2. Относительная адаптация (сравнительная адаптация, адаптационная относительность, адаптационная сравнительность) – полное принятие основных потребностей и ценностей, целей и задач, норм и правил, условий и требований высшего учебного заведения при полном неприятии второстепенных; полное согласие с основными потребностями и ценностями, целями и задачами, нормами и правилами, условиями и требованиями образовательной среды при полном несогласии с второстепенными; полная готовность подчиняться основным целям и задачам, нормам и правилам, условиям и требованиям образовательной деятельности при полной неготовности подчиняться

второстепенным. Этот вид адаптации занимает среднее положение (адаптация среднего уровня, адаптация средней степени) и характерен для потенциальной группы среднего риска. В данном случае, такие студенты пассивно внедряются в студенческий коллектив и составляют, так называемый, студенческий пассив.

3. Мимикрическая адаптация (подражательная адаптация, адаптационная мимикричность, адаптационная подражательность) - полное принятие второстепенных потребностей и ценностей, целей и задач, норм и правил, условий и требований высшего учебного заведения при полном неприятии основных; полное согласие с второстепенными потребностями и ценностями, целями и задачами, нормами и правилами, условиями и требованиями образовательной среды при полном несогласии с основными; полная готовность подчиняться второстепенным целям и задачам, нормам и правилам, условиям и требованиям образовательной деятельности при полной неготовности подчиняться основным. Этот вид адаптации занимает низкое положение (адаптация низкого уровня, адаптация низкой степени) и характерен для потенциальной группы высокого риска. В данном случае, такие студенты не внедряются в студенческий коллектив и готовы в любой момент расстаться с высшим учебным заведением.

### **Заключение**

В результате проведенного научного обобщения и системного анализа проблемы социально-психологической адаптации студентов к обучению в высшем учебном заведении можно сделать следующие предварительные промежуточные.

1. Социально-психологическая адаптация студентов к обучению в высшем учебном заведении, в общем и целом является актуальной системной, комплексной и междисциплинарной проблемой социальной, психологической и педагогической теории и практики, требующей дальнейших научных исследований для получения конкретных достоверных результатов и разработки последующих практических рекомендаций по её оптимизации.

2. Социально-психологическая адаптация студентов к обучению в высшем учебном заведении представляет собой сложный, многообразный, разносторонний и последовательный процесс, в структуре и содержании которого необходимо выделить следующие взаимосвязанные и взаимообусловленные этапы: восприятие и усвоение потребностей и ценностей, целей и задач, норм и правил, условий и требований высшей школы; овладение вузовскими системами и моделями, видами и формами, методами и средствами, методиками и технологиями обучения; самоидентификация и самоактуализация, самообразование и самовоспитание, саморазвитие и самосовершенствование качеств будущего специалиста и человека; творческое профессиональное становление и всестороннее личностное развитие.

3. Оптимизация социально-психологической адаптации студентов к обучению в высшем учебном заведении базируется на комплексе тесно взаимосвязанных, последовательно взаимообусловленных и органично взаимодействующих теоретико-методологических (понятийно-категориальная идентификация и структурно-содержательная разработка ключевых дефиниций исследования проблемы социально-психологической адаптации студентов к обучению в высшем учебном заведении; совокупность основных методологических подходов к исследованию проблемы социально-психологической адаптации студентов к обучению в высшем учебном заведении; ведущие закономерности и тенденции, особенности и принципы, концепции и теории социально-психологической адаптации студентов к обучению в высшем учебном заведении) и методико-технологических (цель и задачи, структура и содержание, программы и проекты, стандарты и протоколы, алгоритмы и планы, схемы и шаблоны, регламенты и процедуры, системы и модели, виды и формы, методы и средства, методики и технологии социально-психологической адаптации студентов к обучению в высшем учебном заведении) основ.

Перспективы дальнейших исследований видим в научном обосновании, теоретической разработке, экспериментальном внедрении и практической реализации всевозможных разноуровневых профессионально-прикладных мер содействия (программ и проектов, стандартов и протоколов, алгоритмов и планов, схем и шаблонов, регламентов и процедур, систем и моделей, видов и форм, методов и средств, методик и технологий) социально-психологической адаптации студентов к обучению в высшем учебном заведении.

Конечным и закономерным итогом научного обобщения и системного анализа вышеуказанной проблематики, а также результатом последующих соответствующих теоретических разработок, экспериментальных внедрений и практических реализаций могла бы стать современная концепция оптимизации социально-психологической адаптации студентов к обучению в высшем учебном заведении.

#### **Литература / References:**

1. Абабков В.А. Адаптация к стрессу: основы теории, диагностики, терапии / В.А. Абабков, М. Перре. - СПб.: Речь, 2004. 166 с.
2. Гришанов Л.К. Социологические проблемы адаптации студентов младших курсов / Л.К. Гришанов, В.Д. Цуркан // Психолого-педагогические аспекты адаптации студентов к учебному процессу в вузе. – Кишинёв, 1990. С. 3-17.
3. Иванова О.И. Особенности адаптации студентов-первокурсников к обучению в условиях современного образовательного заведения / О.И. Иванова, Л.М. Басанец // Педагогические науки: теория, инновационные технологии. 2008. № 3. С. 335-343.
4. Куриленко Т.М. Основы учебно-воспитательной работы со студентами младших курсов / Т.М. Куриленко. – Мн.: Высшая школа, 1978. 159 с.
5. Леонова А.Б. Дифференциальная диагностика состояний сниженной работоспособности / А.Б. Леонова, С.Б. Величковская // Психология психических состояний: сб. ст. – Казань, 2002. – Вып. 4. С. 326-343.

6. Лищук И.В. Проблемы совершенствования учебного процесса в высшей школе / И.В. Лищук // Преподаватель в условиях модернизации образования в странах Балтийского региона. – Калининград, 2004. – С. 255-257.

7. Огиенко П.М. Психодинамические особенности умственной работоспособности в адаптации студентов к условиям профессиональной подготовки / П.М. Огиенко [Электронный ресурс]. – URL: [https://www.nbu.gov.ua/portal/Soc\\_Gum/Vchdpu/2011\\_86\\_1/Ogiyen.pdf](https://www.nbu.gov.ua/portal/Soc_Gum/Vchdpu/2011_86_1/Ogiyen.pdf) (URL: 26.12.2023).

8. Пономарёва Л.А. Адаптация студентов / Л.А. Пономарёва // Специалист. 2001. № 7. С. 22-23.

9. Садовская Ю.Я. Особенности когнитивной сферы студентов гуманитарного профиля / Ю.Я. Садовская [Электронный ресурс]. – URL: [https://www.nbu.gov.ua/portal/soc\\_gum/pspo/2003\\_5\\_1/doc\\_pdf/sadovskaya.pdf](https://www.nbu.gov.ua/portal/soc_gum/pspo/2003_5_1/doc_pdf/sadovskaya.pdf) (URL: 26.12.2023).

10. Соколова И.М. Психофизиологические механизмы адаптации студентов / И.М. Соколова. – Х.: ХГМУ, 2007. 412 с.

11. Ушаков И.Б. Современные проблемы качества жизни студентов / И.Б. Ушаков, Н.В. Соколова // Гигиена и санитария. 2007. № 2. С. 54-58.

12. Шапарь В.Б. Словарь практического психолога / В.Б. Шапарь. – М.: АСТ ; Х.: Торсинг, 2004. 734 с.

13. Яницкий М.С. Адаптационный процесс: психологические механизмы и закономерности динамики / М.С. Яницкий. – Кемерово: Кемеров. гоС. ун-т, 1999. 84 с.

14. Психическое здоровье человека в современном обществе. междисциплинарные проблемы и возможные пути их решения. Монография. Акименко Г.В., Кирина Ю.Ю., Копытин А.И., Лопатин А.А., Селедцов А.М., Валиуллина Е.В., Гукина Л.В., Кадис Л.Р., Федосеева И.Ф., Яковлев А.С. Москва, 2022, 295 с.



## ВАЖНОСТЬ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ПСИХОЗОВ ПОСЛЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ «СОВРЕМЕННЫХ» НАРКОТИКОВ

Рохмистрова Н. С.

*Центральная научно-исследовательская лаборатория  
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

**Аннотация.** На сегодняшний день употребление наркотиков опиоидного ряда отходит на второй план. На смену им приходят «дизайнерские» наркотики, а количество их потребителей среди молодежи растет с каждым днем. На данный момент дифференцировке психозов от различных видов синтетических наркотиков уделяется мало внимания. Однако, врачам приходится сталкиваться с довольно обширной и разнообразной клинической симптоматикой после употребления, развивающейся в короткие сроки, что затрудняет дальнейшее лечение и реабилитацию пациента. Структурирование информации и дифференцировка различных симптомов являются необходимыми и должны быть нацелены на облегчение работы специалистов.

**Ключевые слова:** наркотики, психоз, острый психоз, мефедрон, амфетамин, альфа-ПВП, MDMA, синтетические катионы, «дизайнерские» наркотики.

## IMPORTANCE OF DIFFERENTIATION OF PSYCHOSES AFTER THE USE OF DIFFERENT TYPES OF «MODERN» DRUGS

Rokhmistrova N. S.

*Central Research Laboratory  
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

**Abstract.** Today, the use of opioid drugs is fading into the background. They are being replaced by «designer» drugs, and the number of their users among young people is growing every day. At the moment, little attention has been paid to differentiating psychoses from various types of synthetic drugs. However, doctors

have to deal with quite extensive and varied clinical symptoms after consumption, developing in a short time, which complicates further treatment and rehabilitation of the patient. Structuring information and differentiating different symptoms is necessary and should be aimed at facilitating the work of specialists.

**Keywords:** drugs, psychosis, acute psychosis, mephedrone, amphetamine, alpha-PVP, MDMA, synthetic cathinones, «designer drugs».

### Введение

Катинон – основной активный моноаминовый алкалоид, отвечающий за стимулирующий эффект растения ката (*Catha edulis*). Синтетические катиноны – это психоактивные вещества, созданные для имитации стимулирующего действия природных катинонов растительного происхождения (рис. 1) [6, С. 4633].

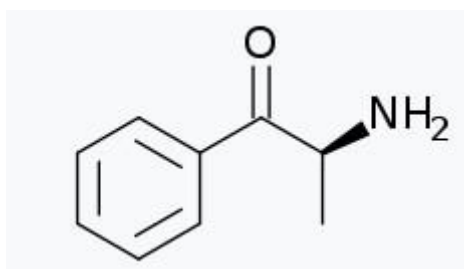


Рис. 1. Химическая структура катинона.

Популярность синтетических или «дизайнерских» наркотиков растет по двум основным причинам. Первая – это относительная простота обхода действующего законодательства путем незначительного изменения химической структуры наркотика, например, добавление одной функциональной группы к молекуле катинона. Вторая причина – быстрота наступления эффекта, связанная с тем, что, как правило, при поступлении в организм вещество не метаболизируется [1, С. 33].

Синтетические производные катинона обладают сильным психотическим потенциалом и способны вызывать психозы со схожей клинической картиной даже при однократном употреблении [2, С. 346]. Кроме того, употребление

психотропных веществ нередко происходит на фоне уже имеющихся психических расстройств или злоупотребления алкоголем, что значительно усложняет дифференцировку симптомов [3, С. 273]. На данный момент уделяется достаточно мало внимания клинической картине психозов, вызванных конкретными видами психоактивных веществ, что затрудняет постановку диагноза и подбора метода лечения.

**Цель исследования** - выделение и дифференцировка симптомов клинической картины психозов, вызванных употреблением мефедрона, амфетамина, альфа-ПВП, MDMA.

#### **Объекты и методы исследования**

Объектами и методами данного исследования являются анализ литературных источников и обобщение научной литературы.

#### **Результаты и их обсуждение**

По МКБ-11 делирий (6D70) характеризуется нарушением внимания и сознания, быстро развивающемся в течение короткого периода времени и имеющем тенденцию меняться в течение дня, сопровождаясь когнитивными нарушениями (нарушение памяти и речи, дезориентировка, нарушение восприятия и зрительно-пространственных способностей). Также может наблюдаться нарушение цикла сна-бодрствования. Однако, при употреблении психоактивных веществ симптоматика делирия не объясняется наличием психических или соматических расстройств. Кроме того, в подавляющем большинстве случаев состояние делирия сопровождается другими функциональными нарушениями различных органов и систем [5, С.259]. Установлено, что вероятность развития психоза повышает совокупность следующих факторов: женский пол, более старший возраст, продолжительность ежедневного употребления, наличие психического инфантилизма, боязнь темноты в детском возрасте [18, С.153].

Мефедрон является одним из наиболее распространенных синтетических катинонов среди молодежи. Эффект от него наступает относительно быстро, а

стоимость на «рынке» сравнительно меньше. Однако, мефедрон опасен тем, что при его употреблении высок риск злоупотребления. Из-за раннего начала, короткой продолжительности действия и периода полувыведения мефедрон может вызывать компульсивное употребление. Метаболизируясь мефедрон подвергается N-демителированию с образованием нормефедрона или восстановлению кетогруппы с образованием дигидромефедрона, повышая уровень внеклеточного дофамина, норадреналина и серотонина [9, С. 885].

Острые побочные эффекты мефедрона включают в себя потерю памяти, агрессию, паранойю, спазмы. Интенсивность судорог может варьироваться от мышечных подергиваний до судорожного припадка по типу эпилептического. Паническое состояние может сопровождаться слуховыми, очень редко тактильными, галлюцинациями и страхом смерти. Зрение становится нечетким, часто тоннельным, зрачки очень сильно расширены. Характерным симптомом может являться раздражение слизистой носовых ходов (при ингаляционном введении), полости рта (при пероральном приеме) и носовое кровотечение. Кроме того, состояние острой интоксикации сопровождается гипертермией, тахикардией, болями в груди, тошнотой, рвотой, учащенным дыханием. Нередко может наблюдаться кожная сыпь. Отличительным побочным эффектом большинства стимуляторов является бруксизм. Нередко употребление мефедрона сопровождается приемом алкоголя в различных дозах, что усиливает и усугубляет симптомы [14, С.1735].

Еще один распространенный синтетический наркотик, принадлежащий к классу амфетаминов и похожий по структуре на психоделический галлюциноген мескалин – MDMA. Как правило, от чистого MDMA редко бывает острое отравление и психоз. Однако, отмечены и случаи передозировки. Острое отравление MDMA характеризуется ретроспективными галлюцинациями, тревогой, спутанностью сознания, нарушением когнитивных функций, концептуальной дезорганизацией. Может наблюдаться постепенное усложнение симптоматики, проявляющееся подозрительным и необычным

содержанием мыслей, фантастическими сноподобными галлюцинациями, онейроидным помрачением сознания и последующей кататонией [7, С. 887; 8, С.26]. Характерным распространенным симптомом отравления MDMA является изменение зрительного восприятия (нечеткость зрения, повышенная чувствительность к свету, плохая способность к фокусировке, псевдогаллюцинации) [19, С. 696133].

Сложность в дифференцировке симптомов передозировки MDMA заключается в том, что чистым его употребляют крайне редко. Чаще всего данное вещество употребляется в таблетированной форме с примесями амфетамина, MDPV, MDA и других производных в разном процентном содержании в зависимости от поставщика и способа производства. Такие примеси дают уже более агрессивную симптоматику психозов. Зачастую, чтобы определить примеси в таблетке, необходимы лабораторные методы анализа, например, газовая или высокоэффективная жидкостная хроматография [17, С. 108820].

Амфетамин является еще одним производным катинона. Он содержит метильную группу в  $\alpha$ -положении в своей углеродной цепи, что приводит к его липофильности, увеличению объема распределения и стимуляции центральной нервной системы. Острое отравление амфетамином сопровождается повышенной двигательной активностью, невозможностью усидеть на месте, тревожным состоянием, сопровождающимся кошмарными сновидениями во время сна и паническими атаками в период бодрствования. Зачастую может наблюдаться апатия с приступами агрессии и необдуманными импульсивными поступками. Кроме того, пациент часто не узнает окружающих, не понимает смысла сказанных слов, испытывает амнезию [12, С. 165].

Амфетаминовый психоз, как правило, сопровождается позитивной симптоматикой. Наблюдается бред ревности, бред преследования, бред отношения, бред чтения мыслей с ярко выраженными эмоциональными реакциями. Мысли часто параноидальные. Клиническая картина

сопровождается зрительными, реже слуховыми и комплексными галлюцинациями. В тяжелых случаях у пациента может развиваться кататонический ступор или кататоническое возбуждение [10, С. 740]. В целом, психоз при употреблении амфетамина напоминает клиническую картину шизофрении в период обострения. Дифференциальные симптомы можно выявить при внешнем осмотре пациента. Характерным симптомом является ангидроз (не потоотделение как при употреблении стимуляторов). Также можно наблюдать повреждение или даже сдирание кожи из-за бреда паразитов. При хроническом употреблении обнаруживается разрушение зубной эмали и воспаление десен из-за плохой гигиены полости рта, пониженного слюноотделения и бруксизма [15, С.11].

Еще один синтетический катинон, представляющий собой дезметилловый аналог пировалерона, -  $\alpha$ -ПВП, или «зомби-наркотик». Свое уличное название  $\alpha$ -пирролидиновалерофенон получил не зря. При приеме данного вещества пациент испытывает синдром возбужденного делирия, характеризующийся возбужденным бредом, спутанностью сознания, сильной тревогой, миоклонусом и судорогами. Эйфорического состояния, для которого изначально употребляется данный стимулятор, не наблюдается. Однако, стимуляция стремительно перерастает в сильнейшие заблуждения, манию преследования и параноидальный бред [16, С.8185].

Психотический эпизод сопровождается бредовой манифестацией с тенденцией к усложнению, наблюдается бред величия и онейроидный синдром. Пациенту кажется, что ему «вкладывают мысли», что он «избранный, особенный» и может сделать что угодно [4, С. 136].

Симптомы отравления  $\alpha$ -ПВП очень схожи с амфетаминовым психозом. Однако, в отличие от амфетамина, при внешнем осмотре пациента с острым отравлением  $\alpha$ -ПВП наблюдается сильная потливость, повышение температуры тела (до 40-41°C) и кожные проявления (симптом Никольского, синдром Стивена-Джонсона) [13, С. 562]. Отличительной особенностью психоза после

$\alpha$ -ПВП является сильная агрессия как по отношению к себе, так и по отношению к окружающим. Пациент не реагирует на словесные попытки деэскалации и может нанести травмы себе и окружающим. Такая сильная агрессия может привести к тому, что при оказании помощи не будут учитываться другие угрожающие жизни симптомы (гипервозбуждение, ацидоз, рабдомиолиз, гипоксемия, сердечно-сосудистая декомпенсация), которые могут усилиться из-за жестких методов усмирения (связывание, позиционная асфиксия) [11, С. 1422].

### **Заключение**

В настоящий момент собрано мало сравнительной информации по дифференцировке психозов на фоне употребления синтетических катинонов. Психотические симптомы у четырех наркотических веществ, рассмотренных в исследовании, схожи по симптомам. Однако, у каждого можно выделить свои отличительные черты. Сбор и систематизация такой информации необходимы для правильного оказания первой помощи и дальнейшего лечения пациента.

### **Благодарности**

Автор выражает признательность врачу-психиатру медицинского центра «Красная горка» города Кемерово Демко Антону Аркадьевичу за помощь в консультировании и предоставлении некоторых литературных источников.

### **Литература/ References:**

1. Малышко Е. В., Мысливцева А. В. Особенности клинических признаков «дизайнерских» наркотиков при медицинском освидетельствовании на состояние опьянения // Главный врач Юга России. Наркология. 2017. Вып. 53. № 1. С.32-34.
2. Рохмистрова Н. С. Употребление психоактивных веществ среди современной молодежи: чем опасна такая «мода» //Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии: материалы IV Международной научно-практической конференции. - Кемерово. 2023. С. 344-362.



3. Рохмистрова Н.С., Федорова Ю.С. Проблемы отграничения алкогольного психоза и психозов иной этиологии // Психическое здоровье человека и общества. - Кемерово. 2023. С. 272-279.

4. Северцев В.В., Буданова А.А. Рекуррентные психотические эпизоды вследствие употребления синтетических катинонов: клинический случай монозиготных близнецов // Consortium psychiatricum. 2023. Вып. 4, № 4. С. 136.

5. Федотов И.А., Володин Б.Ю., Новиков В.В., Леонов Е.В., Шустов Д.И. Анализ клиники, подходов к терапии и исходов при делирии, вызванном воздействием синтетических катинонов: систематический обзор // Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2023. Т. 11, № 2. С. 257-270.

6. Alsalahi A., Chik Z., Mohamed Z., Giribabu N., Alshawsh M.A. Cathinone: an alkaloid of *Catha edulis* (Khat) exacerbated hyperglycemia in diabetes-induced rats. Saudi. J. Biol. Sci. 2021. Vol. 28, N. 8. Pp. 4633-4643.

7. Avram M., Muller F., Rogg H., Korda A., Andreou C., Holze F., Vizeli P., Ley L., Liechti M.E., Borgwardt S. Characterizing thalamocortical (dys)connectivity following D-amphetamine, LSD, and MDMA administration. Biol. Psychiatry Cogn. Neurosci. Neuroimaging. 2022. Vol. 27, N. 1. Pp. 885-894.

8. Aytac H.M., Oyaci Y., Aydin P.C., Pehlivan M., Pehlivan S. COMTVol<sub>158</sub>Met polymorphism is associated with ecstasy (MDMA)-induced psychotic symptoms in the Turkish population. Neurosciences (Riyadh). 2022. Vol. 27, N. 1. Pp. 24-30.

9. Calinski D.M., Kisor D.F., Sprague J.E. A review of the influence of functional group modifications to the core scaffold of synthetic cathinones on drug pharmacokinetics. Psychopharmacology (Berl.). 2019. Vol. 236, N. 3. Pp. 881-890.

10. Fluyau D., Mitra P., Lorthe K. Antipsychotics for amphetamine psychosis: A systematic review. Front. Psychiatry. 2019. Vol. 10. P. 740.

11. Holzle P., Frank A., Hormann S., Pajonk F.-G., Forstl H. Excited delirium syndrome (ExDS): emergence and emergency management. Dtsch. Med. Wochenschr. 2021. Vol. 146, N. 21. Pp. 1421-1426.

12. Huang C.-L., Tsai I.-J., Lee C.W.-S. Risk of psychosis in illicit amphetamine users: a 10 year retrospective cohort study. *Evid. Based. Ment. Health.* 2022. Vol.25, N. 4. Pp. 163-168.

13. Ilhan B., Dogan H., Sahin E.A., Karslioglu N., Kocak O. Novel complication of Flakka: Stevens-Johnson syndrome / toxic epidermal necrolysis overlap. *Am. J. Emerg. Med.* 2019. Vol. 37, N. 3. P. 562.

14. Mead J., Parrott A. Mephedrone and MDMA: A comparative review. *Brain Res.* 2020. Vol. 15. P. 1735.

15. Mullen J.M., Richards J.R., Crawford A.T. Amphetamine-related psychiatric disorders. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing: 2023 Jan. P. 11.

16. Patocka J., Zhao B., Wu W., Klimova B., Valis M., Nepovimova E., Kuca K. Flakka: new dangerous synthetic cathinone on the drug scene. *Int. J. Mol. Sci.* 2020. Vol. 21, N. 21. P. 8185.

17. Steele T.W.E., Spires Z., Jones C.B., Glennon R.A., Dukat M., Eltit J.M. Non-conserved residues dictate dopamine transporter selectivity for the potent synthetic cathinone and psychostimulant MDPV. *Neuropharmacology.* 2021. Vol. 200. P. 108820.

18. Vinnikova M.A., Severtsev V.V. Risk factors for the development of psychotic disorders associated with synthetic cathinones usage. *Zh. Nevrol. Psikiatr. Im. S.S. Korsakova.* 2023. Vol. 123, N. 5. Pp. 153-159.

19. Weidmann M., Kuitunen-Paul S., Basedow L.A., Roessner V., Golub Y. Attenuated psychotic symptoms in adolescents with chronic cannabis and MDMA use. *Front. Psychiatry.* 2022. Vol. 12. P. 696133.

## ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Сафарбаев Б. Б.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,  
Ташкентская медицинская академия, Ургенчский филиал,  
Республика Узбекистан, г. Ташкент*

**Аннотация.** Обследовано 60 пациентов в возрасте 18–65 лет с сердечно-сосудистой патологией, поступивших на лечение в отделения Хорезмского филиала Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Кардиологии. Распределение по клиническим группам с учетом кардиологического диагноза было следующим: испытуемых с ГБ – 40 %, испытуемых с ИБС – 45 %, испытуемых с ПС – 15%. Поддержка самостоятельности и инициативы больного с помощью, арт-терапии, аутотренинга, групповой динамической психотерапии и личностно-ориентированной психотерапии имела место на заключительном этапе инновационного интегративного психотерапевтического метода.

**Ключевые слова:** эмоциональные расстройства, психотерапия, сердечно-сосудистые заболевания.

## PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOLOGICAL CARE FOR PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES

Safarbaev B.B.

*Tashkent Pediatric Medical Institute  
Tashkent Medical Academy, Urgench Branch,  
Republic of Uzbekistan, Tashkent*

**Abstract.** In the Republican Specialized Scientific Research Medical Center for Cardiology of the Urgench Branch, 60 patients aged 18 to 65 years with cardiovascular diseases and depressive disorders were examined. Support for the patient's independence and initiative through art therapy, auto-training, group

dynamic psychotherapy and personality-oriented psychotherapy took place at the final stage of the innovative integrative psychotherapeutic method.

**Keywords:** emotional disorders, psychotherapy, patients with a cardiac profile.

**Актуальность** проблемы исследования вызвана стремительным ростом числа заболеваемости сердечно-сосудистой патологией, коморбидной с эмоциональными расстройствами и увеличением количества смертности среди лиц молодого возраста населения экономически развитых стран [4, С.20]. Психологические аспекты коррекции эмоциональных изменений у пациентов кардиологического профиля приобретают особую значимость в общей врачебной практике в последние десятилетия и становится одной из приоритетных задач медицинской науки и системы практического здравоохранения.

Предиктором формирования сердечно-сосудистых заболеваний являются негативное воздействие социальных факторов, способствующих развитию психоэмоциональных изменений и первую очередь депрессивной патологии у данного контингента больных [9, С.24]. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, депрессия к 2030 году будет одной из основных причин нетрудоспособности и займет второе место после сердечно-сосудистой патологии, опережая онкологические и травматологические заболевания [6, С.67].

Депрессивные состояния приводят личность к ряду неблагоприятных последствий как медицинского, так и социального порядка: снижают качество жизни пациента, адаптационный потенциал, повышают риск развития суицидальных тенденций, могут привести к снижению профессионального статуса с вынужденной сменой работы, утрату квалификационных способностей, распаду семьи и, наконец, к полной потере трудоспособности и инвалидности пациентов [5, С.46].

В практическом здравоохранении проблема преодоления личностью с патологией сердечно-сосудистого профиля стрессовых и критических ситуаций приобретает глобальное значение [8, С.20]. Устойчивый интерес к данной проблеме обусловлен усилением негативного воздействия природных, экологических, социальных и других неблагоприятных условий на личность [2, С.28]. В этой связи особую значимость приобретает изучение психологических способов совладания со стрессом как фактора успешной адаптации человека в быстро меняющемся социуме [1, С.199].

На современном этапе развития принципов интегративного подхода к проблеме болезни, является общепризнанным, что при оценке тяжести заболевания и выборе методов терапии необходимо опираться не только на соматические показатели здоровья, но и на критерии психического состояния, а также современных подходов к особенностям психотерапии, в частности, применение инновационных методов комплексной психокоррекции [7, С.68].

Эффективность использования интегративного подхода к психотерапии пациентов кардиологического профиля в стационаре определяется как особенностями патогенеза сердечно-сосудистых заболеваний, адаптационными способностями личности, так и ограниченными сроками госпитализации. Интенсифицировать психотерапевтический процесс возможно путем комплексности и инновационного подхода психокоррекционного и психотерапевтического вмешательства с учётом личностных характеристик и особенностей адаптационного потенциала [3, С.22].

**Цель исследования:** определить особенности психотерапии эмоциональных изменений у пациентов кардиологического профиля с учётом адаптационного потенциала личности.

### **Материалы и методы**

Объектом для исследования явились 60 пациентов кардиологического профиля в возрасте 25–55 лет с наличием депрессивной патологии в клинической картине заболеваемости, поступивших на лечение в отделения

Хорезмского филиала Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Кардиологии. Распределение по клиническим группам с учетом кардиологического диагноза было следующим: испытуемых с ГБ – 40 %, испытуемых с ИБС – 45,5 %, испытуемых с ПС – 14,5%.

Ведущими методами исследования явились клинико-психопатологический и катamnестический. В процессе психопатологического исследования для определения эмоционального статуса использовали «Госпитальную шкалу тревоги и депрессии» (HADS) и опросник тревожности Спилбергера-Ханина, а для выявления типологических особенностей личностей пациентов применялся тест-опросник Шмишека-Леонгарда. Инновационные методы психотерапии депрессивной патологии у больных с сердечно-сосудистой патологией проводились медицинскими психологами и врачами-психотерапевтами в период стабилизации состояния. По специально разработанной схеме медицинские психологи в течение трех месяцев проводили групповые и индивидуальные сеансы психокоррекции, а также тренинги в виде семейной и рациональной психотерапии с членами семьи и ближайшими родственниками пациентов кардиологического профиля.

### **Результаты и обсуждение**

На инициальном этапе исследования первоочередной задачей являлось определение психоэмоциональных изменений у пациентов кардиологического профиля с помощью психометрических шкал. В ходе исследования установлено, что у большинства пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями эмоциональная сфера характеризовалась наличием депрессивной патологии, высоким уровнем тревожности и обсессивно-фобическими расстройствами.

В обследованной группе в результате тестирования с помощью «Госпитальной шкалы тревоги и депрессии» (HADS) и опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожно-депрессивных расстройств различной

степени выраженности у 98% пациентов, при этом проявления тревоги были отмечены у 94% исследуемых, депрессии различных степеней тяжести – у 55% обследованных. более чем у половины пациентов было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 35% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10% пациентов – констатировалась выраженная тревога. Депрессивная симптоматика чаще всего сопровождалась наличием панических атак и генерализованного тревожного расстройства в виде страха смерти или внезапной остановки сердца. Пациентов охватывало чувство неминуемой гибели и скоропостижной смерти. В синдромологическом аспекте чаще наблюдались астено-апатические и ипохондрические депрессии с тревожно-фобическими включениями.

На фоне пониженного настроения наблюдались и соматические эквиваленты депрессии - бессонница, отсутствие аппетита, спастические колиты и запоры. Отмечалось суточное колебание настроения, сопровождающееся чувством тоски и безысходности. Большинство пациентов отмечало нарастающее чувство грусти и предчувствие приближающейся смерти. При длительном течении соматической патологии депрессия принимал затяжной характер, отмечалось формирование терапевтической резистентности к назначаемой фармакотерапии. Возникновение фармакорезистентности и хронификация процесса требовали подключения психологической помощи медицинских психологов и психотерапевтов для решения комплексного лечения пациентов кардиологического профиля. Для успешной реализации психотерапевтического вмешательства необходимым условием было установление психологических характеристик обследуемых пациентов.

При исследовании конституционально-личностных особенностей обследуемых с помощью теста-опросника Шмишека-Леонгарда среди всех пациентов были выявлены: демонстративный тип личности - у 6 больных (10%), застревающий тип личности - у 16 больных (26,7%), дистимический тип в 40% случаев (24 обследованных), тревожно-боязливый тип - у 10 больных



(16,6%), в 6,6% случаев (4 пациента) был выявлен эмотивный тип личности. Для редукации депрессивной симптоматики специально подбиралось психотерапевтическое вмешательство с дифференцированным подходом с учётом личностных особенностей каждого пациента. Реабилитационная программа включала в себя комплекс мер по скорейшему возвращению пациентов в социум и формированию адаптации в новых условиях быстро меняющегося социума. Сеансы психотерапии были организованы медицинскими психологами и психотерапевтами с пациентами, находящимися в состоянии реабилитации. Проводились групповые и индивидуальные занятия, краткосрочные сеансы когнитивно-поведенческой психотерапии. Психотерапевтическое вмешательство включало шесть основных интегральных этапов.

Инициальный этап психокоррекции состоял в установлении психотерапевтического контакта, исходя из характерологических особенностей больных, и постановку целей и задач. Врач-психотерапевт в ходе рациональной психотерапии выявлял точки-мишени для проведения комплексной интегральной психотерапии с учётом личностных особенностей пациентов кардиологического профиля. На втором этапе применялись техники нейролингвистического программирования и рациональной психотерапии. Третий этап состоял из личностно-ориентированной психотерапии и применения краткосрочной позитивной психотерапии, эффективную при создании мотивации и активизации ресурсов личности с изменением системы представлений, ценностей, а также с формированием ответственности.

Проведение техник эриксоновского гипноза на четвертом этапе способствовало воздействию на психологическую составляющую заболевания, улучшало эффект соматотропной терапии и нормализацию психовегетативных соотношений с учетом особенностей личности больного кардиологического профиля. Коррекция внутренней картины болезни, психотерапевтическая работа с психологическими защитами, выработка адекватного отношения к

комплексному поддерживающему лечению являлась основой пятого этапа реабилитационной программы. Поддержка самостоятельности и инициативы больного с помощью проводимых арт-терапии, аутотренинга, семейной психотерапии и групповой динамической психотерапии имела место на заключительном этапе психосоциореабилитации пациентов кардиологического профиля.

### **Заключение**

Проведенная психотерапевтическая помощь пациентам кардиологического профиля свидетельствует о достоверном повышении интегрального показателя качества жизни и значений составляющих его психологической сферы и сферы социальных отношений. К концу психокоррекционной работы положительная динамика отмечается у 80% пациентов кардиологического профиля, прошедших тренинги инновационной интегральной психотерапии, что указывает на необходимость данного вида групповой работы с больными сердечно-сосудистой и патологией эмоциональной сферы.

Современные подходы в психодиагностике и психокоррекции депрессивных расстройств и личностных особенностей пациентов кардиологического профиля позволяют определить более глубокий уровень депрессии, полиморфизм клиники, является фактором предупреждения неблагоприятного прогноза заболевания, способствуют более дифференцированно осуществлять лечебно-реабилитационную помощь и оптимизировать психотерапевтический подход в выборе методов психологического воздействия с учётом личностных особенностей пациентов.

### **Литература / References:**

1. Александров, А.А., Балашова, Т.Н. Сотрудничество врача и психолога в диагностическом процессе // Психотерапия и клиническая психология: методы, обучение, организация. – СПб., Иваново, 2000. С.199-204.

2. Бабарахимова, С.Б., Шаханская, О.В., Искандарова, Ж.М. Личностные особенности женщин с депрессивными расстройствами и их влияние на качество жизни //Сборники конференции НИЦ Социосфера, 2013. 134 с.

3. Громова, Е. А. Психосоциальные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (обзор литературы) / Е.А. Громова // СМЖ. Томск, 2012. №2. С.22-29.

4. Мамедов, М.Н. Оценка психологического статуса пациентов со стенокардией напряжения / М.Н. Мамедов, Р.Т. Дидигова, З.З. Булгачева // Кардиология. 2012. № 1. С.20-25.

5. Сайдалиходжаева, Д.Г., Бабарахимова, С.Б. Оценка эмоциональных статусов беременных с учетом личностных особенностей //Психические расстройства в общей медицине. 2017. №4. С. 46-46

6. Визило Т.Л., Попонникова Т.В., Федосеева И.Ф. Вопросы первичной профилактики инсульта у взрослых и детей // Лечащий врач. 2019. № 10. С. 30-35.

7. Amir M. The World Health Organization quality of life assessment // Europ, PsychiaL - 2018 - Vol. 9. - Suppl. 1. - P. 68

8. Lush E., Salmon P., Floyd A., Studts J.L., Weissbecker I., Sephton S.E. Mindfulness meditation for symptom reduction in cardio-myalgia: psychophysiological correlates. // Journal of Clinical Psychology in Medical Settings 2009 Jun. 16 (2): 200–7.

9. Matveeva A.A., Sultonova K.B., Abbasova D.S. et al. Optimization of psycho-diagnostics of emotional states // Danish Scientific Journal. VOL 3, No 5 pp. 24-27.

10. Niyazova Z., Nurkhodjaev S., Akhmedzhanova A. Features of psychological rehabilitation in patients with eye injuries. Medicine and Law. 2019. -1 (38). - P.14-28.

**ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ  
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО  
РАССТРОЙСТВА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ:  
ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ**

Селедцов А. М., Акименко Г. В., Яковлев А. С.

*Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии  
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный университет»  
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

**Аннотация.** Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) является одним из наиболее часто регистрируемых последствий для психического здоровья, за которым следуют катастрофы и травмирующие события, как природного, так и техногенного характера. В настоящее время нет унифицированных результатов относительно распространенности ПТСР в последние годы в России. Целью данного исследования является систематическая оценка существующей литературы, позволяющая получить всестороннюю оценку совокупной распространенности ПТСР.

**Ключевые слова:** посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), факторы риска, метанализ, стресс, депрессия, психологические защиты.

**RISK FACTORS POST-TRAUMATIC STRESS DISORDERS  
IN MODERN CONDITIONS: LITERATURE REVIEW**

Seledtsov A. M., Akimenko G. V., Yakovlev A. S.

*Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology  
Kemerovo State University, Russia, Kemerovo*

**Abstract.** Post-traumatic stress disorder (PTSD) is one of the most commonly reported mental health consequences, followed by disasters and traumatic events, both natural and technogenic. Currently, there are no unified results regarding the prevalence of PTSD in recent years in Russia. The purpose of this study is to systematically evaluate the existing literature to provide a comprehensive estimate of the cumulative prevalence of PTSD.

**Keywords:** post-traumatic stress disorder (PTSD), stress, depression, psychological defenses.

События последних лет в истории России чрезвычайно повысили востребованность практической психологии и психотерапии. Пандемия и специальная военная операция (СВО) по защите ДНР и ЛНР во многих случаях стали причиной посттравматического стрессового расстройства.

В России феномен военного невроза (современное название посттравматическое стрессовое расстройство - ПТСР) был известен как минимум с русско-японской войны (1904–1905), когда через харбинский госпиталь прошло более 3000 солдат, не имевших физических ранений, но бывших явно психически нездоровыми.

Несколько позже, в 1914 году, русский психиатр Н.Н. Баженов описал «аффекты ужаса» у жертв землетрясения в Мессине в 1908 году (Италия), включавшие в себя реакции шока (оглушение, индифферентность к собственной жизни и жизни близких и др.). После завершения Второй мировой войны в статье «Психогении военного времени» (1948) отечественный психиатр Е.К. Краснушкин писал: «Психическое воздействие на личность во время войны приобретает необычайную для мирных условий остроту... психогенный фактор в большой группе заболеваний становился ведущим и являлся причиной болезни... психотравмы приводят к органическим изменениям в организме» [3].

В СССР в 1980-е годы произошло значительное количество различных психотравмирующих событий, в том числе техногенного (авария на ЧАЭС, 1986; железнодорожная катастрофа под Уфой, 1989), природного (спитакское землетрясение, 1988), военного (афганская война, 1979–1989) и межэтнически-конфликтного характера (армяно-азербайджанские столкновения в Нагорном Карабахе, 1988; ферганские погромы, 1989). Это стимулировало разработку проблематики постстрессовых расстройств на территории нашей страны, в том

числе их медико-биологических составляющих, клиники и методов лечения, а также психолого-психиатрических коррелятов ПТСР. Психологические исследования этого времени были сосредоточены на изучении последствий военных действий на принимавших в них участие военнослужащих-«афганцев», психофизиологических и психологических особенностей жертв природных и экологических бедствий.

Катастрофические для страны социально-экономические и политические последствия «перестройки» дали ученым и практикам большое количество материала для работы (в том числе авиационные, природные катастрофы и события с применением оружия, такие как конституционный кризис 1993 года и две войны в Чечне). В Институте психологии РАН существует лаборатория, изучающая психологические особенности стресса (нынешнее ее название лаборатория психологии развития субъекта в нормальных и посттравматических состояниях), и многие исследования такого рода проводились и проводятся в ней. Психологические исследования этого периода были связаны с изучением социально-психологической работы с участниками экстремальных событий, психокоррекции и психотерапии постстрессовых расстройств, особенностей личности в экстремальных условиях.

Новая волна исследований ПТСР связана с пандемией COVID-19 и пациентами, которые оказались в интенсивной терапии. У них, как показывают исследования, развивалось тяжелое посттравматическое стрессовое расстройство, которое обычно фиксируют после участия в боевых действиях.

Обычно ПТСР возникает при событиях, оказывающих сверхмощное негативное деструктивное воздействие на психическое состояние личности. Иногда ПТСР имеет место в тех случаях, когда ситуация сама по себе не является экстраординарной, но по различным субъективным причинам она может оказаться серьезной психологической травмой для конкретного человека, то есть причина возникновения ПТСР во многих отношениях касается индивидуально-психологических особенностей личности и особой

сензитивности к определенным качествам жизненных ситуаций. Основной детерминантой травматичности события является ощущение-переживание собственной беспомощности и никчемности, что человек не может справиться с ситуацией, не может превозмочь вызов жизненной ситуации, не имеет возможности эффективно и адекватно реагировать на то, что происходит.

Как показывают наши исследования, ПТСР всегда связан с индивидуальной невозможностью интегрировать интенсивность или содержание острой кризисной ситуации. При этом внешние характеристики кризиса могут отличаться друг от друга, пусковые механизмы могут иметь различный характер, и реакции на кризисные ситуации будут специфичными для каждого человека. Поэтому для понимания кризиса важно знать психологические механизмы его возникновения, его внутреннюю суть [6].

ПТСР рассматривается в основном с точки зрения разрушительного воздействия на человека, как негативная дезинтеграция личности. В интегративной психологии с 1990-х годов стрессы, ПТСР, психологические травмы, кризисы рассматриваются с точки зрения позитивной интеграции личностью ресурсных составляющих опыта переживания тяжелых событий и потрясений.

На наш взгляд, экстремальные события могут инициировать личностный рост, самопознание, саморегуляцию, духовное самосовершенствование, улучшение поведенческих стратегий, социальную зрелость и ответственность, пробуждая сущностные силы человека и истинные экзистенциальные смыслы и ценности.

При шоковом кризисе ПТСР внезапный катаклизм в социальном окружении (неожиданная смерть супруга или насилие, потеря интегрального статуса или значимого социального статуса) может вызвать сильную эмоциональную реакцию, которая подавляет адаптивные механизмы индивида.

Такого же рода эффект может быть достигнут в материальном «Я» - внезапная неизлечимая болезнь или подозрение на нее, клиническая смерть или



угроза смерти, наличие объективной опасности для жизни и здоровья, потеря значимого фрагмента телесной конструкции или функции, личностно значимой материальной ценности - банкротство, стихийное бедствие, ограбление.

Возможны психодуховные переживания шоковой интенсивности, которые полностью девальвируют материальное и социальное «Я», основные ценности и смыслы жизни. Поскольку событие происходит внезапно, неожиданно и человек обычно не имеет времени подготовиться к страшному удару, он может впасть в эмоциональный шок и пережить всю феноменологию ПТСР в силу экстраординарности предъявляемых условий.

ПТСР является экстремальным вызовом для личности, связанным с неординарным резким выходом за пределы нормы привычных действий и операций и переживанием шока.

ПТСР является всегда значимой утратой, когда экстремальная жизненная ситуация разрушает значимые элементы структуры личности и функциональные возможности.

1. Шоковое состояние развивается сразу после ПТСР и длится от нескольких дней до месяца, сосуществуя с признаками следующего этапа - переживания. Человек не осознает потери, не в состоянии осмыслить случившееся, происходящее воспринимается как в тумане или во сне. Затем приходит неверие, что это могло произойти. Психологической защитой служат вытеснение и отрицание. Их вовлечение является естественным и полезным, поскольку помогает человеку постепенно освоиться со случившимся. К концу этапа шока после психической анестезии начинается страдание, свидетельствующее о начале переживания, то есть «работы горя». О наступающем завершении говорят элементы понимания и признания утраты, а также обстоятельств, при которых она произошла.

2. В состоянии переживания, являющегося в процессе горя наиболее интенсивным, понимание и признание утраты достигает степени ясности факта. Ритуальные действия и другие конкретные события играют в этом важную

роль. Стрaдание обычно достигает наибольшей силы и отличается разнообразием проявлений. Осознание приводит человека к зияющей пустоте, которая возникла после утраты, и необходимости освоиться с ней. Попытки ее заполнения выражаются в неоднократных возвращениях и рассказах об обстоятельствах утраты. Затем человек уходит все дальше, возникают многообразные воспоминания о потере, о прошлом. Они не только способствуют пониманию утраты, но и приводят к идеализации и идентификации с ушедшим за счет вовлечения механизмов вытеснения. Тем не менее, уход в прошлое характеризует начало принятия и интеграции опыта утраты.

3. Состояние принятия утраты (интеграция). «Работа горя» в это время состоит в преодолении психического страдания, идей самообвинения, поглощенности образом утраты и идентификации с ней для того, чтобы возвратиться к реальности. Принятие утраты не исключает, что укоры совести, чувство вины могут быть длительными. Постепенно исчезает враждебное отношение к окружающим. Сохраняются воспоминания о прошлом, которые существенно снижают эмоциональное напряжение. Начинается освоение своего нового места в мире, а энергия переключается на отношения и занятия, не связанные с утратой.

В реальной жизни динамика этапов горя не бывает линейной, они скорее напоминают накладывающиеся друг на друга циклы.

Шок, переживание и принятие не следуют строго один за другим, хотя сама последовательность является типичной и, следовательно, предсказуемой. Их проявления часто перекрывают друг друга. Поскольку переживание горя представляет собой индивидуальный процесс, характерные признаки этапов могут сосуществовать в различных сочетаниях, создавая уникальные возможности для позитивных изменений.

### **Из шоковой зоны ПТСР 4 выхода.**

1. Позитивная интеграция с переходом на новый качественный уровень целостности сознания и личности, когда происходит значительное уменьшение тревожности, депрессивных симптомов, гнева или стыда по поводу случившегося. Кризисное состояние является посвящением в ядерную смысловую структуру, приводящим к интроекции в сознание личности новых жизненных ценностей и, таким образом, становится действительным преобразованием индивида. Кризисное состояние является испытанием на соответствие новой ситуации в материальном, социальном, духовном «Я», на соответствие новым социальным требованиям.

Психологически кризисное состояние требует концентрации воедино всех сил для решения задач, которые ставятся перед личностью. Позитивная интеграция происходит тогда, когда у личности имеются силы и навыки организации активности по преодолению испытания, а также когда она может и умеет собрать их в одно целое в данный момент на фоне социальной поддержки. Для позитивной интеграции необходимы навыки осознания, самоконтроля, саморегуляции. Человек, страдающий ПТСР, постепенно должен начинать использовать различные сознательные и подсознательные стратегии совладания для уменьшения интенсивности посттравматических симптомов. Из всех этих стратегий лишь поведение, направленное на решение проблемы, является конструктивным и адаптивным для позитивной интеграции опыта ПТСР, который всегда является лишением, фрустрацией. ПТСР всегда является вызовом для личности. Он является испытанием на укорененность, интроецированность каких-то важных установок и ценностей личности.

При позитивной интеграции опыта ПТСР к человеку возвращается доверие к миру и людям, уверенность в себе, оптимизм и прилив энергии, способность строить проекты на будущее, интерес к прежним увлечениям, работе, межличностным отношениям. Воспоминания о событии становятся значительно менее травмирующими и больше не вызывают интенсивного

страха, они интегрируются в жизненный опыт индивида и воспринимаются как часть прошлого и урок, не мешая получать радость от жизни.

2. Негативная дезинтеграция личности психопатологической симптоматикой. При негативной дезинтеграции происходит уменьшение непереносимого напряжения за счет невротических или психопатических паттернов поведения.

Тревожный тип ПТСР характеризуется симптомами тревоги, раздражительностью, внутренней напряжённостью, навязчивыми тревожными мыслями по поводу травмирующей ситуации и своего состояния, расстройствами сна (трудности при засыпании). Пациент часто боится кошмаров на тему травмы и по этой причине намеренно отодвигает наступление сна. В вечерне-ночное время могут возникать ощущения нехватки воздуха, сердцебиение, потливость, озноб или приливы жара. Такие больные стремятся к общению и какой-либо целенаправленной деятельности, поскольку получают облегчение от активности.

Астенический тип ПТСР характеризуется пассивностью, безразличием к ранее интересовавшим событиям в жизни, равнодушием к окружающим людям и к профессиональной деятельности. Характерно переживание утраты чувства удовольствия от жизни. В сознании доминируют мысли о собственной несостоятельности. В отличие от тревожного типа, в данных случаях воспоминания о травмирующем событии лишены яркости, детальности и эмоциональной окрашенности. Может иметь место обидчивость и раздражительность. Отмечается гиперсомния с невозможностью подняться с постели, мучительной сонливостью (иногда в течение всего дня).

Дисфорический ПТСР характеризуется постоянным присутствием недовольства, раздражения (вплоть до вспышек ярости) на фоне угнетенно-мрачного настроения. В воображении доминируют образы наказания обидчиков и сцены агрессии с собственным участием в роли агрессора. Часто больные не способны контролировать себя и впоследствии сожалеют о своих

агрессивных реакциях. Иногда это вынуждает их сводить к минимуму свои контакты с окружающими. Внешне больные выглядят мрачными, их поведение отличается отгороженностью, замкнутостью, малословностью. Обычно они не обращаются за помощью и попадают в поле зрения специалистов из-за поведенческих расстройств, на которые обращает внимание их окружение.

Соматоформный тип ПТСР отличается обилием соматоформных расстройств, при этом неприятные ощущения локализуются главным образом в области сердца (54%), желудочно-кишечного тракта (36%) и головы (20%), что сочетается с психовегетативными пароксизмами. Часто встречается избегающее поведение на фоне панических атак. Больного беспокоят в первую очередь неприятные телесные ощущения. Появляется тревожное ожидание возникновения симптомов. Эта тревога может быть более сильной, чем страх по поводу пережитого травмирующего события.

Истерический тип ПТСР проявляется в форме демонстративного поведения, стремления привлечь к себе внимание, повышенной внушаемости и самовнушаемости. Для депрессивного типа характерны пониженное настроение и пессимизм.

Кроме вышеперечисленных типов, существуют варианты ПТСР, называемые «диссоциативный», «ипохондрический» и «смешанный» [2].

Человек может стать замкнутым, скрытным, подозрительным или впасть в депрессию. Нарушенное восприятие события может привести к незаслуженным упрекам других в своих неудачах. В некоторых случаях уменьшение напряжения происходит путем приема алкоголя или медикаментозных средств. Возможны попытки суицида или агрессивного поведения. Негативная психопатологическая дезинтеграция как исход кризиса ПТСР совершенно необязательна, но иногда случается из-за остроты индивидуальных проблем и отсутствия необходимой социальной поддержки.

### 3. Негативная дезинтеграция личности: социальные девиации.

Социальные девиации являются следствием кризиса ПТСР как способ адаптации и реабилитации к новой личности с приобретенной симптоматикой. При этом все последствия ПТСР, кроме легких форм, приводят к социальным девиациям. В социально-психологическом отношении последствия ПТСР вызывают феномены, которые представляют реальную угрозу выживанию личности в данной социальной среде, срыву соблюдения социально-нравственных норм и культурных ценностей, нарушению саморазвития и самореализации в том обществе, к которому человек принадлежит. С точки зрения клинической психологии, ПТСР вызывает отклонение от принятых в данном обществе норм межличностных взаимодействий: действий, поступков, высказываний, совершаемых как в рамках психического здоровья, так и в разных формах нервно-психической патологии, особенно пограничного уровня.

В контексте девиантного поведения особый интерес представляют научные работы, в которых исследуется ПТСР, испытываемое сотрудниками ОВД (участниками контртеррористических операций), и исследования, посвященные особенностям переноса ими при возвращении из «горячих точек» паттернов «неотреагированной агрессии» в практику повседневной службы [4, 6].

Отклоняющееся поведение личности как следствие ПТСР не соответствует общепринятым или официально установленным социальным нормам и вызывает негативную оценку со стороны других людей (социальные санкции). Девиантное поведение хотя и наносит реальный ущерб самой личности, окружающим людям, но связано с общей направленностью личности на снятие нервно-психического напряжения ПТСР. Оно сопровождается явлениями социальной дезадаптации и имеет выраженное индивидуально-психологическое своеобразие.

Из всего огромного перечня девиантного поведения хулиганство, лихачество на дорогах, уголовная преступность, алкоголизм, наркомания, токсикомания, игромания, терроризм, экстремизм, вандализм, нанесение

самоповреждений являются основными как следствие ПТСР. При этом базовым мотивом личности является стремление уменьшить интенсивность посттравматических симптомов.

Следствием ПТСР часто является раздражительность, вспышки гнева, быстрая утомляемость и потеря интереса к общению и разного рода деятельности, социофобия и недоверие к людям. Это приводит к социальной изоляции и маргинализации - к разрыву в отношениях с родными и друзьями, к распаду семьи, к неспособности завести семью и друзей, проблемам в профессиональной сфере.

Агрессивность и антисоциальное поведение как девиация при ПТСР может быть детерминирована проигрыванием роли агрессора жертвой насилия. При этом следствием и симптомом могут стать уголовная преступность, терроризм, экстремизм, вандализм.

ПТСР всегда является интенсивным и экстремальным опытом, который связан с пиковыми состояниями сознания, эмоционального переживания ликования, прилива энергии, необычайности страха, любопытства, ужаса и драйва. Физиологически этот феномен связан с тем, что в момент травмы мозг выделяет эндорфины - вещества, уменьшающие чувство боли и страха и даже создающие чувство особого наслаждения и удовольствия эйфорического характера. У личности возникает некий феномен страстной привязанности и жажды интенсивного опыта, желание оказаться в ситуации экстремальной опасности, которая временно выводит его из состояния замирания в обыденной реальности и позволяет почувствовать себя опять на пике переживаний.

Следствием ПТСР является злоупотребление алкоголем. Эта зависимость встречается у 52% мужчин и 28% женщин, страдающих ПТСР. Среди девиаций алкоголизм является основной причиной возникновения маргинализации личности (безработица, нищета, бомжевание, совершение преступного поведения, хулиганства и др.). Это обусловлено, с одной стороны, культурной



распространенностью самого феномена употребления алкоголя, с другой - социальной оправданностью и негласной эмпатической поддержкой мотива совладания с симптоматикой ПТСР при помощи употребления алкоголя человеком.

Вне сомнения, девиации токсикомании и наркомании при ПТСР не находят поддержки в социальной среде и преследуются по закону как преступное поведение, одновременно с этим многие люди используют стратегию употребления ПАВ как способ уменьшения интенсивности посттравматических симптомов.

Следует отметить, что стратегия употребления алкоголя и ПАВ при ПТСР является весьма деструктивной для личности, и при этом синдром зависимости развивается гораздо быстрее, а реабилитация протекает гораздо дольше и намного тяжелее в форме различных девиаций, аддикций, аффективных, когнитивных нарушений.

#### 4. Негативная дезинтеграция личности: смерть.

Смерть при ПТСР многолика. Мы можем, как крайний предел негативной дезинтеграции личности, рассматривать смерть как:

- смерть социальную;
- психологическую смерть личности;
- смерть физическую.

Смерть социальную мы рассматриваем как разрушение основных статусов и ролей личности, изоляцию личности в социальном дне и невозможность, и бессилие обратного восстановления.

Психологическая смерть личности является самым тяжелым вариантом распада человека, когда он совершенно не способен нормально функционировать. При психологической смерти состояние личности выглядит как хроническая психическая патология, часто с диагнозом шизофрения, которая, как известно, изначально обозначалась деменция прекокс (от лат. *dementia praecox* - «раннее слабоумие»). Диагноз не говорит о том, что личность

«умерла» навсегда, так как при соответствующем лечении возможно исцеление пациентов.

Физическая смерть. ПТСР увеличивают риск самоубийства, вероятность которое повышается до 38%. Отягощение риска связано и с тем, что от 20 до 25% самоубийств совершаются в состоянии алкогольного либо наркотического опьянения, которые для многих лиц с ПТСР являются способами справиться с его симптоматикой. Согласно выпущенному ВОЗ в 2018 году «Глобальному докладу о проблемах потребления алкоголя и его влиянии на здоровье», непосредственно после употребления спиртного риск совершить попытку самоубийства повышается в 7 раз [7, 9]. Конечно, среди следствий ПТСР встречается псевдосуицид, который совершается в состоянии депрессии или аффекта и является не столько попыткой лишиться себя жизни, сколько «криком о помощи», попыткой обратить на себя и свои проблемы внимание окружающих.

Скрытый суицид (поведение, опасное для жизни и сокращающее жизнь) проявляется не только в алкоголизме, наркомании, токсикомании, отказе от медицинской помощи при серьёзных заболеваниях и других видах саморазрушающего поведения, но и нарочитом пренебрежении правилами дорожного движения, лихачестве, несоблюдении техники безопасности, склонности к экстремальному спорту без надлежащей тренировки и экипировки, пренебрежении опасностью в различных жизненных ситуациях.

### **Пандемия и ПТСР.**

Исследования, проведенные в течение 2020–2022 гг., показали, что у большинства опрошенных (от 57 до 72%) доминируют негативные отрицательные эмоции: тревога, страх, раздражение, злость, усталость, досада, безволие, недоверие, уныние, насилие, отчужденность и др. [1, 5, 7, 8].

На наш взгляд, именно негативный эмоциональный кластер создал психологические предпосылки к тому, что у 30% лиц, которые оказались в интенсивной терапии во время пандемии COVID-19, впоследствии

наблюдаются симптомы посттравматического стрессового расстройства. При ПТСР возможны такие клинические симптомы, как немотивированная бдительность, взрывные реакции, нарушение памяти и общая тревожность, бессонница и суицидальные мысли. Следует отметить, что ПТСР возникает не только у людей, которые попали во время интенсивной терапии в крайне тяжелую психотравмирующую ситуацию, экстраординарный стресс, но и у медицинских работников, которые постоянно находились в контакте с больными, оказывая им помощь.

Данные о частоте депрессии средней тяжести, тревожных расстройствах и посттравматическом стрессовом расстройстве были взяты из 65 исследований, включавших 97 333 медицинских работников из 21 страны мира.

Распространенность депрессии составила 21,7% (95% ДИ, 18,3%–25,2%), тревожного расстройства 22,1% (95% ДИ, 18,2%–26,3%) и посттравматического стрессового расстройства 21,5% (95% ДИ, 10,5% – 34,9%). Распространенность тревожных расстройств и депрессии была выше в исследованиях, выполненных на Ближнем Востоке (34,6% по сравнению с 28,9%) [8].

#### **Литература/ References:**

1. Акименко, Г.В. Коронавирус и кризисные ситуации с позиции психологии // Г. В. Акименко, А.М. Селедцов, Ю.Ю. Кирина / Дневник науки. 2020. № 7 (43). С. 16.
2. Влияние эпидемии COVID-19 на психическое здоровье и психосоциальную поддержку лиц пожилого возраста / Ю. А. Бубеев, В. В. Козлов, Л. Д. Сыркин [и др.] // Успехи геронтологии, 2020. Т. 33. №6. С. 1043-1049.
3. Дзеружинская Н. А., Сыропятов О. Г. Посттравматическое стрессовое расстройство. Пособие для самоподготовки. - Киев: Украинская военно-медицинская академия, 2014.

4. Кадыров Р. В. Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD): состояние проблемы, психодиагностика и психологическая помощь.- Москва: Юрайт, 2020. 644 с.
5. Китаев-Смык Л. А. Стресс войны. Фронтовые наблюдения врача-психолога.- Москва: Российский Институт культурологии, 2001. 80 с.
6. Козлов В. В. Психология пандемии. Издание 2-ое, расширенное и дополненное. -Ярославль: РПФ «Титул», 2022. 126 с.
7. Козлов, В. В. Психология кризиса.- Саратов: Вузовское образование, 2014. 386 с.
8. Селедцов А.М., Кирина Ю.Ю., Акименко Г.В. Проблемы психического здоровья в условиях пандемии // Дневник науки. 2020. № 8 (44).
9. Yufei Li, Scherer N., Lambert F., Kuper H. Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress disorder in health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. PLOS ONE, 2021; 16 (3). Pp. 12–20.

## ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Семенова Е. А.<sup>1</sup>, Захаров О. П.<sup>2</sup>, Бороздин А. В.<sup>2</sup>, Тарасова И. В.<sup>2</sup>,  
Полянская Л. В.<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>Кафедра психиатрии с наркологией*

*ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет  
имени Н. Н. Бурденко» Минздрава России, Россия, г. Воронеж*

*<sup>2</sup>Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер  
Минздрава России, Россия, г. Воронеж*

**Аннотация.** Клиническая картина коронавирусной инфекцией уже давно и подробно описана в различной литературе, причем прогноз восстановления активности у пациентов с коронавирусной инфекцией с бессимптомным течением наиболее благоприятен, чем при более тяжелых течениях этого заболевания (коронавирусной пневмонии). Однако на

сегодняшний день вопрос оценки качества жизни (КЖ), формирования тревожно-депрессивного расстройства (ТДР), терапии психоорганического синдрома у пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию с поражением легких, и сильной интоксикацией всего организма, еще полностью не изучена. Сочетание основного вирусного заболевания, тревоги и депрессии не только снижает качество жизни, но и предрасполагает к развитию вторичных осложнений, которые ведут к длительным психическим расстройствам. Проведен анализ клинического случая пациентки, перенесшей вирусную пневмонию коронавирусной этиологии.

**Ключевые слова:** больные, депрессия, вирус, легкие, пневмония, психокоррекция, тревога, шкалы.

## ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH CORONAVIRUS INFECTION

Semenova E. A.<sup>1</sup>, Zakharov O. P.<sup>2</sup>, Borozdin A. V.<sup>2</sup>, Tarasova I. V.<sup>2</sup>,  
Polyanskaya L. V.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Department of Psychiatry with Narcology*

*N. N. Burdenko Voronezh State Medical University, Russia, Voronezh*

<sup>2</sup>*Voronezh Regional Clinical Psychoneurological Dispensary, Russia, Voronezh*

**Abstract.** The clinical picture of coronavirus infection has long been described in detail in various literature, and the prognosis for recovery of activity in patients with asymptomatic coronavirus infection is more favorable than in more severe cases of this disease (coronavirus pneumonia). However, to date, the issue of assessing the quality of life (QOL), the formation of anxiety-depressive disorder (ADD), the treatment of psycho-organic syndrome in patients who have had a coronavirus infection with lung damage, and severe intoxication of the whole organism has not yet been fully studied. The combination of the underlying viral illness, anxiety and depression not only reduces the quality of life, but also predisposes to the development of secondary complications that lead to long-term

mental disorders. An analysis of the clinical case of a patient who had viral pneumonia of coronavirus etiology was carried out.

**Keywords:** patients, depression, virus, lungs, pneumonia, psychocorrection, anxiety, scales.

**Актуальность.** Коронавирусная инфекция - опасная группа острого инфекционного заболевания, вызываемыми различными серотипами коронавируса. Проявляющиеся синдромами общей инфекционной интоксикацией и синдромом поражений респираторного тракта, в первую очередь верхних, а так же средних отделов - носа, глотки, гортани, трахеи и бронхов. При некоторых вариантах опасного вируса, таких как MERS-CoV, SARS-CoV, SARS-CoV-2, в двадцати процентов случаев, развивается острый тяжёлый респираторный синдром с повышенной летальностью [1, 2, 7]. Но в литературе до сих пор недостаточно освещена динамика восстановления больных после перенесенного тяжелого острого респираторного синдрома COVID-19 с учетом ТДР, оценки ими своего самочувствия. Тем не менее, на современном этапе развития психиатрической помощи больным с короновирусной инфекцией специфическая прицельная реабилитация не оказывается в связи с малой изученностью психосоматических взаимоотношений между заболеванием короновирусной инфекцией и эмоционально-волевыми нарушениями. Недостаточно изучена область применения и границы возможности психиатрической и психотерапевтической коррекции в острый период респираторного синдрома, ранний и поздний восстановительные период.

### **Клинический случай**

Больная С., 45 лет перенесла короновирусную пневмонию с поражением легких 30 %, лечилась в отделении для лечения короновирусной инфекции, затем была переведена для дальнейшего долечивания направлена в поликлинику по месту жительства. Сопутствующий диагноз: смешанное

тревожное и депрессивное расстройство. Предъявляла жалобы: на раздражительность, слезливость, эмоциональную неустойчивость, утраты интереса к деятельности, чувства нехватки воздуха, беспричинное беспокойство, плохой сон, с кошмарными сновидениями, сильная тревога, чувство страха смерти. Из анамнеза: наследственность психопатологической и сердечно-легочной патологией не отягощена. Беременность и роды у матери и раннее развитие пациентки без особенностей, единственная дочь в семье. В дошкольном возрасте много болела ОРЗ, отмечался выраженный страх темноты и высоты. Росла тревожной, мнительной, избалованной девочкой. Училась хорошо, окончила 11 классов. Получила высшее образование, работала экономистом, в настоящее время домохозяйка. Замужем, имеет двух взрослых детей, которые проживают отдельно. Страдает хроническим бронхитом. Перенесла среднетяжелую степень течения коронавирусной инфекции COVID-19, с пневмонией, развитием дыхательной недостаточности, ЧДД >30 в минуту, сатурацией 94%. Продолжает беспокоить головокружение, нехватки воздуха. Внешне известие о болезни восприняла тяжело, думала, что «это смерть» и «что с этим не выживу». При этом признается, что лекарственные препараты принимает нерегулярно. Тем не менее, наличие головокружений и нехватки воздуха связывает с проблемами в семье, считает, что это родственники довели ее иммунитет, который не смог справиться с вирусом. Члены ее семьи переболели вирусной инфекцией без поражения респираторного тракта. Чрезмерно эмоционально обсуждает бытовые конфликты в семье, часто плачет, раздражается. Отмечает выраженную слабость. Не работает и от выполнения всех домашних дел устанилась, объясняя, что «голова кружится, и нехватка воздуха, сил нет».

Психический статус: уравновешана, следит за внешним видом формально; держится свободно; выражение лица – печальное; на обсуждение позитивных событий реагирует адекватно улыбается; жалобы сообщает



демонстративно в театрализованной манере; очень активно обсуждает конфликтную ситуацию с семьей; расстройств восприятия, бредовых переживаний не отмечено; интеллект соответствует уровню образования и возрасту; мышление последовательное. Настроение снижено. Тревожна, ипохондрична. Интересуется новыми случаями заражения вирусом COVID-19, а так же возможностью повторно заболеть этой инфекцией. Оперировать медицинской терминологией. Эмоционально лабильна. Критика к состоянию не полная, считает, что коронавирусная инфекция и имеющиеся изменения иммунной системы связаны с конфликтной ситуацией в семье.

Результаты тестирования на 31 день от перенесенного вирусного заболевания [3]:

- по шкале HARS 16 баллов;
- по шкале HDRS 17 баллов;
- ТОБОЛ – ипохондрический тип отношения к болезни;
- FPI: повышенные по шкале

I (невротичность); сниженные по шкалам IV (раздражительность),

II (спонтанная агрессивность), VI (уравновешенность),

V (общительность), VIII (застенчивость), X (экстраверсия-интроверсия), VII (реактивная агрессивность), XII (маскулинизм-феминизм);

– SF– 35, RP– 0, PF– 50, GH– 31, BP– 32,

- SF– 44, VT– 39, MH– 49, RE– 44.

Пациентке был назначен эсциталопрам в дозе 10 мг один раз в сутки утром в течение двух месяцев.

При последующем осмотре на 61-й день отмечает значительное улучшение общего состояния. Сообщает, что улучшился сон. Тревога стала меньше. Стала себя контролировать. Сообщает, что ощущения нехватки воздуха стали реже.

Сохраняются: головокружение, внутреннее напряжение, тревога, сниженное настроение, упадок сил, сонливость днем.

Результаты тестирования на 61 день после перенесенного COVID-19:

– по шкале HARS 11 баллов;

– по шкале HDRS 13 баллов;

– по шкале SF– 37, RP– 50, PF– 73, GH–41, VT– 44, BP– 43, SF– 54, RE– 56, MH– 50.

#### **Анализ клинического наблюдения.**

С детства у больной личностные особенности, включающие в себя манерность, тревожность, мнительность, эгоцентризм. Проявления депрессии и тревоги появились на фоне стрессовой семейной ситуации. Фиксирована на своих ощущениях. Отчетливо доминирует астения. После проведения терапии в течение двух месяцев повысилось настроение, снизилась тревога, отмечает улучшение общего состояния, астения сохранилась.

#### **Рекомендовано:**

Продолжить назначенную терапию с последующей повторной консультацией. Переход на новую версию Международной классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-11) ставит перед практикующими психиатрами новые проблемы. Суть их заключена в том, что классификация построена не по нозологическому принципу и не предполагает внедрения этиопатогенетической терапии.

В предыдущих версиях МКБ раздел терапии не содержал указаний на доказательность тех или иных методов и способов терапии и лишь недавно в клинические рекомендации, принятые Российским обществом психиатров, вошли указания на уровень достоверности доказательств и уровень убедительности рекомендации [4]. Однако, связь между диагностикой и назначением психофармакотерапии до настоящего времени остается дискуссионной темой.

Известно, что лишь 60,8% психиатров убеждены, что новая классификация может явиться основой для выбора оптимальной стратегии и тактики лечения [5, 7]. Достаточно большое число психиатров продолжают

считать, что диагностика и терапия причинно связаны между собой, и выставление точного «нозологического» диагноза по МКБ (DSM) не является принципиальным и значимым для принятия терапевтического решения («лечим синдром»). Данный феномен назван диагностическим и терапевтическим релятивизмом [6]. Такой подход отражает позицию специалистов, указывающих на то, что значимым на практике является определение уровня психопатологического синдрома/феномена и наличие субъективного запроса пациента, а не диагноз в соответствии с МКБ-11. Внедренный в современную психиатрическую диагностику спектральный подход подразумевает ориентацию на психопатологические синдромы и их выраженность. Депрессивный или тревожный синдром в рамках разных диагностических рубрик по МКБ-11 лечится, в целом, по единым схемам. Не различаются терапевтические стратегии при параноиде в рамках шизофрении [6A20], бредового расстройства [6A24] и, к примеру, при психотическом расстройстве, вызванном воздействием алкоголя [6C40.6].

Наиболее значимым в условиях современных психиатрических классификаций становится неукоснительное требование ориентироваться при выборе психофармакотерапии на результаты доказательных исследований (РКИ, мета-анализы и систематические обзоры), а не на неverified клинический опыт и традиции. К сожалению, доказательная психиатрия в России не имеет стопроцентной поддержки специалистов, как и доказательная психотерапия.

Таким образом, в условиях МКБ-11 психофармакотерапевтические и психотерапевтические подходы в некотором смысле оторваны от самой классификационной системы и должны базироваться на принципах доказательной медицины.

### **Заключение**

1. Без лечения антидепрессантов, ТДР у пациентов не проходят.

2. При лечении традиционной фармакотерапии без применений психотропных препаратов у пациентов во все периоды болезни коронавирусной инфекции COVID-19 наблюдалось статистически значимое увеличение выраженности клинических симптомов тревоги и депрессии.

3. По назначению своевременной и ранней психотерапевтической коррекции обнаруживается снижение уровня проявлений депрессии и тревоги.

4. Таким образом, своевременный осмотр психиатра обуславливает как можно раннее выявление и назначение терапии ТДР после перенесенного вирусного заболевания COVID-19, в частности в тяжелых формах его течения.

#### **Литература / References:**

1. Всемирная организация здравоохранения. Вспышка коронавирусной инфекции COVID-19. [Электронный ресурс]. URL: 10.01.2024. <https://www.who.int/ru/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

2. Захаров В.В. Нервно-психические расстройства: диагностические тесты / В.В. Захаров, Т.Г. Вознесенская. – М.: МЕДПРЕСС, 2013. 320 С.

3. Junqiang L., et al. CT Imaging of the 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) Pneumonia // Radiology. 2020. № 1. P. 18.

4. Клинические рекомендации по диагностике и лечению психических и поведенческих расстройств. URL: <https://psychiatr.ru/news/1198>.

5. Kulygina M.A., Syunyakov T.S., Fedotov I.A., Kostyuk G.P. Toward ICD-11 Implementation: Attitudes and Expectations of the Russian Psychiatric Community. Consortium Psychiatricum. 2021; 2(2): 23-34. <https://doi.org/10.17816/CP80>.

6. Менделевич В.Д., Пыркова К.В. Психофармакотерапия здоровых и проблема off-label в современной психиатрии. Неврологический вестник. 2020; 1: 5-8.

7. Селедцов, А.М. Проблемы психического здоровья в условиях пандемии // Г.В. Акименко, А.М. Селедцов, Ю.Ю. Кирина. / Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии: сборник материалов Международной научно-практической конференции, посвященной 115 - летию со дня рождения австрийского психиатра и психолога В.Э. Франкла (Кемерово, 18 сентября 2020 г.) / отв. ред. А.М. Селедцов, А.А. Лопатин, Г.В. Акименко, Ю.Ю. Кирина. – Кемерово: КемГМУ, 2020. 370 С.

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА ПОДРОСТКОВ  
ГРУПП РИСКА ПОСРЕДСТВОМ СОЗДАНИЯ  
МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ КОМАНДЫ  
(НА ПРИМЕРЕ РАБОТЫ ЦДП «ДОВЕРИЕ»  
И РОО «БЕЛАЮ» В Г. МИНСКЕ)**

Смирнова Е. С.<sup>1</sup>, Шукан В. М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Кафедра психологии, содержания и методов воспитания*

*ГУ «Академия последипломного образования»,*

*РОО «Белорусская Ассоциация клубов ЮНЕСКО»,*

<sup>2</sup>*УЗ «8-я городская детская клиническая поликлиника»*

*Республика Беларусь, г. Минск*

**Аннотация.** В статье описывается новый подход к оказанию комплексной медицинской, психологической и социальной помощи подросткам групп риска в партнёрстве общественной организации и учреждений здравоохранения. Представлен опыт создания мультидисциплинарной команды специалистов по улучшению доступа к медико-социальной помощи подросткам и реализации локальной модели оказания комплексной помощи подросткам групп риска.

**Ключевые слова:** подростки групп риска, здоровье, центры дружественные подросткам (ЦДП), мультидисциплинарная команда, услуги для подростков, комплексная помощь.

**MEDICAL AND SOCIAL SUPPORT OF ADOLESCENTS AT RISK  
THROUGH THE CREATION OF A MULTIDISCIPLINARY TEAM (ON  
THE EXAMPLE OF THE WORK OF THE CENTER «DOVERIYE»  
AND «BELAU» IN MINSK)**

Smirnova E. S.<sup>1</sup>, Shukan V. M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Department of Psychology, Content and Methods of Education*

*State Institution Academy of Postgraduate Education,*

*ROO Belarusian Association of UNESCO Clubs*

<sup>2</sup>*City Children's Out-patient Clinic №8*

*Republic of Belarus, Minsk*

**Abstract.** The article describes a new approach in comprehensive medical, psychological and social assistance to adolescents at risk provided by a public organization in partnership with health care institutions. Authors share experience of creating a multidisciplinary team of specialists to improve access of adolescents to medical and social. A local model of comprehensive assistance to adolescents at risk is described.

**Keywords:** adolescents, health, adolescent-friendly centers, multidisciplinary team, adolescent services, integrated care.

Сохранение здоровья детей и подростков – одно из важнейших направлений социально-экономической политики любого государства. Именно подрастающее поколение, с одной стороны, служит главным ресурсом, обеспечивая развитие общества, с другой, – является наиболее чувствительным к воздействию неблагоприятных факторов.

С другой стороны, важно заметить, что выявление поведения человека, которое не соответствует общепринятым нормам и правилам, а также профилактика и коррекция такого поведения всегда было актуальным для общества процессом, уделяя особое внимание проблемам предупреждения отклоняющегося поведения среди подростков и молодежи (так называемых подростков «групп риска»). Это поведение может проявляться в виде отказа от

учебы, уходов из дома, вовлечения в употребление и распространение наркотических веществ и других отклонениях.

Бесспорно, подростковый возраст – особый период в жизни человека, который характеризуется рядом потребностей и новообразований. Появление или проявление различных нарушений в поведении подростка может быть обусловлено особенностями возраста, делающим этот период «рискованным»: возрастает значимость потребности в общении со сверстниками, чем со взрослыми, поэтому мнение родителей обесценивается; вступают в противоречие желание быть частью референтной группы и желание выделяться на ее фоне, что может стать причиной нарушения поведения, если группа является преимущественно источником девиантных норм; потребность во взрослости реализуется подростками через поведение, которое является признаком взрослости, т.к. взрослым это позволено (употребление алкоголя, табакокурение, употребление нецензурной речи); потребность в самоутверждении реализуется через доступные подростку формы поведения, которые не всегда адекватны ситуации и не одобряются обществом. На фоне особенностей физиологического развития организма подростки становятся эмоционально неуравновешенными, раздражительными, возбудимыми, чрезмерно эмоционально активными, агрессивными, что также оказывает воздействие на их поведение.

Все происходящие изменения приводят к рискованным формам поведения, в том числе в отношении своего собственного здоровья. Конечно, большинство подростков зачастую самостоятельно справляются с негативным влиянием среды и выше описанными факторами. Однако при этом есть «подростки групп риска», демонстрирующие девиантные формы поведения, потребляющие ПАВ, практикующие рискованное сексуальное поведение, конфликтующие с законом, нуждающиеся в особой медико-социальной помощи, чтобы лимитировать все выше описанные негативные факторы.



Разработка новых подходов к оказанию услуг подросткам «групп риска» с учетом их специфических нужд в области здоровья позволяют предоставить защиту от негативных факторов среды, выступающих триггерами социально-опасных заболеваний и девиантного поведения. Они базируются на обеспечении доступа к качественным услугам по здоровьесберегающему поведению на основе соответствующей возрасту информации, формировании навыков осознанного выбора, конструктивных способов решения конфликтов и выхода из кризисных ситуаций., содействуют их адаптации в окружающем мире и выбору безопасных моделей взаимодействия с ним. Используют при формировании моделей помощи как раз те выше описанные новообразования, которые должны быть развернуты в нужное профилактическое русло.

Высокую эффективность и результативность показала помощь подросткам, основанная на комплексном взаимодействии системы здравоохранения (на базе Центров дружественных подросткам, далее по тексту ЦДП), образования (школы) и общественных объединений, работающих с подростками и молодежью (РОО «Белорусская Ассоциация клубов ЮНЕСКО», далее РОО «БелАЮ», и др.). Ниже кратко приводится опыт создания системы комплексной медико-социальной помощи подросткам групп риска посредством объединения усилий разных специалистов.

Более 10 лет РОО «БелАЮ» является партнером ЦДП и инициатором создания клуба ЮНЕСКО на базе ЦДП «Доверие» УЗ «8-я городская детская клиническая поликлиника» г. Минска, содействуя разработке социально-медицинских программ помощи и поддержки подростков групп риска, продвижению среди молодежи программы «Здоровый образ жизни», построенной на принципах «равный обучает равного».

За время сотрудничества реализовано несколько успешных проектов, направленных на улучшение доступа подростков группы риска к качественному консультированию и тестированию на ВИЧ, формированию комплекса навыков здоровьесберегающего поведения на основе модели

комплексной медицинской, психологической и социальной помощи подросткам групп риска. В основе модели – создание мультидисциплинарной команды специалистов и волонтеров РОО «БелАЮ» и ЦДП.

Несколько лет назад все начиналось с создания 10 мультидисциплинарных команд в 6 регионах страны. Благодаря этой работе несовершеннолетние впервые получили доступ к экспресс-тестированию на ВИЧ и качественному консультированию. Более 2 тысяч молодых людей в возрасте 16-24 лет из групп риска воспользовались услугами таких команд. В дальнейшем мультидисциплинарные команды были расширены за счет включения в них аутрич-работников и равного консультанта-волонтера.

Для подготовки аутрич-работников и равных консультантов-волонтеров из числа подростков, медицинские работники ЦДП привлекли в качестве тренеров и менторов опытных специалистов РОО «БелАЮ». Подготовлено к самостоятельной работе 25 аутрич-работников и 21 равный консультант-волонтер из числа подростков, которые проводили групповые тематические встречи, индивидуальную работу, выявляли сверстников, нуждающихся в профессиональной помощи, сопровождали их в ЦДП. Различными мероприятиями было охвачено 74 учреждения образования г. Минска, 18 студенческих общежитий, 2 парка отдыха, уличные сайты в районе станций метро и торговых центров.

При поддержке мультидисциплинарной команды и волонтеров из клубов ЮНЕСКО на базе детских поликлиник №8 и №17 организована работа 2 комьюнити-пространств для подростков – «Реверс» (ЦДП «Доверие») и «Ракурс» (ЦДП «Ювентус»). Именно там, на условиях безопасности, конфиденциальности и доверия подростки могли встречаться с равными консультантами-волонтерами для общения, соцподдержки, получать информацию в виде мастер-классов, квизов, квестов, тренингов и пр. Комьюнити-пространства посетили 1612 подростков и были перенаправлены к специалистам ЦДП (психологу, гинекологу и др. специалистам).

Были специально разработаны критерии привлечения подростков: *риски*, которым подвергались сами подростки в данный момент жизни, и *возраст участников* – 14-18 лет (в этом возрасте подростки имеют право самостоятельно давать согласие на простые медицинские вмешательства и профилактическую работу).

Первичную встречу проводили активные волонтеры. Именно здесь потребовалась помощь и поддержка волонтеров из клубов ЮНЕСКО как равных сверстников.

Следующим этапом стала совместная разработка мультидисциплинарной командой и подростком индивидуальной программы комплексной помощи, включающей медицинский, профилактический, психологический и социальный компоненты. Профилактический компонент включал в себя индивидуальные консультации и групповые занятия по ЗОЖ; психологический – консультирование, направленное на изучение склонностей и потребностей подростка, психологическую профилактику, при необходимости, помощь и коррекцию. В реализации социального компонента были задействованы равные консультантами-волонтеры, которые сопровождали подростка к специалистам, в отделение медицинской реабилитации, а при необходимости – в другие медицинские учреждения, контролировали выполнение врачебных назначений, оказывали социальную поддержку сверстникам онлайн и офлайн.

Мультидисциплинарная команда в составе специалиста ЦДП, аутрич-работника и равного консультанта-волонтера смогла улучшить доступ 331 подростка из групп риска к квалифицированной и качественной медико-социальной, психологической помощи. Как выяснилось, большинство (42,8%) нуждалось в психологической помощи, каждый пятый имел опыт употребления ПАВ, у 13,5% подростков были проблемы, связанные с репродуктивной сферой, а 2,6% – соматического здоровья.

Часть мероприятий была организована и проводилась в онлайн режиме. Перестроить работу и приобрести специалистам мультидисциплинарной

команды цифровые навыки помогли сами подростки-волонтеры, что является бесценным опытом и достижением в совместной деятельности.

В 2023 году приобретенный опыт был оформлен в локальную модель межведомственного взаимодействия и обмена информацией в Московском районе г. Минска. Мультидисциплинарная команда была дополнена такими специалистами, как инструктор-валеолог, врач-педиатр, врач-реабилитолог, психолог, дермато-венеролог, психотерапевт. Педиатры детских поликлиник района и социальные педагоги выступали в роли аутрич-работников, которые отбирали и направляли подростков в ЦДП.

Таким образом, для формирования и развития социальных, психологических и валеологических компетенций у подростков «групп риска» важно создать особую среду. Специалисты, задействованные в программах медико-социальной поддержки, должны обладать достаточными компетенциями в данной области, иногда даже действовать интуитивно, подбирая адекватные формы и методы, реализуя работу среди подростков «групп риска».

Особую роль следует отводить слаженному взаимодействию специалистов разного профиля и систем, а также подросткам как активным участникам модели мультидисциплинарных команд. Создание подобных команд укрепляет профессиональный потенциал специалистов, методическую базу Центров дружественных подросткам на базе детских поликлиник и общественных объединений по вопросам оказания медико-социальной помощи подросткам групп риска, расширяет их доступ к современным компетенциям, связанным со здоровьем.

#### **Литература / References:**

1. Клиники, дружественные к молодежи: пособие для организатора. [Электронный ресурс]. – URL: <http://bono-esse.ru/blizzard/PDF/kdm.pdf>. – Дата доступа: 01.12.2023.

2. О совершенствовании консультирования подростков и молодежи по вопросам сохранения и укрепления здоровья: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 4 апреля 2011 г., № 343. [Электронный ресурс]. – URL:<https://normativka.by/lib/document/80823>. – Дата доступа: 29.12.2023.

3. Образование в области здравоохранения. [Электронный ресурс]. – URL: <https://ru.unesco.org/themes/obrazovanie-v-oblasti-zdravoohraneniya>. – Дата доступа: 29.01.2024.

4. Республиканское общественное объединение «Белорусская Ассоциация клубов ЮНЕСКО». Общая информация, факты. [Электронный ресурс]. – URL.: <https://belau.info/about/facts>. – Дата доступа: 30.01.2024.

## ФЕНОМЕН ДУХОВНОГО КАК ФАКТОР СОХРАНЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Соловьева С. Л.

*Кафедра психотерапии, медицинской психологии и сексологии  
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Россия, г. Санкт-Петербург*

**Аннотация.** Сохранение психического здоровья предполагает способность человека успешно преодолевать патогенное воздействие психических травм, которые по своей тяжести могут превосходить его повседневный жизненный опыт. При отсутствии ресурсов для совладания с тяжелой психической травмой привычными способами человек может, выходя за пределы собственной эгоцентрической структуры, опираться на более общие сверхценности и сверхсмыслы, имеющие универсальный характер: ценности Российской ментальности, в частности, религиозные ценности.

**Ключевые слова:** духовность, ценности, смыслы, религия, психическая травма.

## THE PHENOMENON OF SPIRITUALITY AS A FACTOR IN MAINTAINING MENTAL HEALTH

Solovyova S. L.

*Department of Psychotherapy, Medical Psychology and Sexology  
I.I. Mechnikov North-Western State Medical University, Russia, St. Petersburg*

**Abstract.** The preservation of mental health presupposes the ability of a person to successfully overcome the pathogenic effects of mental injuries, which in their severity may exceed his daily life experience. In the absence of resources to cope with severe mental trauma in the usual ways, a person can, going beyond his own egocentric structure, rely on more general super-values and super-meanings that have a universal character: the values of the Russian mentality, in particular, religious values.

**Keywords:** spirituality, values, meanings, religion, mental trauma.

**Введение.** Существование в современном мире, ключевой характеристикой которого является нарастающая неопределенность, предъявляет повышенные требования к адаптивным и компенсаторным возможностям психической деятельности человека. С развитием общества, отмечает А.Г.Асмолов, «зона неопределенности» расширяется, требуя от человека высокой степени самостоятельности [2, С. 7]. Центральной характеристикой личности становится толерантность к неопределенности - способность принимать решения, действовать и быть эффективным в условиях дефицита времени, информации и других необходимых ресурсов.

Существование в условиях неопределенности, предъявляющее повышенные требования к личности, сопряжено также с высокой интенсивностью эмоционально-негативных переживаний, с кризисом идентичности, потерей стабильности, разрушении представлений о себе, утрате ценностей, регулирующих поведение [1, С.15; 14, С.115].

В трудных жизненных ситуациях человек начинает искать дополнительные точки опоры, внешние по отношению к собственной личности, выходящие за пределы повседневного опыта. Исчерпав привычные возможности, индивид выходит за их пределы, обращаясь к феноменам духовной жизни, которые позволяют, изменив привычные критерии в оценке событий, взглянуть на проблему с более общих позиций. Духовный опыт позволяет сформировать метаценности и свехсмыслы, в рамках которых трудная жизненная ситуация теряет свое травматическое содержание. В этой связи в психотерапии повышается интерес к духовному уровню существования человека, в рамках которого создаются идеологические, философские, религиозные конструкции, обладающие дополнительным ресурсным потенциалом.

#### **Объект и методы исследования**

В качестве метода исследования использовался анализ данных, полученных из доступных в открытой литературе источников

#### **Результаты и их обсуждение**

Психическое здоровье, которое, согласно определению ВОЗ, рассматривается как состояние физического, психического и социального благополучия, обеспечивается способностью человека справляться с жизненными стрессами, продуктивно работать, вносить вклад в жизнь своего сообщества. Ключевым компонентом психического здоровья в современных условиях является умение справляться с патогенным воздействием психических травм, тяжесть которых выходит за пределы повседневного жизненного опыта.

В настоящее время в психотерапии происходит поиск методов психологического воздействия, релевантных масштабам полученной психической травмы. Идея о том, что совладание с травмой, превышающей возможности человека, должно происходить за счет выхода за пределы повседневной реальности через категорию духовности, прослеживается



начиная с послевоенной психологии, когда проблема духовности начала рассматриваться в гуманистической психологии, в ее трансперсональном и экзистенциальном направлениях. В психотерапии на базе различных религиозных и философских учений о человеке начала складываться «четвертая волна» – духовноориентированная психотерапия.

Общим для исследований духовности является признание ее связи с общечеловеческими смыслами и сверхценностями. Жизненный сценарий личности, согласно фундаментальным понятиям экзистенциальной психотерапии, определяется чем-то большим, чем сексуальное влечение или стремление к власти. Так, Абрахам Маслоу предполагал, что после описанного им в структуре мотивации человека уровня самоактуализации существует более высокий уровень, названный автором самотрансценденцией [8, С.123]. Духовность интерпретируется с точки зрения перехода на более высокий уровень существования индивида, достигшего личностной зрелости. В соответствии с представлениями Виктора Франкла, традиционная интерпретация личности должна быть дополнена духовным измерением. Автор полагал, что психические нарушения пациентов во многом связаны с потерей смысла: «Сегодняшний пациент страдает ... от глубинного чувства утраты смысла, которое соединено с ощущением пустоты...» [15, С. 24]. Он приводит высказывание А. Эйнштейна, который считает, что человек, воспринимающий жизнь лишенной смысла, не только несчастен, но и нежизнеспособен [9, С. 701; 15, С.9].

В. Франкл, в частности, описывает состояние заключенных концлагеря, утративших смысл: «Душевный упадок при отсутствии духовной опоры, тотальная апатия были для обитателей лагеря и хорошо известным, и пугающим явлением, которое случалось так стремительно, что за несколько дней приводило к катастрофе. Люди просто лежали весь день на своем месте в бараке, отказывались идти на построение для распределения на работу, не заботились о получении пищи, не ходили умываться, и никакие

предупреждения, никакие угрозы не могли вывести их из этой апатии; ничто их не страшило, никакие наказания – они сносили их тупо и равнодушно» [15, С. 142].

Проблематика ценностей и смыслов ставится в психологической науке на духовном уровне функционирования человека. Важнейшей и специфической характеристикой духовности является трансценденция, понимаемая как выход за пределы самого себя, своей индивидуальной жизни с ее индивидуальными ценностями, сопряженный с формированием сверхценностей и сверхсмыслов [9, С. 703]. Духовное измерение в структуре человеческой личности означает обращение к таким высшим ценностям человеческой жизни, как истина, красота, любовь, вера, надежда, творчество [6, С. 502].

В этой связи психологическая помощь пациенту, пережившему тяжелую психическую травму, может быть эффективна при актуализации духовности с выходом за пределы частных ценностей индивидуальной человеческой жизни в пространство сверхценностей и сверхсмыслов. На духовном уровне существования человека могут быть актуализированы, например, традиционные ценности Российской ментальности, обладающие мощным психотерапевтическим потенциалом [5, С. 21].

Основываясь на анализе работ Н. А. Бердяева, В. О. Ключевского, Д. С. Лихачёва, М. П. Погодина и др.

В. А. Кольцова выделяет такие отличительные психологические черты менталитета русского народа, как: «религиозность, соборность, коллективизм, терпеливость, способность стойко переносить лишения, патриотизм, приоритет общественных интересов над личными, жажда справедливости, стремление к поиску правды, доброта, искренность, открытость к восприятию иных культур и народов и др.» [5]. Общими достоинствами российского характера считаются «адаптивность и самостоятельность, изобретательность и восприимчивость к новому, стойкость к лишениям и терпение, душевная теплота, забота о близких. Отмечается наличие сильной тяги к справедливости, праведной осмысленной

жизни, служению высоким идеалам, Родине, чувство долга, бескорыстное подвижничество, способность к самоотречению» [13, С. 112]. Моральное, духовное начало в Российском менталитете оказывается преобладающим и может быть использовано как инструмент психологической помощи.

Активизация духовного начала в человеке является важным фактором сохранения его психического здоровья. Составляющей духовной сферы личности является религиозность, вера. В контексте русской философии ценностные ориентации являются основой для сохранения духовного здоровья [3, С. 199]. Ю.И.Полищук пишет о несомненной роли фактора духовности в развитии психических нарушений, прежде всего непсихотического уровня. Проведенные автором исследования пациентов с депрессивными и невротическими нарушениями позднего возраста, сформированными после гибели партнера, показали, что ключевым механизмом в их развитии является утрата высших личностных смыслов сферы духовного функционирования [10, С. 65].

Актуализация духовности используется в психотерапии. Среди подходов духовно-ориентированной психотерапии выделяется религиозно-ориентированный подход, развиваемый Алексейчиком, Василюком, Братусем. Этот вид психотерапии опирается на православную психологию, которая рассматривает человека как духовное существо, смысл существования которому уже задан. Л.Ф. Шеховцова считает неизбежным обращение отечественной психотерапии, развивающейся в культуре страны с многовековой традицией восточного христианства, к представлениям о духовной сущности человека в православном мировоззрении [16].

У психотерапии и духовной практики есть много общего: необходимость самопознания; нахождение ресурсов к изменению; признание благотворной роли страдания для личностного изменения; обретение целостности. Переживания клиента в процессе психотерапии, как и психические состояния в

духовной практике формируют эмоциональный опыт, способный противостоять драматично окрашенному восприятию психической травмы.

Существуют доказательства связи между вовлеченностью в религию и состоянием здоровья. В частности, в исследованиях американских авторов описываются результаты метаанализа 42 независимых оценок связи между вовлеченностью в религию и продолжительностью жизни; формулируется положение о том, что «у религиозных людей на 29% выше шансы на выживание, чем у менее религиозных людей». Авторы приходят к общему выводу: «вопросы религии и духовности имеют отношение к каждому из направлений психологии здоровья... появление этой темы давно назрело» [21, С. 214].

В работе обсуждается, каким образом религиозная вера может быть связана с показателями психического здоровья человека, такими, например, как общее психическое благополучие, депрессия, тревога, злоупотребление психоактивными веществами, разнообразные нарушения пищевого поведения, шизофрения и биполярные расстройства. Сделан вывод о том, что «Большинство исследований, изучающих взаимосвязь между религией, духовностью и психическим здоровьем, показывают положительные ассоциации» [21, С. 214].

В зарубежной психиатрии доказано, что религиозная вера положительно коррелирует с психическим здоровьем: «Риск развития большой депрессии уменьшается с использованием религиозных способов преодоления психологических трудностей путем упования на помощь Бога в процессе усердной молитвы» [19, С. 460]. Установлено, что религиозная вера смягчает депрессивную симптоматику с частичной ее редукцией.

Существуют исследования, в которых показано, что религиозное мировоззрение может улучшать процесс посттравматического восстановления людей, переживших природные катастрофы, смерть близкого человека, сексуальное насилие [20, С. 578].

Обзор эмпирических исследований религиозности, приведенный Р. Эммонсом, показал, что она способствует повышению осмысленности жизни, совладанию с травмой после критических инцидентов и катастроф [17, С. 416].

В отечественных исследованиях также показано, что религиозные люди демонстрируют лучшие результаты в отношении здоровья, имеют более низкий уровень смертности в пожилом возрасте и сообщают о более высоком уровне субъективного благополучия [4].

Религиозность помогает человеку справляться с кризисами и стрессами, утратами и разочарованиями, поддержать в трудный момент психологическое здоровье. Такие духовно-религиозные ценности как любовь, вера, надежда существенно влияют на способы совладания человека со стрессовыми ситуациями [7, С. 70].

В связи с полученными в последнее время результатами научных исследований для более полной оценки психического статуса пациентов психиатрической клиники Ю.И. Полищук считает необходимым исследование духовного уровня их существования с целью выявления дополнительных ресурсных факторов, которые могут быть использованы в процессе психотерапии и реабилитации больных [11, С. 61]. В другой своей работе автор показывает значение религии в процессе восстановления после психической травмы: «При изучении способов совладания с патологическими реакциями горя, возникшими после смерти близкого человека в позднем возрасте, мы выявили частое обращение таких пациентов к религиозной вере с погружением в нее, что приносило облегчение тягостных переживаний утраты и одиночества, объективно способствовало редукции депрессивных и тревожных расстройств» [12, С. 64].

В комплексе психологической реабилитации психически больных рекомендуется также использование возможностей лечебного влияния высоких духовных ценностей в процессе терапии творческим самовыражением. Как пишет Ю.И. Полищук, «Это лечение творческим вдохновением и радостью

творческих достижений, способ самовыражения и самоактуализации личности, один из эффективных способов совладания с болезненным состоянием» [12, С. 64]. Возможным становится и применение различных духовных практик в качестве дополнительного ресурсного метода помощи психически больным; целью становится «активная направленность на расширение границ бытия, в силу чего человеческая жизнь открывается иной трансцендентной реальностью, обретая значимость» [18, С. 428].

### **Заключение**

Изменение масштабов картины мира, где точками опоры выступают метаценности духовного уровня, а сама картина становится метаконструкцией, охватывающей бесконечное количество индивидуальных жизненных сценариев, позволяет травмированному человеку выйти за пределы привычной реальности и увидеть эту привычную реальность с более высокой точки обзора. Такая процедура становится возможной в результате духовного развития. Можно предполагать, что духовное развитие является преимущественной привилегией лиц, переживших психическую травму, людей, для которых выход из привычной картины мира становится вопросом выживания.

### **Литература/ References:**

1. Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал. 1994. № 1. С.12-25.
2. Асмолов А. Г. Психология современности: вызовы неопределённости, сложности и разнообразия / А. Г. Асмолов // Психологические исследования. 2015. Т. 8, № 40. С. 1-15.
3. Бирюков И.Л. Социокультурные модели проявления духовного здоровья в аспекте спортивной деятельности // Контекст и рефлексия: философия о мире и человеке. 2021. Том 10. № 6А. С.196-202.
4. Боташева С.К., Айбазова М.Б., Кипкеева А.Д. Влияние религии на здоровье и благополучие человека // Современные научные исследования и

инновации. 2019. № 3 [Электронный ресурс].

URL: <https://web.snauka.ru/issues/2019/03/88827> (URL: 15.02.2024).

5. Журавлёв А. Л., Кольцова В. А. Российский менталитет как предмет психологического исследования: сущностные характеристики и факторы формирования // В сборнике: Историогенез и современное состояние российского менталитета. 2016. С. 7-37.

6. Котенева А.В. Психологическая защита личности.- М.: МГГУ, 2013. 562 с.

7. Мансурова И.С., Ежак Е.В., Кошко К.Н. Надежда как фактор совладающего поведения в значимых жизненных ситуациях // Научная мысль Кавказа, 2012. С. 65-70.

8. Маслоу Абрахам Гарольд. Мотивация и личность. 3-е изд. - ООО Издательство «Питер», 2019. 400 с.

9. Матусевич М. С. Экзистенциальный, моральный, ментальный аспект духовного здоровья / М. С. Матусевич. Текст : непосредственный // Молодой ученый. 2016. № 4 (108). С. 700-703.

10. Полищук Ю.И. Значение религиозной веры как лечебного и реабилитационного фактора при психических расстройствах непсихотического уровня // Независимый психиатрический журнал. 2001. №1V. С. 63-67.

11. Полищук Ю.И. Фактор духовности в психиатрии и психотерапии// Ежемесячном научно практическом журнале «Психическое здоровье». №3. 2010. С. 57-61.

12. Полищук Ю.И., Баранская И.В., Летникова З.В. Значение религиозной веры в смягчении и преодолении патологических реакций горя в позднем возрасте // Клиническая геронтология. 2002. Т. 8, №6. С. 61-64.

13. Розов Н.С. Российский менталитет: наиболее конструктивные концепции и их критика // Мир России. 2011. № 2. С.101.

14. Соколова Е.Т. Клиническая психология утраты Я. - М.: Смысл, 2015. 895с.



15. Франкл В. Э. Человек в поисках смысла / В. Э. Франкл. - М.: Прогресс, 1990. 366 с.
16. Шеховцова Л.Ф. Особенности православной психотерапии и консультирования. //Московский психотерапевтический журнал, № 3, 2009. С. 97-118.
17. Эммонс Р. Психология высших устремлений: мотивация и духовность личности. - М.: Смысл, 2004. 416 с.
18. Ясперс К. Философская вера // Смысл и назначение истории. - М., 1994. С. 428.
19. Braam A.W., Sonnenberg CM. et al. Religious denomination as a symptom-formation factor of depression in older Dutch citizens // International Journ. of Geriatric psychiatry. - 2000. - Vol. 15, №5. - P. 458-466.
20. Pargament K.I. The religious dimension of coping: Advances in theory. Research and practice // Handbook of the psychology of religion and spirituality. 2013. Vol. 2. P. 560-578.
21. Plante, Thomas G.; Sherman, Allen C., eds. Faith and Health: Psychological Perspectives is a book of scientific psychology on the relationship between religious faith and health. New York: Guilford. - 2001. – P. 214.

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ИНЪЕКЦИОННОЙ  
ФОРМЫ НАЛТРЕКСОНА («ВИВИТРОЛ») ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ  
РЕМИССИИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В УСЛОВИЯХ  
НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ АНГАРСКОГО ФИЛИАЛА  
ОГБУЗ «ИОПНД»**

Сухарев С. В.

*ОГБУЗ «Иркутский областной психоневрологический диспансер»,  
Ангарский филиал, Россия, г. Ангарск*

**Аннотация.** В данной статье представлены результаты исследования, посвященного опыту применения пролонгированной инъекционной формы

налтрексона («вивитрол») для поддержания ремиссии у пациентов с алкогольной зависимостью. Исследование основано на анализе эффективности и безопасности препарата в клинической практике. Результаты указывают на потенциальную эффективность препарата «Вивитрол» в уменьшении частоты рецидивов и продлении периодов стабильной ремиссии у пациентов с алкогольной зависимостью. Такие результаты могут иметь большое значение для разработки индивидуализированных подходов к лечению данного психического расстройства.

**Ключевые слова:** налтрексон, вивитрол, алкогольная зависимость, ремиссия, терапия, эффективное лечение.

**EXPERIENCE OF USING A PROLONGED INJECTION FORM OF  
NALTREXON («VIVITROL») TO MAINTAIN REMISSION IN ALCOHOL  
DEPENDENCE IN THE NARCOLOGICAL DEPARTMENT OF THE  
ANGARSK CITY BRANCH OF OGBUZ «IOPND»**

Sukharev S. V.

*Irkutsk Regional Psychoneurological Dispanser, Angarsk Branch,  
Russia, Angarsk*

**Abstract.** This article presents the results of a study on the experience of using a long-acting injectable form of naltrexone (Vivitrol) to maintain remission in patients with alcohol dependence. The study is based on the analysis of the effectiveness and safety of the drug in clinical practice. The results indicate the potential effectiveness of Vivitrol in reducing relapse rates and prolonging periods of stable remission in patients with alcohol dependence. Such results may have important implications for the development of individualized approaches to the treatment of this mental disorder.

**Keywords:** naltrexone, Vivitrol, alcohol dependence, remission, therapy, effective treatment.

Проблема алкогольной зависимости продолжает оставаться одной из самых социально значимых и актуальных. Это негативное явление причиняет огромный материальный и нравственный ущерб как обществу в целом, так и отдельным гражданам. Высокие уровни заболеваемости, смертности, преступности и других губительных для государства и человека явлений закономерно являются его следствием.

По данным федерального статистического наблюдения в 2021 году количество зарегистрированных пациентов с алкоголизмом, алкогольными психозами и пагубным употреблением алкоголя составило 1077,7 тыс. человек или 740,4 на 100 тыс. населения [1]. Но это только официальная статистика, реальное количество больных может быть больше в несколько раз. Поэтому остается достаточно актуальной проблема повышения эффективности лечения и реабилитации наркологических больных, которая в значительной степени усугубляется тем, что пациенты недостаточно восприимчивы к лечению. Так, в течение первого года лечения, вне зависимости от его характера, до 75% больных алкоголизмом возобновляют употребление алкоголя [2, с. 21].

Увеличение числа больных наркологическими расстройствами (в том числе алкоголизмом), включенных в программы медицинской реабилитации в амбулаторных и стационарных условиях включено в целевые показатели программы «Совершенствование системы оказания медицинской помощи наркологическим больным и больным с психическими расстройствами и расстройствами поведения» [3].

С целью удержания пациентов в программах терапии и медицинской реабилитации с конца 80-х годов прошлого века за рубежом, с 2009 г. – и на территории Российской Федерации используется инъекционная форма пролонгированного налтрексона. Данный препарат включен в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, утвержденный распоряжением Правительства от 12.10.2019 № 2406-р, а также в стандарты оказания медицинской помощи по профилю «наркология» [4, 5].

Налтрексон относится к антагонистам опиоидных рецепторов. Механизм его действия связан с блокадой данных рецепторов и препятствием воздействия опиатов на лимбические структуры мозга. В большом количестве экспериментальных исследований показано, что опиоидная (эндорфинная) система, которая, в свою очередь, тесно связана с дофаминергической системой, ответственна за психотропные эффекты алкоголя. Конденсированные продукты катехоламинов и метаболитов алкоголя образуют эндогенные соединения, обладающие морфиноподобными свойствами, что лежит в основе формирования алкогольной зависимости. Налтрексон, в свою очередь, блокирует как центральные, так и периферические эффекты конденсированных продуктов, т.е. подавляет эндорфиноподобное действие алкоголя [6, с.159].

Форма налтрексона для внутримышечного введения рассчитана на поддержание терапевтической концентрации препарата в плазме крови в течение 4-х недель после однократной инъекции. Выход налтрексона из микросфер полилактид-ко-гликолида *in vitro* происходит в три последовательных этапа: 1-й - высвобождение с поверхности микросфер (в первые 24 ч. с момента инъекции); 2-й - этап гидратации (1 неделя после инъекции); 3-й - этап длительного высвобождения (2-4 недели). Этапное высвобождение позволяет поддерживать относительно постоянную концентрацию налтрексона в плазме и избежать пиковых подъемов, характерных для пероральной формы [7, с. 19].

Эффективность инъекционных форм пролонгированного налтрексона как при изолированном использовании, так и в сочетании с различными психотерапевтическими методами подтверждена многочисленными исследованиями в нашей стране и за рубежом. В большей части этих исследований показано, что налтрексон уменьшает вызываемую алкоголем эйфорию и как следствие этого, ослабевает влечение к алкоголю что ведет к уменьшению потребления алкоголя и снижению частоты рецидивов. [8, с. 11-15]. Продолжительность эффекта лечения превышает период получения

терапии [9, 10, 13]. Результаты этих исследований подтверждают также, наряду с высокой терапевтической эффективностью, и безопасность препарата [11, 13].

На базе наркологического отделения ОГБУЗ «Ангарская областная психиатрическая больница» (после реорганизации - Ангарский филиал ОГБУЗ «Иркутского областного психоневрологического диспансера») в 2018-2020гг. осуществлялась реабилитация программа с проведением фармакотерапии инъекционным налтрексоном (торговое наименование «Вивитрол), целью которой было формирование устойчивой ремиссии у лиц с синдромом зависимости от алкоголя.

### **Материалы и методы**

В программу включались пациенты с установленным в соответствии с критериями МКБ-10 диагнозом: «Синдром зависимости от алкоголя, средняя стадия» с длительность воздержания от употребления алкоголя не менее 5-7 дней, достаточным уровнем реабилитационного потенциала.

Критерии исключения: сопутствующие психические расстройства, тяжелая сопутствующая соматическая и неврологическая патология, беременность и лактация.

Все пациенты подписывали информированное добровольное согласие на применение пролонгированной инъекционной формы налтрексона. Введение вивитрола в разовой дозе 380 мг происходило после купирования проявлений алкогольного абстинентного синдрома. Курс лечения состоял из 6 внутримышечных инъекций препарата с интервалом в 28 дней, каждая инъекция сопровождалась психотерапевтическим вмешательством с использованием техник рациональной и когнитивно-поведенческой терапии в рамках индивидуального консультирования.

Реализация психотерапевтического компонента программы осуществлялась посредством индивидуальных занятий, проводимых врачом психиатром-наркологом, врачом-психотерапевтом, медицинским психологом и включало мотивационное интервью, проработку ситуаций повышенного риска,

управление эмоциями и настроением. Перед очередной инъекцией проводилась минимальная оценка соматического состояния пациента, включающий осмотр врача-терапевта и общеклинический минимум (общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови общетерапевтический, ЭКГ).

Всего в программе приняли участие 37 человек, в возрасте от 32 до 50 лет, преобладали мужчины – 29 человек (78,4%).

При сборе анамнестических сведений установлено, что наследственная отягощенность алкоголизмом по линии одного или обоих родителей прослеживалась у 19 пациентов (51,4%); возраст начала систематического злоупотребления спиртными напитками составлял от 20 до 30 лет, а возраст формирования алкогольного абстинентного синдрома – от 27 до 39 лет, длительность заболевания варьировала от 5 до 23 лет.

Число госпитализаций в наркологическое отделение до вступления в программу составляло от 1 до 6. При этом у 20 пациентов синдром зависимости имел неблагоприятное течение со «светлыми промежутками» между запоями, не превышающими 30 дней в течение последнего года. Отрицательные социальные последствия характеризовались нарушением семейных отношений и снижением профессиональных навыков. Сохранили брачные отношения 11 человек (29,8%), постоянную работу – 15 человек (40,5%), при этом официально трудоустроены были только 2 пациента.

### **Результаты исследования**

Из представленных данных видно, что примерно половина пациентов закончила полный курс лечения. При этом в большей части была достигнута «нестойкая ремиссия», характеризовавшаяся тем, что пациенты после 2-3 инъекций возобновляли прием алкоголя, а затем, после повторного курса лечения, возвращались к инъекциям вивитрола. Небольшая часть пациентов (8,1%) полностью прекратила употребление алкоголя после первой же инъекции и по окончании терапии высказывала настрой на продолжение трезвости.

Для пациентов этой группы было характерно также улучшением социально-бытовой адаптации в части трудоустройства, восстановления семейных связей или вступлением в новые брачные отношения. В 6 случаях (16,2%) пациенты продолжили употребление алкоголя, при этом отмечалось уменьшение частоты и масштабов алкоголизации по причине снижения эйфоризирующего действия алкоголя. Все пациенты, завершившие курс лечения, отмечают комфортность воздержания от употребления спиртных напитков на фоне терапии налтрексоном, в связи со снижением патологического влечения к алкоголю.

Таблица 1.

**Результаты применения инъекционного налтрексона**

Анализируемый признак	Число пациентов	
	Абс.	%
Прошли полный курс лечения	18	48,6
Из них: полное прекращение употребления алкоголя	3	8,1
формирование «нестойкой ремиссии»	10	27,0
уменьшение употребления алкоголя	6	16,2
Прекратили лечение	19	51,4
Из них: по неизвестным причинам	12	32,4
в связи с отсутствием лечебного эффекта	5	13,5
по причине побочных действий	-	-
по иным причинам	2	5,4



12 человек прекратили терапию (из них 8 человек после 1 инъекции) по неизвестным причинам и сведения об их состоянии отсутствуют. 1 человек прервал лечение после 3 инъекции в связи с выездом за пределы города в связи с трудоустройством в другом регионе, и еще 1 человек поставил только 4 инъекции, по причине отсутствия препарата в отделении.

Побочных эффектов после введения вивитрола пациенты не отмечали. Динамический контроль лабораторных показателей также не выявил каких-либо ухудшений на фоне лечения.

### **Заключение**

Согласно полученным данным, препарат «Вивитрол» продемонстрировал эффективность в лечении синдрома зависимости от алкоголя, позволяя почти более чем в 50% клинических наблюдений достичь ремиссии разного качества или добиться уменьшения употребления алкоголя.

Конечно, при столь небольшой выборке нельзя делать однозначные выводы, так как на конечный результат могут оказывать влияние многие неучтенные факторы - такие, как уровень мотивации пациента, общий настрой на лечение, заинтересованность семьи в выздоровлении больного, социальное окружение и пр. Несмотря на это, полученные данные сопоставимы с данными других исследователей и позволяют констатировать тот факт, что применение инъекционной формы пролонгированного налтрексона в сочетании с психотерапевтическим воздействием в известной степени повышает эффективность лечения пациентов, страдающих алкогольной зависимостью.

### **Литература / References:**

1. Здравоохранение. URL.: <https://rosstat.gov.ru/folder/13721>
2. Кошкина Е.А., Альтшулер В.Б., Кравченко С.Л., Козырева А.В., Жердева М.А., Плетнев В.А., Русинова О.И., Усманова Н.Н., Яхонтова Е.Б. Комплексное изучение эффективности препарата вивитрол при лечении больных алкоголизмом в условиях формирующейся терапевтической ремиссии // Вопросы наркологии. 2012. № 3. С. 21-33.

3. Приказ Минздрава РФ от 24.03.2020г. № 232 Об утверждении ведомственной целевой программы «Совершенствование системы оказания медицинской помощи наркологическим больным и больным с психическими расстройствами и расстройствами поведения».

4. Приказ Минздрава России от 17.05.2016 N 299н «Об утверждении стандарта первичной специализированной медико-санитарной помощи, при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ»

5. Приказ Минздрава России от 17.05.2016 N 302н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ»

6. Орлов Ф.В., Богданов А.В., Николаев Е.Е. Биологические основы терапии алкогольной зависимости антагонистами опиоидных рецепторов // Трезвость как социальный фактор развития общества: сборник статей Всероссийской научно-практической конференции. Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова. 2018. С. 159-163.

7. Артемьева М.С., Майдан А.В. Сравнительная оценка современных концепций лечения алкоголизма // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2017. Т. 19. № 9. С. 19-21.

8. Larham S., Forman R., Alexander M., Шлеперума А., Vohn M.J. Влияние налтрексона замедленного высвобождения на потребление алкоголя в праздничные дни среди пациентов с алкогольной зависимостью // Русский медицинский журнал. 2009. Т. 17. № 20. С. 1413-1416.

9. Агибалова Т. В., Любченко Д.А., Недобыльский О.В., Борисенко Л.Н., Ермакова Г.А., Родина И.П. «Анализ отдаленных результатов амбулаторной программы медицинской реабилитации с применением пролонгированного инъекционного налтрексона для больных алкогольной зависимостью в Краснодарском крае // Наркология. 2017. Т. 16. № 5 (185). С. 37-45.

10. Романчук О.Б. Результаты клинической эффективности лечения у пациентов с алкогольной и опиийной зависимостью, завершивших комплексную реабилитационную программу (биопсихосоциальная модель) с использованием препарата налтрексон 380 мг, пролонгированная инъекционная форма («Вивитрол») в 2014-2015гг. в СПб ГБУЗ МНД № 1 // Проблемы наркологической токсикологии: от токсикологической реанимации до наркологической реабилитации: тезисы Всероссийской научно-практической конференции. Под общей редакцией А.Н. Лодягина, А.Г. Софронова. 2016. С. 75-78.

11. Артемьева М.С., Майдан А.В. Исследование эффективности и механизма действия блокатора опиийных рецепторов вивитрола в условиях наркологического диспансера // Технологии живых систем. 2017. Т. 14. № 5. С. 57-62.

12. Агибалова Т.В., Ахметзянов И.И., Хаева Р.Ф., Удачина Г.Л., Недобыльский О.В., Орлова А.В., Гуревич Г.Л. Медицинская реабилитация больных с алкогольной зависимостью с риском лишения родительских прав //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019. Т. 119. № 3. С. 65-69.

13. Мирошкин С.С., Брюн Е.А., Сычев Д.А., Савченко Л.М., Застрожин М.С., Есакова А.П. Клинические и фармакокинетические аспекты эффективности пролонгированных форм налтрексона у больных с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением алкоголем (обзор литературы) // Наркология. 2018. Т. 17. № 7. С. 84-91.

14. Артемьева М.С., Данилин И.Е., Майдан А.В., Сулейманов Р.А., Лазукова А.Г. Изменение клинической картины алкогольной зависимости на фоне лечения налтрексоном длительного действия в инъекционной форме: случай из практики // Вопросы наркологии. 2018. № 7 (167). С. 84-92.

15. Шняк Е.А., Малкова А.П. Результаты доклинических исследований пролонгированного инъекционного препарата «Вивитрол» // Инновации в

медицине и фармации – 2018: сборник материалов дистанционной научно-практической конференции студентов и молодых ученых. Белорусский государственный медицинский университет. 2018. С. 922-925.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАССТРОЙСТВ  
АККОМОДАЦИИ У ПОДРОСТКОВ  
С НЕВРОЗОПОДОБНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Федосеева И. Ф.<sup>1</sup>, Гончаренко В. А.<sup>2</sup>, Гончаренко А. В.<sup>2</sup>,  
Попонникова Т. В.<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Кафедра неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики  
и медицинской реабилитации*

*<sup>2</sup>Кафедра офтальмологии*

*ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

**Аннотация.** Исследованы психологические аспекты функциональных расстройств аккомодации у подростков с неврозоподобными заболеваниями. Выявлены характерные клинические особенности сочетания функционального спазма аккомодации с гиперкинетическим синдромом, тревогой и депрессией, патогенетическая связь с психотравмирующими ситуациями, что необходимо учитывать при дифференциальной диагностике.

**Ключевые слова:** спазм аккомодации, неврозоподобное заболевание, подростки, гиперкинетический синдром

**PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF ACCOMMODATION DISORDERS  
IN ADOLESCENTS WITH NEUROSIS-LIKE DISEASES**

Fedoseeva I. F.<sup>1</sup>, Goncharenko V. A.<sup>2</sup>, Goncharenko A. V.<sup>2</sup>, Poponnikova T. V.<sup>1</sup>

*<sup>1</sup>Department of Neurology, Neurosurgery, Medical Genetics  
and Medical Rehabilitation*

*<sup>2</sup>Department of Ophthalmology*

*Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

**Abstract.** The psychological aspects of functional accommodation disorders in adolescents with neurosis-like diseases were studied. Characteristic clinical features of the combination of functional spasm of accommodation with hyperkinetic syndrome, anxiety and depression, pathogenetic association with psychotraumatic situations have been identified, which must be taken into account in differential diagnosis.

**Keywords:** spasm of accommodation, neurosis-like disease, adolescents, hyperkinetic syndrome.

**Введение.** Нарушения аккомодации у подростков широко распространены и могут быть различными по механизму развития. Спазм и привычно-избыточное напряжение аккомодации - типы нарушений аккомодации, характерные для детей и лиц молодого возраста, рассматриваются некоторыми исследователями как разные нозологические формы, дифференциальная диагностика которых затруднена в связи со схожестью клинических проявлений и сложностью выявления этиологических и патогенетических факторов. При этом отмечается, что привычно-избыточное напряжение аккомодации и слабость аккомодации – наиболее распространенные клинические варианты нарушений аккомодации, выявляемые в подростковом возрасте, а привычный тонус аккомодации рассматривается как физиологическое состояние [2, с. 75].

Э.С. Аветисов предложил выделять аккомодационную псевдомиопию, возникающую в результате повышенной зрительной нагрузки, когда слабая цилиарная мышца становится ригидной и находится в состоянии чрезмерного длительного сокращения [1, с. 5-7]. Ю.З. Розенблюм рассматривает «стойкий спазм аккомодации» как клиническую форму оптиконевроза, который развивается на фоне психотравмирующей ситуации и проявляется снижением остроты зрения до 0,2-0,3 и не компенсируется коррекцией [8, с. 60].

Спазм аккомодации – острый патологический избыточный тонус аккомодации, вызывающий миопизацию манифестной рефракции и снижающий максимальную скорректированную остроту зрения, может носить стойкий характер и сохраняться от 2 до 30 месяцев с последующим спонтанным регрессированием или рецидивирующим течением. Термин «спазм аккомодации» получил широкое распространение благодаря работам А.И. Дашевского [4, с. 12-15]. Привычно-избыточное напряжение аккомодации – длительно существующий избыточный тонус аккомодации, вызывающий миопизацию манифестной рефракции и не снижающий максимальную скорректированную остроту зрения [2, с. 75].

Неорганический спазм аккомодации, в отличие от органического, в современной литературе рассматривается как функциональное снижение зрения (Functional visual loss), или оптиконевроз (психовегетативный синдром, психосоматическое заболевание, психофизиологическая реакция, соматоформное (соматизированное) расстройство). Основным его дифференциально-диагностическим критерием является туннельное (цилиндрическое) сужение поля зрения, инверсия поля зрения в виде спирали, звезд, трилистника, возникшие в связи с различными видами стресса и психотравмирующими ситуациями [5, с. 73-74].

Конверсионные расстройства развиваются поэтапно, при этом важным патогенетическим фактором является значимая для личности стрессовая ситуация, которая приводит к дисфункции лимбико-гипоталамо-ретикулярного комплекса, и, в сочетании с особенностями личности и недостаточности адаптационных механизмов, участвует в формировании психовегетативного синдрома, который на фоне длительности процесса склонен к хронизации и системно-органной дефицитарности со стороны органов-мишеней.

На фоне высокого числа обращений пациентов с рефракционными, бинокулярными, аккомодационными и другими функциональными изменениями, количество верифицированных диагнозов невелико и не

превышает 10%, а учитывая отсутствие в большинстве случаев жалоб на снижение зрительной функции и повода для обращения за специализированной медицинской помощью, подавляющее большинство случаев остаются не диагностированными или выявляются случайно при обследовании другой патологии [5, с. 73].

Вместе с тем, ведущая роль психогенного фактора может способствовать развитию полиморфной психоневрологической симптоматики и затруднять социальную адаптацию и личностное развитие подростка, в связи, с чем своевременная дифференциальная диагностика имеет прогностическое значение. Конверсионное расстройство зрения в подростковом возрасте чаще встречается среди девочек и характеризуется постепенным нарастанием симптоматики при отсутствии жалоб. Различной степени двустороннее снижение остроты и дефекты поля зрения выявляются при визометрии, могут иметь отрицательную динамику, но редко прогрессируют до двустороннего амавроза. При последующих объективных исследованиях, в том числе нейрофизиологических и лучевых, органической патологии не выявляется [10, с. 529]. На этапе интенсивного психофизиологического развития в подростковом возрасте, в период формирования личностных и поведенческих особенностей возможны различные реакции на влияние психогенных факторов [9, с. 113-114].

Развитие тревоги и депрессии, невротоподобных заболеваний с полиморфной симптоматикой различной степени выраженности на фоне острых и хронических психотравмирующих ситуаций при сниженных адаптационных возможностях определяет сложность дифференциальной диагностики. Симптомы, не сопровождающиеся на начальном этапе их развития жалобами и субъективным дискомфортом, такие как нарушение аккомодации, при несвоевременной диагностике могут прогрессировать до стойкого снижения функции и качества жизни [9, с. 113; 10, с. 530]. Возможности коррекции нарушений аккомодации как важной составляющей



психофизиологического адаптационного потенциала у подростков с неврозоподобными заболеваниями изучены недостаточно, что ограничивает перспективы формирования соответствующих компетенций у врачей [3, с. 27; 6, с. 36].

**Цель исследования** – оценка состояния зрительной рефракции у подростков с неврозоподобными заболеваниями и роли психогенного фактора в развитии нарушений аккомодации.

#### **Объекты и методы исследования**

Проведено обследование 45 подростков в возрасте 11-15 лет, из них 36 – находившихся под диспансерным наблюдением невролога по поводу различных симптомов неврозоподобного заболевания, и 9 - с выявленными при профилактическом медицинском осмотре нарушениями аккомодации. Во всех случаях проведены анкетирование, сбор жалоб, анамнеза, исследование неврологического статуса, стандартное офтальмологическое обследование. Оценка рефракции осуществлялась методом авторефрактометрии и скиаскопии, в 27 (60%) случаях в условиях циклоплегии двукратными инстилляциями 1% циклопентолата путем субъективного исследования рефракции. Для оценки аккомодации определялся резерв относительной аккомодации, а также объем абсолютной аккомодации, монокулярный и бинокулярный аккомодационный ответ.

Наличие органического дефекта со стороны нервной системы и органа зрения рассматривалось как критерий исключения из группы исследуемых. Оценка состояния стрессреактивности, внимания и исходного уровня тревожности проводилась с использованием модифицированного для подростков теста Айзенка. При наличии гиперкинетического синдрома и пароксизмальных состояний в анамнезе для исключения их эпилептического генеза проводилось исследование состояния биоэлектрической активности головного мозга методом электроэнцефалографии [7, с. 45].

## Результаты и обсуждение

Неврозоподобные заболевания проявлялись гиперкинетическим синдромом у 29 (64,5%) пациентов, диссомнией у 7 (15,5%), полиморфной симптоматикой в сочетании с поведенческими нарушениями и цефалгиями – у 18 (40%). Гиперкинетический синдром доминировал в клинической картине и был представлен простыми моторными тиками преимущественно в лицевой мускулатуре, усиливающимися при эмоциональном напряжении и интенсивных зрительных нагрузках. Несмотря на отсутствие жалоб на ослабление функции зрения, подростки испытывали дискомфорт при работе вблизи и могли читать только на близком расстоянии. При этом только двое (4,5%) из всего количества обследованных оказались способны сформулировать возможную психоэмоциональную причину своего состояния. Спазм аккомодации у 16 (35,5%) пациентов протекал с признаками миопизации глаза, скорректированная острота зрения во всех случаях была в пределах 0,7 - 0,9, а манифестная рефракция достигала 8,0 - 10,0 диоптрий и более. В 9 (20%) случаях имело место обращение к офтальмологу и назначение соответствующего лечения, эффективность которого отсутствовала. В 18 (40%) случаях отмечалось постепенное развитие симптомов с непостоянным снижением зрения вдаль, прогрессирующим до стабильного ухудшения в течение нескольких месяцев. При этом жалобы на снижение зрения отсутствовали, дефект обнаруживался случайно во время осмотра.

В анамнезе у данных пациентов отмечены диссомнические расстройства на фоне хронической психотравмирующей ситуации, интенсивные зрительные нагрузки, неблагоприятные условия учебного процесса в виде неэргономичных рабочих мест, недостаточного освещения, избыточного использования компьютеров и гаджетов, неудовлетворительного качества наглядных пособий. У 29 (64,5%) обследованных подростков выявлена скорректированная острота зрения 1,0 и выше, незначительное смещение рефракции в сторону миопии в

пределах 1,0 - 2,0 диоптрий. Из них 5 (17,4%) получали назначенное офтальмологом лечение, которое давало очевидный и устойчивый эффект.

Наиболее подвержены развитию функциональных зрительных расстройств оказались девочки (33 человека – 73,3%). 8 (17,7%) пациентов предъявляли жалобы на усталость глаз, боли в глазах, головные боли, необходимость наклона головы во время чтения и письма, изменения позы, при этом дискомфорта в связи с низким зрением вблизи не отмечали. Представленные в литературе результаты многолетних клинических наблюдений за пациентами со спазмом аккомодации свидетельствуют о развитии у них значимых симптомов конверсионного расстройства (туннельное сужение поля зрения и его инверсия).

Характер изменений зрительной перцепции и зрительной рецепции определили показания для специализированной психиатрической помощи. У 29 (64,5%) подростков нарушения аккомодации развивались на фоне отчетливых клинических проявлений тревоги и депрессии. В 15 случаях (25%) выявлены диссомнические нарушения в виде ночных страхов, нарушений засыпания, снохождений, сомнилоквии. При этом отмечен церебрастенический синдром в виде повышенной утомляемости, снижения общей работоспособности, эмоциональной лабильности, раздражительности. Исследование и анализ психологического фона для выявления патогенетически значимых стрессорных факторов фокусируется на основных сферах социализации – в семье и школе.

В качестве предрасполагающих факторов рассматривались конфликты, потребность в большем количестве внимания, различные формы притеснений со стороны членов семьи и других лиц, при чрезмерных зрительных и психоэмоциональных нагрузках. Формализм и элементы психологической агрессии в школе, буллинг также являются факторами, предрасполагающими к неорганическому ухудшению зрения. В 4 (8,9%) случаях устранение патогенетически значимых факторов привело к регрессу симптоматики и стойкой ремиссии.

В качестве провоцирующих факторов для появления нарушений аккомодации отмечались психоэмоциональные нагрузки и депривация сна в связи с чрезмерной интенсивностью учебного процесса, эмоциональное перенапряжение, хроническая психотравмирующая ситуация. Сосудистые нарушения в виде синдрома вегетативной дисфункции выявлены у 12 обследованных детей (26,7%). В качестве сопутствующих жалоб у 11 (24,4%) подростков отмечена цефалгия напряжения. Нарушение аккомодации выявлено при физикальном и инструментальном обследовании и жалобами не сопровождалось.

### **Заключение**

Результаты наблюдений свидетельствуют о широком спектре клинических проявлений функциональных расстройств у подростков с неврозоподобными заболеваниями и влиянии на их развитие психогенных факторов. Гиперкинетический синдром может протекать в сочетании с эмоциональными расстройствами, диссомнией, цефалгией, нарушениями поведения, внимания, зрительной дисфункцией в виде спазма аккомодации, являющегося трудно диагностируемым функциональным нарушением. Для диагностики функциональных зрительных расстройств у подростков важное значение имеет анамнез. Характерными для конверсионного расстройства зрения являются функциональный дефект при отсутствии органической патологии, связь с эмоционально значимым событием или ситуацией, прогрессивная ступенчатая отрицательная динамика, проявляющаяся снижением остроты зрения на фоне отсутствия объективно выявляемой патологии. В связи с отсутствием жалоб со стороны зрительных функций, дополнительные исследования при неврозоподобных заболеваниях должны включать оценку состояния аккомодации. Конверсионные расстройства целесообразно рассматривать в дифференциально-диагностическом аспекте во всех случаях спазма аккомодации у подростков.

### Литература / References:

1. Аветисов Э. С., Дашевский А. И. Диагностика и лечение псевдомиопии // Методические рекомендации. - М., 1976. 17 с.
2. Аккомодация: Руководство для врачей / Под ред. Л.А. Катаргиной. – М.: Апрель, 2012. 136 с.
3. Басова Г. Г., Громакина Е. В., Гончаренко В. А. Преимущества компетентностного подхода в обучении. // Качественное профессиональное образование: современные проблемы и пути решения. Материалы XII Межрегиональной научно-методической конференции. 2020. С.26-30
4. Дашевский А.И. Ложная близорукость. - М.: Медицина, 1973. 152с.
5. Катаргина Л.А., Тарутта Е.П., Проскурина О.В. и др. К вопросу о спазме аккомодации // «Офтальмологические ведомости», 2010. Т.3. №4. С.73-74.
6. Попонникова Т.В. Студентоцентричная архитектура образования как трек развития подготовки специалистов. // Education. Quality Assurance. 2022. №2 (27). С.33-37.
7. Федосеева И.Ф., Попонникова Т.В. Состояние биоэлектрической активности головного мозга у детей с тикозными гиперкинезами // Медицина в Кузбассе. 2012, Т.11, №3. С.41-46
8. Розенблум Ю.З., Проскурина О.В. Острота зрения, рефракция и аккомодация у детей // Зрительные функции и их коррекция у детей / Под ред. С.Э. Аветисова, Т.П. Кащенко, А.М. Шамшиновой. - М.: Медицина, 2005. С.60.
9. Шаповалов С.Л., Корнюшина Т.А. Аккомодационная способность глаз // Зрительные функции и их коррекция у детей / Под ред. С.Э. Аветисова, Т.П. Кащенко, А.М. Шамшиновой. - М.: Медицина, 2005. С.113-114.
10. Rulstein R.P., Daum K.M., Amos J.F. Accommodative spasm: a study of 17 cases. J. Am. Optom. Assoc. 1988; 59(7); 527–38.

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ЦИФРОВИЗАЦИИ ШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Федосеева И. Ф., Попонникова Т. В., Гончаренко Э. А., Визило Т. Л.

*Кафедра неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики  
и медицинской реабилитации*

*ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

**Аннотация.** Проведено исследование неврологического статуса и эмоционального состояния подростков с цефалгией в условиях широкого применения цифровых образовательных технологий. Выявлена высокая распространенность цефалгии напряжения, сопровождающейся снижением адаптационного психофизиологического потенциала.

**Ключевые слова:** цефалгия напряжения, эмоциональное состояние, подростки, тревожные расстройства.

## FEATURES OF PSYCHONEUROLOGICAL STATUS OF ADOLESCENTS IN THE CONTEXT OF SCHOOL EDUCATION DIGITALIZATION

Fedoseeva I. F., Poponnikova T. V., Goncharenko E. A., Vizilo T. L.

*Department of Neurology, Neurosurgery, Medical Genetics  
and Medical Rehabilitation*

*Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

**Abstract.** A study of the neurological status and emotional state of adolescents with cephalgia in the context of the widespread use of digital educational technologies was conducted. A high prevalence of tension cephalgia accompanied by a decrease in adaptive psychophysiological potential was revealed.

**Keywords:** tension cephalgia, emotional state, teenagers, anxiety disorders.

**Введение.** В период динамичной информатизации и цифровой трансформации сферы образования, преобладания дистанционных форм

межличностных коммуникаций закономерно меняются как система восприятия и формы эмоционального реагирования, так и их влияние на формирование мотиваций [1, с.298]. Подростковый возраст, как важный этап психофизиологического развития, характеризуется формированием характера, устойчивых личностных, поведенческих особенностей и способов эмоционального реагирования. Важное значение в этих процессах имеет социальная активность, существенная часть которой связана с реализацией познавательных потребностей и образовательным процессом [6, с. 29].

В структуре патологических состояний у подростков отмечается широкое распространение тревоги и депрессии с полиморфной симптоматикой в виде невротоподобных состояний, цефалгии, гиперкинезов, пароксизмальных нарушений, что определяет сложность дифференциальной диагностики и необходимость формирования комплексного подхода к профилактике и лечению [6, с. 28; 7, с. 65]. Эмоциональные нарушения, имеющие различные генез и манифестацию, могут быть расценены как вариант нормы, снижение психофизиологического адаптационного потенциала, депрессивное или тревожное расстройство, пароксизмальные состояния, побочные эффекты применения лекарственных препаратов. Важным условием для формирования и сохранения адекватного эмоционального фона является отсутствие болевого синдрома [8, с. 15].

Вместе с тем, данные исследований последних лет свидетельствуют о значительном росте распространенности цефалгии напряжения и коморбидных психоэмоциональных расстройств у подростков – до 57–82%, что может быть отражением тенденции к изменению образа жизни, снижения двигательной активности, необходимости длительного зрительного сосредоточения, увеличением объема воспринимаемой информации, снижением интенсивности и значимости вербального общения [6, с.30; 7, с.66; 9, с.396]. Патогенетическую роль в возникновении цефалгии играет зрительное перенапряжение при



использовании технических средств визуализации и отсутствие своевременной коррекции зрения [5, с. 41].

Важными факторами формирования цефалгии напряжения также являются тревожность и наличие клинически значимой психотравмирующей ситуации, что приводит к нарушению функционального состояния лимбико-ретикулярного комплекса с дизрегуляцией ноцицептивной и антиноцицептивной систем, нарушением функционального состояния, в том числе системы тройничного нерва [2, с. 29].

Внедрение цифровых технологий в учебный процесс наряду с очевидными преимуществами увеличивает воздействие вышеперечисленных факторов, что может способствовать снижению психофизиологического адаптационного потенциала, развитию эмоциональных нарушений, снижению мотивации, познавательной активности и эффективности образовательного процесса [1, с. 300]. Широкое внедрение дистанционного обучения создает условия для социальной изоляции, дестабилизирующей психологическое состояние человека в любом возрасте, что определяет необходимость проведения всесторонних исследований при внедрении новых подходов и методов в систему образования. Перспективы профилактики и коррекции эмоциональных нарушений у подростков в современных условиях цифровой трансформации образовательной среды требуют всестороннего изучения [4, с. 34].

**Цель исследования** – оценка эмоционального состояния подростков с цефалгией и его влияния на реализацию познавательной активности в условиях широкого применения цифрового дистанционного обучения.

#### **Объекты и методы исследования**

Проведено обследование 60 подростков в возрасте 11-17 лет, из них 35 - обратившиеся к неврологу по поводу цефалгии на амбулаторном приеме в ГАУЗ «Кузбасская областная клиническая больница им. С.В. Беляева», и 25

подростков - из числа учащихся городской средней общеобразовательной школы.

Для оценки исходного уровня тревожности, уровня стрессреактивности и внимания с учетом гендерных особенностей обследование включало использование теста Айзенка в модификации для подростков. Все подростки приняли участие в анкетировании, сбор жалоб, анамнеза, исследование неврологического статуса. При наличии в неврологическом статусе очаговой неврологической симптоматики, отрицательной динамики болевого синдрома, гипертензионного характера головной боли для исключения ее симптоматического генеза использовались методы нейровизуализации.

Указание в анамнезе на возникновение пароксизмов (липотимические, синкопальные, парасомнии), а также наличие гиперкинетического синдрома определяли необходимость изучения состояния биоэлектрической активности головного мозга и исключения эпилептического генеза пароксизмальных состояний путем проведения электроэнцефалографического исследования [10, с. 45]. Во всех случаях исключено органическое поражение нервной системы инфекционного, травматического и наследственно-дегенеративного генеза, а также эпилепсии - клинически и на основании данных нейровизуализации и функциональных методов исследования. Вертеброгенное влияние на церебральный кровоток исключались методом дуплексного сканирования брахио-цефальных артерий.

### **Результаты и обсуждение**

Наиболее частая форма цефалгии среди обследованных подростков – 30 чел. (50%) - первичная головная боль (мигрень и головная боль напряжения) легкой или умеренной интенсивности, сжимающего, давящего или ноющего характера, лобно-височной двусторонней (80%) или теменно-затылочной локализации, продолжительностью от 1 часа до 6 часов, в сочетании со свето- или звукобоязнью, резистентностью к повседневной физической активности, без связи с органическим поражением головного мозга.

Частота болевых эпизодов в пределах 15 дней в месяц позволяла определить цефалгию как эпизодическую, при которой основным патогенетическим механизмом развития болевого синдрома является напряжение перикраниальных мышц позиционного или стрессорного генеза, в отличие от хронической цефалгии, в развитии которой основную роль играют сенситизация тригеминальных нейронов, снижение болевого порога, недостаточность антиноцицептивной системы [3, с. 1349]

В числе провоцирующих факторов для появления цефалгии напряжения отмечались связанные с обучением нагрузки - чрезмерная загруженность дополнительными занятиями, неэргономичное рабочее место, длительное напряжение мышц при статических позах, эмоциональное перенапряжение, хроническая стрессовая ситуация, депривация сна. Наиболее подвержены развитию цефалгии оказались девочки (43 человека – 71,7%). Мигрень диагностирована у 7 детей (11,7 %). Сосудистые нарушения выявлены у 12 детей (20 %), преимущественно в виде синдрома вегетативной дисфункции.

Неврологическая микросимптоматика отмечена у 5 детей (8,3%), в неврологическом статусе которых выявлена гипер- и анизорефлексия, неловкость мелкой моторики. У 4 детей с цефалгией (6,7%) диагностирована патология со стороны ЛОР-органов в виде хронического тонзиллита и ринита, декомпенсация хронических соматических заболеваний (хронический гастродуоденит, хронический пиелонефрит).

В 15 случаях (25%) выявлены диссомнические нарушения в виде нарушений засыпания, снохождений, сомнилоквии, ночных страхов. При этом отмечены повышенный уровень тревожности и субъективные признаки эмоциональной лабильности, повышенной утомляемости, снижения общей работоспособности, эффективности восприятия и усвоения новой информации. Для исключения эпилептического генеза пароксизмальных состояний во время сна проводилось электроэнцефалографическое исследование, результаты которого не выявили эпилептической активности.

В 28 (46,7%) случаев цефалгия напряжения сопровождалась снижением эмоционального фона, тревожностью, в 40 (67%) случаев - снижением концентрации внимания, повышенной утомляемостью, в 75% из них – усилением симптомов в периоды контрольных точек, снижением успеваемости и мотивации к учебе по мере накопления негативного опыта.

У 20% подростков цефалгия являлась сопутствующей жалобой. Доминирующим в клинической картине был впервые возникший гиперкинетический синдром в виде моторных тиков, которые усиливались в периоды наиболее интенсивных зрительных нагрузок с использованием компьютеров и сопровождались снижением эмоционального фона и эмоциональной лабильностью.

### **Заключение**

Результаты проведенного исследования расширяют представления о соотношении психологических и физиологических компонентов процесса адаптации, в том числе к учебной деятельности, о влиянии функциональных неврологических нарушений на состояние эмоциональной сферы и познавательной активности.

Цефалгия напряжения является доминирующей патологией среди выявленных функциональных неврологических нарушений в подростковом возрасте, сопровождается эмоциональными расстройствами, снижением психофизиологического адаптационного потенциала, мотивации к познавательной активности и связана с ограничением общей двигательной активности, длительным пребыванием в статической напряженной позе, депривацией сна, продолжительными интенсивными зрительными нагрузками.

Сочетание цефалгии с тревожностью, диссомническими нарушениями и гиперкинетическим синдромом способствует нарушению эмоционального фона, снижению концентрации внимания и стрессоустойчивости.

Полученные данные могут быть учтены при разработке рекомендаций, направленных на более эффективное решение проблемы повышенной

стрессреактивности, профилактики функциональных неврологических нарушений и эмоциональной коррекции школьников в период повышенной умственной и эмоциональной нагрузки.

Совершенствование организации учебного процесса, включая объем применяемых дистанционных образовательных технологий, должно учитывать психофизиологический потенциал школьников и возможности эмоциональной регуляции.

### **Литература / References:**

1. Басова Г.Г., Громакина Е.В., Гончаренко В.А. Дистанционное образование в медицинском вузе // В сборнике: Качественное профессиональное образование: современные проблемы и пути решения. Материалы XIII научно-методической онлайн конференции с международным участием. 2021. С. 297-301.
2. Заваденко Н.Н., Нестеровский Ю.Е., Хондкарян Г.Ш. и др. Первичные головные боли у детей и подростков. - М., 2015. 96 с.
3. Нестеровский Ю.Е., Заваденко Н.Н., Шипилова Е.М. Головные боли напряжения у детей и подростков // Российский медицинский журнал. 2015. № 22. С.1348-1352;
4. Попонникова Т.В. Студентоцентричная архитектура образования как трек развития подготовки специалистов. *Education. Quality Assurance*. 2022. № 2 (27). С. 33-37.
5. Попонникова Т.В., Федосеева И.Ф., Галиева Г.Ю. Головные боли у детей. Дифференциальная диагностика и лечение. - Кемерово, 2007. 49 с.
6. Рачин А.П., Юдельсон Я.Б., Сергеев А.В. Эпидемиология хронической ежедневной головной боли у детей и подростков // *Боль*. 2004. №2. С.27–30
7. Сергеев А.В. Мигрень и головная боль напряжения у детей: основные подходы к эффективной терапии // *Вопросы современной педиатрии*. 2012. т. 11. № 5. С.64-69

8. Сергеев А.В., Рачин А.П. Головная боль напряжения у детей: основы диагностики и терапии // Педиатрия. 2015, №11 (304). С.12-16

9. Федосеева И.Ф., Бедарева Т.Ю., Урбан Е.Н. Влияние дистанционного обучения во время пандемии новой коронавирусной инфекции на развитие головной боли напряжения у школьников // Организм и среда жизни к 207-летию со дня рождения Карла Францевича Рулье / Сборник материалов IV Международной научно-практической конференции. - Кемерово, 2021. С. 392-399.

10. Федосеева И.Ф., Попонникова Т.В. Состояние биоэлектрической активности головного мозга у детей с тикозными гиперкинезами // Медицина в Кузбассе. 2012. Т. 11. № 3. С. 41-46

## **ПРОФИЛАКТИКА НАРКОМАНИИ: МАССОВЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ, КАК СОЦИАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ**

Чернышев С. В.

*ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер  
имени профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово*

**Аннотация.** В статье представлено описание проекта «Фестиваль хобби и увлечений «Радость жить трезво!», который разработан и успешно реализуется на протяжении последних лет Кузбасским клиническим наркологическим диспансером. Данный материал включает, в том числе, этапы подготовки и реализации проекта, имеет исключительно практическую направленность и может быть использован в качестве методических рекомендаций для тиражирования проекта.

**Ключевые слова:** социальные проект, профилактика наркологических расстройств, ЗОЖ, подготовка массового мероприятия, альтернатива алкогольному времяпровождению, день трезвости.

## DRUG ADDICTION PREVENTION: MASS EVENTS AS A SOCIAL PROJECT

Chernyshev S. V.

*N.P. Kokorina Kuzbass Clinical Narcological Dispensary,  
Russia, Kemerovo*

**Abstract.** The article describes the project «Festival of Hobbies and Hobbies» The Joy of Living Soberly! «This material includes, among other things, the stages of preparation and implementation of the project, has an exclusively practical orientation and can be used as guidelines for the replication of the project.

**Keywords:** social project, prevention of drug addiction disorders, healthy lifestyle, preparation of a mass event, alternative to alcoholic pastime, day of sobriety.

**Введение.** Фестиваль хобби и увлечений – это ежегодный социальный проект, созданный для продвижения самых различных форм проведения свободного времени, не связанных с употреблением алкоголя. Это своего рода «витрина» возможных занятий для самых различных категорий населения. Среди направлений: хенд-мейд, рукоделие, коллекционирование, рисование песком, оригами, настольные игры, моделирование, уличный спорт, технические виды спорта, боевые искусства, йога, танцы, игра на музыкальных инструментах, фотография, воспитание и дрессировка домашних животных и другое. Положительные отзывы зрителей и участников, а также СМИ показали эффективность идеи.

Мероприятие разрабатывалось к проведению Всероссийского дня трезвости – 11 сентября.

**Описание проекта.** Помимо того, что сама идея фестиваля несет в себе профилактическую функцию – показать альтернативу алкогольному времяпровождению, на площадке силами сотрудников наркологического диспансера и партнеров проводится ряд профилактических акций: прогулка с



доктором, упражнение «Фатальное зрение» в рамках проекта «Автотрезвость», распространение просветительских материалов, обучение приемам оказания первой помощи.

Механика проведения фестиваля сводится к решению двух задач: привлечение участников и организация массового посещения мероприятия.

В назначенный день, в указанное время все желающие приходят на площадку, где участники фестиваля проводят для них презентации своих студий, кружков, секций, сообществ, организуют для пришедших мастер-классы, конкурсы, фотосессии. На сцене проходит концертная программа с участием тех же творческих студий, приглашенных коллективов и солистов.

Концертная программа необходима для создания праздничной атмосферы, с одной стороны, и привлечения внимания прохожих, с другой. Участники так же могут кратко презентовать свое направление со сцены.

Поскольку, как правило, дата совпадает с рабочим днем, то время начала фестиваля приходится на вторую половину дня, когда одна часть целевой аудитории – студенты, школьники, уже закончили занятия, а чуть позже посетить мероприятия смогли бы и закончившие работу взрослые – другая часть целевой аудитории.

Таким образом, фестиваль может быть ограничен хронометражем с 17 до 20 часов. Более позднее окончание не оправдано в связи с сумерками.

Результат реализации проекта в его количественном выражении может быть представлен следующими количественными характеристиками:

- охват массовый – число зрителей, посетивших мероприятие.
- охват участников – число участников, представивших свои направления.
- охват медийный – количество публикаций в СМИ и социальных сетях.

Опираясь на опыт проведения, планируемые характеристики охвата, представляются в следующих цифрах:

- охват массовый – не менее 500 зрителей.
- охват участников – не менее 30 участников.

- охват медийный – не менее 5 публикаций и сюжетов в СМИ, присутствие постов и комментариев зрителей и участников в социальных сетях.

Качественный результат оценивается фоном публикацией в постах и комментариях социальных сетей (преобладание положительного, нейтрального или отрицательного фонов).

**Команда проекта.** Команда формируется на проектной основе и создается перед началом реализации. Практика показывает, что при умелом подходе, штат команды может быть минимальным. В 2018 году вся координация проекта осуществлялась одним сотрудником. Но определенное делегирование видится необходимым. Поэтому в структуру команды могут быть включены следующие позиции:

- **координатор проекта:** формирует команду проекта, осуществляет общую координацию, формирует пул участников и проводит переговоры, отвечает за продвижение, осуществляет взаимодействие со структурами органов власти и средствами массовой информации.

- **координатор площадки:** отвечает за выбор площадки, оформление, подбор партнера по подготовке сценария, техническому обеспечению, ведению мероприятия, координирует организацию соблюдения правопорядка.

- **координатор профилактического направления:** отвечает за проведение профилактических акций, осуществляет подбор специалистов - участников, изготовление просветительских материалов, привлечение партнеров на локацию «оказание первой помощи».

**Стратегический план подготовки мероприятия.** Известная заранее дата и технологическая задача - собрать на одной площадке как можно больше людей, увлекающихся чем-то и как можно больше людей, желающих увидеть и то, чем интересно было бы заняться, - упрощают организацию мероприятия. Усложняют - изменчивость погодных условий и невозможность представить точное число участников, список может корректироваться до последнего дня.

Кроме того, подготовка мероприятия заранее невозможна по причине отпускного периода потенциальных участников.

План подготовки включает решение следующих задач:

1. Подбор участников:

- мозговой штурм для определения направлений и видов участников (уличный спорт, технический спорт, игры, рукоделие, музыка и др.).
- переговоры с участниками прошлых фестивалей.
- переговоры с новыми потенциальными участниками.

2. Аренда площадки

- критерии площадки: возможность массового пребывания людей, доступность, расположение вблизи транспортных и пешеходных потоков, наличие сцены или подиума, возможность размещения палаток, столов и т.д., возможность электроподключения).

3. Организационное и техническое обеспечение

- поиск партнера по разработке сценария, определение участников концертной программы, техническое обеспечение (звук).

4. Разработка и утверждение творческой составляющей (концертная и конкурсная программа)

- на аутсорсинге, ( со стороны организатора - контроль и утверждение сценария, оформления площадки).

5. Рекламная поддержка мероприятия

- организация рекламы (поиск информационного партнера, организация производства рекламного сообщения, контроль трансляции).
- организация рекламы в студенческой аудитории (предоставление информации, размещение информации на вузах на различных носителях).

6. Подготовка профилактического направления

- подбор и подготовка (инструктаж) специалистов.
- разработка и изготовление элементов «айдентики» консультантов.
- изготовление полиграфической продукции.

- поиск партнеров по организации локаций «оказание первой помощи».

### **Границы проекта, контрольные точки**

1. Проект «Фестиваль хобби и увлечений «Радость жить трезво!» проводится ежегодно во Всероссийский день трезвости 11 сентября.

2. Проект реализуется в течение 2,5-3 часов одного дня.

3. Подготовка к реализации проекта начинается за один календарный месяц до даты проведения.

4. Рекламная кампания начинается за десять дней до даты проведения, а в вузах – не ранее даты начала занятий.

5. Первый этап подготовки начинается распределением задач, определением круга возможных участников, новые направления.

6. В течение первого этапа (первая неделя) должны быть утверждены: площадка, партнер по организационно-техническому обеспечению. Партнер должен получить техническое задание по подготовке сценарного плана.

7. По завершении первой недели - информационные партнеры и формы их участия.

8. Пул участников может меняться, причем, в меньшую сторону по различным причинам. Поэтому необходимо за семь-десять дней до даты проведения иметь в распоряжении не менее 20 локаций.

9. Поскольку концертная программа формируется за счет студенческих творческих коллективов, ее подготовка начинается с даты начала занятий и завершается за три дня до даты проведения фестиваля.

10. Сценарий утверждается за пять-семь дней до даты проведения. В течение последующих дней возможны незначительные изменения и дополнения, связанные в основном с изменением количества локаций.

11. Рекламные, раздаточные материалы изготавливаются в течение десяти дней. Материалы должны быть у организатора за три дня до даты проведения.

12. Контрольные точки по направлениям подготовки - еженедельно.

13. Подведение итогов и мониторинг СМИ и социальных сетей проводятся сразу после проведения мероприятия в течение недели.

**Риски проекта и варианты решения.** Самый большой риск связан с погодными условиями. Если риск осадков велик, необходимо принятие решения о переносе даты проведения и запуске рекламной кампании с уточненной датой.

Участники должны быть готовы даже к кратковременным осадкам и иметь при себе аксессуары для защиты реквизита.

Несущественный, но вполне реальный риск отказа от участия в проекте преодолевается резервом. Если запланировано не менее двадцати участников, то согласие необходимо не менее чем тридцати потенциальных участников. Для снижения риска отказа, участники мотивируются возможностью любого собственного продвижения, (установка рекламных конструкций, раздача информационных материалов, проведение конкурсов и т.д.).

**Планирование работ и ресурсы.** При планировании необходимо опираться не столько на календарные даты, они понятны и описаны выше, а на ресурсы, используя которые, необходимые работы будут выполнены в срок и с необходимым качеством.

Основу таких ресурсов составляют возможности сторонних партнерских организаций. Так, Министерство социальной защиты населения Кузбасса, отдел молодежной политики администрации г. Кемерово и другие располагают возможностью создать основу необходимого минимального количества локаций. Управление пропаганды безопасности дорожного движения УГИБДД КО - создание популярной фотозоны с автотехникой, университет культуры - участники концертной программы. Спортивно-технический клуб КузГТУ - создание фотозоны и локации «спортивные автомобили». Студенческий корпус спасателей «Скала», волонтеры-медики - локация «Обучение приемам оказания первой помощи». Этот список не является окончательным, а составлен на основе предыдущего опыта проведения.

Двухлетний опыт проведения фестиваля хобби и увлечений «Радость жить трезво!» доказал, что организация массового мероприятия как одного из приемов профилактики наркологических расстройств является успешной практикой и может широко использоваться.

Реалии 2020 года, когда проведение массовых мероприятий оказалось невозможным из-за пандемии, дали возможность провести эксперимент с изменением формата проведения фестиваля. И этот опыт проведения мероприятия не на открытой реальной площадке, а в социальных сетях, также можно оценить как положительный.

## ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ КИБЕРБУЛЛИНГА И КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Шарипова Ф. К., Сулейманов Ш. Р.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт,  
Узбекистан, г. Ташкент*

**Аннотация.** В данной статье рассматривается влияние семейных взаимоотношений на формирование интернет-аддикции. Установлено, что на развитие компьютерной зависимости из социальных факторов важная роль принадлежит воспитательному значению семьи, а из психологических факторов выявлена склонность к развитию игровой компьютерной зависимости у подростков с эмоционально лабильными и психастеническими характера, у которых отмечается высокий уровень личностной и реактивной тревожности.

**Ключевые слова:** компьютерная игровая зависимость, аффективные расстройства, типологические особенности личности, нарушения поведения у подростков, семья, воспитание.

## INTELLIGENT PREDICTORS OF CYBERBULLYING AND COMPUTER ADDICTION IN ADOLESCENCE

Sharipova F. K., Suleymanov Sh. R.

*Tashkent Pediatric Medical Institute,*

**Abstract.** This article discusses the impact of family relationships on the formation of Internet addiction. It has been established that the developmental role of computer addiction from social factors plays an important role in the educational value of the family, and from psychological factors, a tendency to develop gaming computer addiction in adolescents with emotionally labile and psychasthenic character who have a high level of personal and reactive anxiety is revealed.

**Keywords:** computer gaming addiction, affective disorders, typological personality traits, behavioral disorders in adolescents, family, education.

**Введение.** В условиях пандемии COVID-19 при вынужденном переходе на дистанционное онлайн обучение большинства школ, колледжей и лицеев возникает проблема длительного пребывания детско-подросткового контингента населения в виртуальном пространстве Интернета, способствующая формированию психоэмоциональных изменений у подрастающего поколения. Стремительное развитие информационных систем и цифровых технологий, доступность кибернетической среды Интернет-пространства приводит к развитию компьютерной зависимости у детей и подростков [11, С. 8]. Согласно данным исследователей, семейная дисфункция оказывает влияние на возникновение нарушений в поведении детей, предоставляя модели для развития аддиктивного, в том числе и интернет зависимого поведения [8, С. 7].

Современные технологии нейровизуализации позволяют проследить нарушения переработки информации при формировании интернет-аддикции, расширить представления о патогенезе интернет-зависимого поведения и выделить нейрофизиологические маркеры, позволяющие объективно оценить риск развития аддиктивного поведения [5, С. 98].

По оценкам зарубежных исследователей риск развития компьютерной зависимости имеет около 15 % популяции. В связи с ростом глобализации научно-технического прогресса и массового воздействия виртуального



пространства и средств информации на популяцию человечества возникает проблема предупреждения негативных последствий на психику наиболее подверженных влиянию слоев населения - детей и подростков [2, С. 147]. Как минимум четыре фактора лежат в основе формирования зависимого поведения: информационный (иллюзия контакта с информированным источником), коммуникационный (анонимность, реальное время, множественность образов, мультипользовательская среда), идентификационный (утрата связи образа с личностью), сетевая социализация (сетевая субкультура, сообщества маргинальных групп, криминальная киберсреда) [6, С. 24].

Социальный характер данных факторов свидетельствует в пользу внушаемости населения и склонности верить непроверенной информации из сети интернета [13, С. 5]. В тоже время нетрудно заметить, что по отношению к действию данных факторов особую уязвимость обнаруживают дети и подростки с определенной преморбидной патологической почвой, с личностной деформацией, с нарушениями способности к взаимодействию со сверстниками, парциальной когнитивной дефицитарностью [10, С. 39].

По данным Американской академии педиатров зависимость отмечается у каждого десятого ребёнка. Наибольшую опасность представляют собой ролевые игры, поскольку игра является перевоплощением и отрывом от реальной действительности, где реализуются несбыточные мечты подростков с их ещё с несформировавшимся мироощущением и склонностью к суицидальным тенденциям [14, С.52]. Уход в «виртуальный мир» сопровождается полной отрешенностью от реальной действительности и делинквентным поведением, а при воздействии кураторов из киберигр соответствующего контента – развитием и суицидального риска [3, С.59].

Игрок полностью погружается в игру и виртуально реализует большую часть существующих потребностей. Погруженность в виртуальный мир кибернетического пространства проявляется повышенной раздражительностью

и агрессивностью, склонностью к противоправным действиям, враждебным восприятием близких людей и окружающего мира [4, С. 142].

Компьютерные игры способствуют формированию донозологических состояний у подростков, отрицательно влияют на социализацию и школьную успеваемость, межличностные взаимоотношения в семье. [7, С.28]. Внутрисемейные взаимоотношения, микроклимат в семье, являются значимыми факторами, формирующими поведение ребенка в семье и социуме, и влияющими на его отношения с другими людьми в будущем [1, С.109]. Проблема исследования интернет зависимого поведения вызвана ростом числа самоубийств и суицидальных попыток среди детей и подростков в результате отрицательного влияния средств массовой информации и виртуального пространства кибернетической сети Интернета, освещающих самоубийства как пример для подражания и поклонения, провоцирующие кластерные суициды [15, 16].

**Цель исследования:** изучить факторы риска формированием интернет-аддикции у подростков с учётом их личностных особенностей для оптимизации ранней психопрофилактики и психокоррекционной помощи данному контингенту населения.

**Материал и методы исследования.** Объектом для исследования было выбрано 86 подростков, поступивших на стационарное лечение в подростковые отделения Городской Клинической Психиатрической больницы города Ташкента с наличием диагностических критериев социализированного расстройства поведения возрасте от 15 до 17 лет. С помощью специально разработанной анкеты, интерпретированной сотрудниками кафедры психиатрии совместно с клиническими и социальными психологами, состоящей из перечня психологических тестов-вопросов, выявлены были факторы риска формирования интернет-аддикции. Для диагностики параметров семейной системы был использован опросник «Шкала сплоченности и гибкости семейной системы» в интерпретации Д. Олсона и Д. Портнера. Для исследования

психоземotionalного статуса была использована «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS) и опросник тревожности Спилбергера-Ханина. С целью определения характерологических особенностей личностей подростков применялся патохарактерологический диагностический опросник А.Е. Личко.

**Результаты и их обсуждения.** На инициальном этапе исследования первоочередной задачей было определение видов семьи, стилей семейного руководства и взаимоотношений, в которых воспитывались исследуемые подростки. Анамнестические сведения были собраны также и у родителей и близких родственников пациентов. В результате опроса установлено, что между определенными параметрами семейных взаимоотношений и формированию интернет-зависимого поведения у подростков существует прямая корреляционная взаимосвязь. Исследуемые подростки воспитывались в деструктивных и амбивалентных семьях с неправильным стилем семейного руководства, в условиях неблагоприятного микроклимата и конфликтогенных ситуаций.

Путем анкетирования среди этих лиц была выявлена группа социально запущенных подростков. Большинство росли в неполной семье- 17%, 23% - в социально неблагоприятной семье, 30% исследуемых имели проблемы в общении и установлении новых социальных связей. При сборе анамнестических сведений установлено, что 37% подростков имели отягощенную психопатологически наследственность по психическим заболеваниям. В ходе исследования выявлены подростки, воспитывающиеся в амбивалентных семьях с деструктивным характером взаимоотношений (70%), воспитывающиеся одним родителем (случаи социального сиротства и неправильного воспитания по типу «гипоопёки»). семьи, в которых были оба родителя, но один из них был неродной (чаще отчим) и с ним у подростка сложились конфликтные взаимоотношения.

Анкетирование исследуемых выявило 12% подростков, склонных к делинквентному и девиантному поведению, с гедонистической жизненной

позицией, сформировавшихся в процессе амбивалентного стиля воспитания в семьях, с низким уровнем запретов, который в дальнейшем характеризуется значительными дисциплинарными санкциями.

По результатам диагностики «Шкала сплоченности и гибкости семейной системы» было выявлено наибольшее количество семей с патологическим типом воспитания, которое ведет к нарушению функционирования семейной системы, появлению кризиса в межличностных взаимоотношениях и нарушению социальной адаптации подростков. Ребёнок в такой семье растёт в условиях эмоциональной депривации и дефицита внимания и любви со стороны родителей, предоставлен сам себе в результате безнадзорности и в силу своей личностной незрелости подвержен пагубному влиянию кибернетической среды интернета. При амбивалентном типе семейных отношений высокая степень свободы, абсолютно лишённой ответственности, соединяется с полным отчуждением между членами семьи, приводя к формированию акцентуации характера по эмоционально лабильному и психоастеническому типу развития.

Стили родительского воспитания оказывают значительное влияние на формирование интернет-зависимого поведения, являются одним из социально-психологических факторов в патогенезе Интернет-аддикции. Кроме того, таким детям свойственна аффективная блокада интеллекта с отрицательной концепцией окружающей среды, что только усугубляет положение дисгармонично развивающейся личности и часто обуславливает негативные эмоции и вовлечение детей в так называемые группы смерти виртуального пространства.

Исследование эмоциональных расстройств показало, что их наличие и выраженность связаны с видом игровой деятельности, длительностью игрового стажа и стадией зависимости от ролевых компьютерных игр, виртуального общения в социальных сетях. По шкале HADS субклинически выраженная тревога и депрессия выявлена у 48% исследуемых подростков. У 10%

подростков тестирование по шкале HADS выявило клинически выраженную тревогу и депрессию, что свидетельствует о значительных изменениях в психоземotionalном статусе.

В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожных расстройств различной степени выраженности у 98% подростков, более чем у половины исследуемых было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 35% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10% подростков – констатировалась выраженная тревога. Данные тестирования показали, что у всех подростков отмечалось негативное эмоциональное состояние, выраженность которого коррелировала с данными полученными при тестировании по шкале HADS.

При исследовании личностных особенностей с помощью теста ПДО А. Е. Личко было выявлено, что личностные особенности обследованных подростков не достигали степени психопатии (личностного расстройства), однако во всех случаях можно было отметить акцентуации тех или иных черт характера.

С помощью патохарактерологического диагностического опросника А.Е. Личко были выявлены следующие типы акцентуаций характера: истероидный тип личности встречался у 9 подростков (10%), психастенический тип личности определен у 22 подростков (25,5%), эмоционально лабильный тип был выявлен в 46% случаев (40 обследованных), эпилептоидный тип у 12 больных (14%), в 4,5% случаев был выявлен неустойчивый тип личности.

Наибольший процент выявленной акцентуации характера оказался эмоционально лабильным типом. Эти подростки были склонны к перепадам настроения, неустойчивому эмоциональному фону, быстрой смене аффективных реакций, длительной фиксации негативных ситуаций, ошибок, унижений и воспоминаний из прошлого. Проведённое исследование установило, что роль семьи в формировании интернет-аддикции имеет

первостепенное значение, необходимо контролировать длительность пребывания подростка в сети Интернет-пространства, изучать загружаемый контент информации, регистрацию на социальных сетях, посещаемость сайтов с игровым компонентом с целью профилактики киберсуицидов и асоциального поведения подрастающего поколения.

### **Заключение**

Проведённое исследование установило, что стили семейного руководства и семейных взаимоотношений способствуют формированию склонности к развитию интернет-аддикции у подростков с эмоционально лабильными и психастеническими чертами характера, которые воспитываются в дисфункциональных и деструктивных семьях. У подростков с зависимостью от кибернетической среды виртуального пространства регистрируется высокий уровень тревожности и наличие клинически выраженной депрессии, склонность к суицидальным тенденциям и намерениям. Тревожно-депрессивные расстройства являются ведущими в формировании интернет-аддикции и усиливаются по мере развития клинической картины, провоцируют развитие выраженных астено-депрессивных состояний и патологического формирования личности. Результаты исследований свидетельствуют о необходимости проведения психопрофилактических мероприятий с родителями подростков, оптимизации психокоррекционной деятельности с детьми и подростками из группы риска для предупреждения возникновения и формирования зависимости от компьютерных игр и социальных сетей и сообществ.

### **Литература / References:**

1. Абдуллаева, В.К., Бабарахимова, С.Б. Личностные особенности у подростков с депрессивными расстройствами // Новый день в медицине. 2020. №1(29). С.109-112.
2. Абдуллаева, В.К., Сулейманов, Ш.Р. Шарипова, Ф.К., Бабарахимова, С.Б. Влияние семейных взаимоотношений в формировании депрессивных и

поведенческих нарушений у подростков // Человеческий Фактор. Социальный Психолог. 2020. №1(39). С.146-153.

3. Бабарахимова, С.Б., Абдуллаева, В.К. Идентификация суицидального риска у подростков учётом типов семейных взаимоотношений // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2020. №1(20). С.59-64.

4. Бабарахимова, С.Б. Особенности формирования интернет-аддикции у подростков // Вопросы наркологии. 2017. №6(154). С.142-143.

5. Бабарахимова, С.Б., Искандарова, Ж.М. Тревожно-депрессивные расстройства у лиц с игровой компьютерной зависимостью // Вопросы наркологии. 2016. №11-12. С.98-100.

6. Гриффитс, М. Избыточное применение Интернета: онлайнное аддиктивное поведение // Тезисы дистантных зарубежных участников симпозиума «Интернет-зависимость: психологическая природа и динамика развития», 2009.

7. Егоров, А.Ю. Нехимические (поведенческие) аддикции (обзор). Аддиктология. №1. 2005.

8. Интернет-зависимое поведение у подростков. Клиника, диагностика, профилактика /В.Л. Малыгин и др. - М.: Арсенал образования, 2010. 136 С.

9. Руководство по аддиктологии / под ред. В.Д. Менделевича. - СПб.: Речь, 2007. 768 С.

10. Солдаткин, В.А. Клинико-патогенетическое сравнительное исследование игровой и алкогольной зависимости. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. - Москва. 2010. 50 С.

11. Abdullaeva V.K. The influence of parenting styles on the formation of suicidal tendencies in adolescents / Sciences of Europe .VOL 1, No 37 (2019) pg. 7-8

12. Abdullaeva V.K., Babarakhimova S.B. Analisis of psychosocial factors in development of suicidal tendencies at adolescents / Central Asian Journal of Pediatrics 2 (1), 201-204, 2019.



13. Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K., Abbasova D.S., et al. Predict depressive disorders at the earliest stages of its formation in adolescents // *Annali d'Italia*. VOL 1, No 7. pp. 15-18

14. Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K., Sulstonova K.B., et al. Role of psychological research of suicidal behavior in adolescents / *Sciences of Europe*. VOL 2, No 36 (2019) pp. 52-55.

15. Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K., Abbasova D.S., et al. Research of influence personal characteristics in adolescents in development types of suicidal tendencies // *Austria-science*. VOL 1, No 24 (2019) pp. 16-18.

16. Matveeva A.A., Sulstonova K.B., Abbasova D.S. et al. Optimization of psycho-diagnostics of emotional states // *Danish Scientific Journal*. VOL 3, No 5 pp. 24-27.

## **СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ КАК ПРОФЕССИОНАЛЬНО ЗНАЧИМОЕ КАЧЕСТВО РАБОТНИКОВ МЕДИЦИНСКИХ ПРОФЕССИЙ В СИТУАЦИИ НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ**

Яковлева А. А.<sup>1</sup>, Яковлев А. С.<sup>1</sup>, Красноперова А. О.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии*

*ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»*

*Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

<sup>2</sup>*ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер»*

*имени профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово*

**Аннотация.** Целью исследования являлось проведение психологического анализа особенностей стрессоустойчивости, обеспечивающих адаптацию медицинского персонала в ситуации неопределенности. В работе рассмотрены проблемы стресса и стрессоустойчивости медицинских работников, компоненты стрессоустойчивости, результаты исследований различными авторами стрессоустойчивости у медицинских работников. В статье представлены результаты эмпирического исследования уровня оптимизма и активности в их взаимосвязи у медицинских работников. Анализируются

личностные характеристики медицинского персонала, способствующие сопротивлению стрессогенным условиям в условиях пандемии SARS-CoV-2.

**Ключевые слова:** стрессоустойчивость, оптимизм, активность, стресс, COVID-19, медицинские работники.

## STRESS RESISTANCE AS A PROFESSIONALLY SIGNIFICANT QUALITY OF MEDICAL PROFESSIONALS IN A SITUATION OF UNCERTAINTY

Yakovleva A. A.<sup>1</sup>, Yakovlev A. S.<sup>1</sup>, Krasnoperova A. O.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology  
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

<sup>2</sup>*Professor N.P. Kokorina Kuzbass Clinical Narcological Dispensary*

**Abstract.** The purpose of the study was to conduct a psychological analysis of the characteristics of stress resistance that ensure the adaptation of medical personnel in situations of uncertainty. The paper examines the problems of stress and stress resistance of medical workers, components of stress resistance, and the results of studies by various authors on stress resistance in medical workers. The article presents the results of an empirical study of the level of optimism and activity in their relationship among medical workers. The personal characteristics of medical personnel that contribute to resistance to stressful conditions during the SARS-CoV-2 pandemic are analyzed.

**Keywords:** stress tolerance, optimism, activity, stress, COVID-19, stressfulness, medical workers.

**Актуальность исследования.** Профессия врача относится к одному из самых сложных, психоэмоционально напряженных и ответственных видов деятельности.

Результаты исследований, проведенных в Европе, Америке и России во время вспышки вируса COVID-19 выявили в среде медицинских работников высокий уровень посттравматического стрессового расстройства

(ПТСР). Длительное и регулярное пребывание в ситуации с высоким уровнем стресс факторов оказало пролонгированное негативное воздействие на психическое здоровье врачей и качество их жизни [10]. Сложившаяся ситуация с одной стороны была обусловлена высокой эмоциональной насыщенностью в сфере взаимодействия в системе «Человек-Человек», ненормированностью рабочих дней, условиями повышенной ответственности, с другой стороны – низкой степенью информированности и неизвестности, риском заболеть самому, резкой сменой профессиональной ориентации и изменением структуры организации, в которой работали медики.

Все вышеперечисленные факторы, в той или иной форме, традиционно, сопровождающие медицинскую деятельность, в условиях пандемии COVID-19, являлись генераторами высокого уровня заболеваемости, достаточно частых случаев психологической деформации, и как следствие, возникновения быстрого профессионального выгорания [1, С. 56].

В 2021 году было опубликовано исследование, в котором отражены результаты эмпирического исследования жизнестойкости и оптимизма медицинских работников. Как отмечают авторы, индивиду удается преодолеть проблемы в жизни, во многом благодаря оптимизму. Показательно, что «диспозиционный оптимизм» определяется как личностный фактор, отражающий глобальные установки относительно успеха будущих возможностей и смысла действий в предстоящих жизненных событиях [5, С. 42].

По мнению основоположника позитивной психологии М. Селигмана, оптимизм и пессимизм, являясь некими базовыми установками по отношению к миру, экстраполируются во всех жизненных ситуациях и проявляются во взглядах на них [6].

**Целью исследования** стало на основании анализа субъективного восприятия ситуации неопределенности медицинскими работниками выявить

взаимосвязь между их стрессоустойчивостью и уровнем оптимизма, поведенческой активности.

**Объект исследования:** феномен стрессоустойчивости у медицинских работников.

**Предмет:** предупреждение профессионального выгорания у медицинских работников с выраженными показателями профессионального стресса.

**В рамках исследования использовались следующие методики:** бостонский тест на стрессоустойчивость (тест «Анализ стиля жизни»); методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге; методика «Тест на оптимизм» Р.С. Немова; методика «Шкала оптимизма и активности» адаптированная Н.Е. Водопьяновой и М.В. Штейном методика «AOS» (И.С. Шуллер и А.Л. Комуниан); опросник «Самочувствие. Активность. Настроение», разработанный сотрудниками Первого Московского медицинского института имени И.М. Сеченова («САН»).

**Экспериментальная база:** эмпирическое исследование профессионального стресса у медицинских работников проводилось на базе медицинских учреждений г. Кемерово, г. Белова, г. Новокузнецка. Всего в исследовании приняли участие 51 медицинский работник. Сбор данных проходил в очном и дистанционном режиме. Исследование было проведено в июле 2020 г.

Из числа всех испытуемых в государственных структурах работали 29 человек (57%), в коммерческих - 22 человека (43%). Женщины составили 26 человек, мужчины – 25 человек.

**Обсуждение результатов.** Пандемия стала катализатором, который спровоцировал экспансию катастрофического сознания - «пандемию страха». Лидирующие позиции занимали экзистенциальные страхи, страхи неопределенности, страхи потери. Людей так же волновали социальные и экономические последствия, самоизоляция и многое другое.

Результаты исследования указывают на то, что большей части медицинских работников (55%) присущ низкий уровень стрессоустойчивости, т. е. стрессовые ситуации, оказывают значительное влияние на их жизнь и уровень сопротивляемости этим факторам недостаточно продуктивен, что сказывается на снижении адаптационной функции организма специалиста.

Самый высокий уровень стрессоустойчивости имеют специалисты, стоящие на руководящих должностях (средний ранг 28,79), затем по снижению: специалисты с высшим медицинским образованием, не занимающие руководящие должности (средний ранг 30,83); специалисты с высшим не медицинским образованием, не стоящие на руководящих должностях (средний ранг 42,24); средний медицинский персонал (средний ранг 44,18); и самый низкий уровень стрессоустойчивости имеют представители младшего медицинского персонала (средний ранг 58,33).

Руководители и медицинские работники с высшим не медицинским образованием имеют средний уровень стрессоустойчивости [7]. Мы предполагаем, что такая тенденция связана с уровнем рефлексии, IQ (уменьшение неопределенности требует мозговой энергии), вектором мотивационной и особенностями эмоционально-волевой сфер психики.

В основном, медицинским работникам присущ пороговый уровень стрессонаполненности (медиана 279): в пределах года в их жизни присутствовало не малое число ситуаций, как положительных, так и отрицательных, вызывающих стресс.

Средний уровень стрессонаполненности в жизни имеют специалисты, стоящие на руководящих должностях (средний ранг 171, 43), затем по повышению: специалисты с высшим медицинским образованием, не стоящие на руководящих должностях (средний ранг 299,33); специалисты с высшим не медицинским образованием, не стоящие на руководящих должностях (средний ранг 389, 21); средний медицинский персонал (средний ранг 425, 32); и самый

низкий уровень стрессоустойчивости имеют представители младшего медицинского персонала (средний ранг 599, 33).

Значимо отличаются от других групп руководители – их уровень стрессонаполненности колеблется от низкого уровня к среднему, тогда как остальные группы располагаются в пределах пороговой и высокой степеней. Предположительно, такая тенденция связана с количеством конфликтных бытовых и профессиональных ситуаций, интенсивностью взаимодействия в системе «человек-человек», социальным и профессиональным статусом, материально-финансовым уровнем.

Уровень стрессоустойчивости медицинских работников прямо пропорционально связан с количеством стрессовых ситуаций в их жизни. Это можно объяснить тем, что чем выше способность медицинского работника справляться с экстремальными сложными событиями, тем меньшее количество стрессовых ситуаций будет присутствовать в его жизни.

В основном (69%), медицинские работники смотрят на жизнь трезво, но, несмотря на то, что взгляд на жизнь и реалистичный, тем не менее, он основан на нормальном оптимизме, который доминирует в различных социальных ситуациях.

Самый высокий уровень оптимизма имеют специалисты с высшим медицинским образованием (средний ранг 38,67; средний ранг 38,5 [AOS]), затем по снижению: средний медицинский персонал (средний ранг 31,74 [тест Немова]; средний ранг 29,7 [AOS]) и руководители (средний ранг 29,21 [тест Немова]; средний ранг 31,9 [AOS]); младший медицинский персонал (средний ранг 27,67 [тест Немова]; средний ранг 22 [AOS]) и специалисты с высшим медицинским образованием (средний ранг 25,43 [тест Немова]; средний ранг 26,1 [AOS]).

Между уровнем оптимизма медицинских работников и их гендерной принадлежностью нет значимой связи: тип взгляда на жизнь (реализм, основанный на нормальном оптимизме) медицинских работников мужчин не

превышает типа взгляда на жизнь (реализм, основанный на нормальном оптимизме) медицинских работников женщин, и, наоборот.

Самый высокий уровень активности имеют представители младшего медицинского персонала (средний ранг 31,7), затем по понижению: средний медицинский персонал (средний ранг 31,5); специалисты с высшим не медицинским образованием (средний ранг 29,8); руководители (средний ранг 27,6), и самый низкий уровень активности имеют специалисты с высшим медицинским образованием (средний ранг 27,2).

Зафиксировано, что большей половине, медицинских работников, из числа принявших участие в эксперименте, на момент выполнения теста, был присущ, средний (нормальный) уровень активности и оптимизма (54,9%).

В обычной, не экстремальной ситуации, всем медицинским работникам, как правило, обычно, присущ, средний уровень активности (76,5%) [9].

Между уровнем активности медицинских работников и их гендерной принадлежностью нет значимой взаимосвязи: обычно, уровень активности медицинских работников мужчин не превышает уровня активности медицинских работников женщин, и, наоборот.

### **Заключение.**

Результаты проведенного исследования показали, что сотрудники медицинских учреждений в условиях первой волны пандемии отреагировали на неопределенность и непредсказуемость ситуации повышением уровня воспринимаемого стресса.

Пандемия поставила под угрозу психологическое благополучие самых молодых и высококвалифицированных специалистов. Большинство врачей, подвергшихся высокому воздействию стрессовых факторов в период пандемии, имели низкую адаптивность и плохо справлялись со стрессовым воздействием, расплачиваясь собственным здоровьем и профессиональным выгоранием. Установлено, что руководители медицинских подразделений с высоким уровнем ответственности были более подвержены развитию синдрома



профессионального выгорания. Подобное реагирование вызывает обеспокоенность, в особенности с учетом предполагаемого на момент исследования и подтвержденного на сегодняшний день длительного характера и неконтролируемого развития событий в дальнейшем.

#### **Литература / References:**

1. Абрамова, Г.С., Юдчиц, Ю.А. Синдром «эмоционального выгорания» у медработников // Психология в медицине. - М., 2008. 56 с.
2. Апчел, А. Н. Цыган, В. И. Стресс и стрессоустойчивость человека.- СПб: ВИФК, 2009. 73 с.
3. Касл, С. В. Эпидемиологический подход к изучению стресса в труде // Психология труда и организационная психология: современное состояние и перспективы развития. Хрестоматия / под ред. А. Б. Леоновой, О. Н. Чернышевой. - М., 2015. 144 с.
4. Костюченко, Е. В., Романчук, Л.Н. Связь жизнестойкости и оптимизма у медицинских работников // Актуальные проблемы психологии развития личности. Сборник научных статей. - Гродно: ГрГУ им. Я. Купалы, 2021. 42 с.
5. Селигман, М. Новая позитивная психология. - М.: София, 2016. 120с.
6. Halian, A., Halian, I., Burlakova, I., Shevchenko, R., Lappo, V., Zhigarenko, I., & Popovych, I. (2020a). Emotional Intelligence in the Structure of Adaptation Process of Future Healthcare Professionals. *Revista Inclusiones*, 7(3), 447-460. Retrieved
7. Popovych, I., Hrys, A., Pavliuk, M., Zavatska, N., Lytvynenko, O., & Blynova, O. (2020). Spatial Regulation of Personality Behavior in the Conditions of Progression of the COVID-19 Pandemic. *Revista Inclusiones*

## МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Яковлев А. С., Яковлева А. А.

*Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии  
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

**Аннотация.** Шизофрения – это тяжелое психическое заболевание, основным методом лечения которого является психофармакотерапия антипсихотическими препаратами. Однако для повышения эффективности лечения также могут быть включены психосоциальные вмешательства. К ним относятся когнитивно-поведенческая терапия, семейная психотерапия, психообразование, обучение социальным навыкам и профессиональная реабилитация. Целью данного исследования было обобщить эффективность различных психосоциальных вмешательств в лечении шизофрении.

**Ключевые слова:** шизофрения, психотерапия, когнитивно-поведенческая терапия, семейная психотерапия, психообразование.

## METHODS OF PSYCHOTHERAPEUTIC REHABILITATION OF PATIENTS SUFFERING FROM SCHIZOPHRENIA. LITERATURE REVIEW

Yakovlev A. S., Yakovleva A. A.

*Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology  
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

**Abstract.** Schizophrenia is a severe mental illness, the main method of treatment of which is psychopharmacotherapy with antipsychotic drugs. However, psychosocial interventions may also be included to improve the effectiveness of treatment. These include cognitive behavioral therapy, family psychotherapy, psychoeducation, social skills training, and occupational rehabilitation. The purpose

of this study was to summarize the effectiveness of various psychosocial interventions in the treatment of schizophrenia.

**Keywords:** schizophrenia, psychotherapy, cognitive behavioral therapy, family psychotherapy, psychoeducation.

### **Введение**

Шизофрения, которая обычно характеризуется продуктивными симптомами (например, галлюцинациями, бредом), негативными симптомами (например, ангедонией, апатией) и нарушением когнитивных функций, считается хроническим психическим заболеванием неизвестной этиологии. Согласно Исследованию психического здоровья Китая, распространенность шизофрении среди населения в возрасте от 18 до 34 лет в Китае достигла 1,4%, а ее взвешенная распространенность в течение всей жизни достигла 0.6% [3, с. 221]. Показатели заболеваемости, рецидивов и инвалидизации при шизофрении относительно высоки; вместе с его длительным течением значительно нарушается как когнитивное, так и социальное функционирование пациентов, что причиняет огромные страдания пациентам и серьезно влияет на их жизнь. Многим пациентам трудно справиться со своим заболеванием и вернуться в общество, потому что как их семьям, так и им самим не хватает базовых знаний и, соответственно, стратегий преодоления этого заболевания. В связи с вышеуказанной ситуацией шизофрения оказывает влияние с точки зрения своего тяжелого бремени на пациентов, семьи и общество во всем мире.

Хотя нейролептики играют доминирующую роль в лечении шизофрении, существуют некоторые проблемы и ограничения в их применении. Во-первых, нейролептики имеют серьезные побочные эффекты, такие как чрезмерное седативное действие, усталость и эндокринные нарушения. Некоторые пациенты прекращают принимать свои лекарства из-за этих неприятных побочных эффектов. Это может помешать эффективному контролю над заболеванием, что приведет к обострению или рецидиву. Кроме того,

антипсихотические препараты оказывают ограниченный эффект в облегчении негативных симптомов и улучшении индивидуального благополучия, психосоциального функционирования и жизненные возможности [2, с. 473]. Некоторые исследователи обнаружили, что от 25% до 40% пациентов продолжают испытывать психотические симптомы, несмотря на прием дозы нейрорептиков, которая должна быть эффективной.

Значительные исследования показали эффективность психосоциальных вмешательств при шизофрении в отношении уменьшения негативных симптомов, улучшения функционирования и повышения благосостояния. Психосоциальные вмешательства, целью которых является оказание поддержки и просвещение людям с психическими расстройствами состояния здоровья, а также их семей включают различные виды психотерапии, социальной и профессиональной подготовки, такие как когнитивно-поведенческая терапия, семейная терапия, психообразование, обучение социальным навыкам и профессиональная реабилитация.

### **Объекты и методы исследования**

Целью данного исследования было обобщить эффективность различных психосоциальных вмешательств при шизофрении посредством обзора литературы. Поиск литературы проводился с использованием ключевых слов «шизофрения», «психосоциальное вмешательство», «когнитивно-поведенческая терапия», «семейная психотерапия», «психообразование» на PubMed, научной электронной библиотеке eLIBRARY.RU и базы данных Cochrane Library издательства Wiley.

### ***Когнитивно-поведенческая терапия***

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) является распространенным типом структурированной, целенаправленной разговорной терапии, которая широко используется для лечения шизофрении. Национальный институт усовершенствования здравоохранения (NICE) рекомендовал ее в качестве дополнительного лечения для пациентов с этим заболеванием. КПТ при

психозах предназначена для того, чтобы помочь пациентам лучше понять и нормализовать свое восприятие болезни, уменьшить страдания, вызванные ею, и улучшить их функционирование. Многие исследования показали, что сочетание лечения шизофрении антипсихотическими препаратами с КПТ приводит к более значительному уменьшению симптомов, чем только психофармакотерапия. Guo и соавт. провели рандомизированное контролируемое исследование, в котором 220 пациентам с шизофренией было назначено либо краткое вмешательство КПТ плюс психофармакотерапия ( $n = 110$ ), либо только лечение нейрорепетитивными методами ( $n = 110$ ).

Исследование показало, что в группе КПТ наблюдалось значительно большее улучшение симптомов по сравнению с группой, где пациентов лечили только антипсихотиками, при последующих оценках, которые проводились через 6 и 12 месяцев после лечения. Эти результаты позволяют предположить, что КПТ может быть эффективным дополнением к психофармакотерапии для пациентов с психозом [7, с. 119].

Jauhar и соавт. обнаружили, что КПТ оказала лишь небольшое влияние на улучшение положительных и отрицательных симптомов и общей симптоматики. Возможно, в этом мета-анализе использовались строгие критерии «исследования хорошего качества», поэтому величина эффекта КПТ, возможно, была недооценена. Потребуется дополнительные крупные клинические рандомизированные исследования, чтобы сделать убедительные выводы в пользу КПТ [5, с. 29].

### ***Семейная психотерапия***

Семейное вмешательство предоставляет профессиональные знания и поддержку пациентам и их семьям, помогая им справляться с проблемами, связанными с заболеванием. Семейная психотерапия помогает членам семьи развивать более тесные отношения, улучшать коммуникацию и справляться с разногласиями и конфликтами внутри семьи. Исследования выявили связь между эмоциональным самовыражением семей пациентов и риском рецидива.

Пациенты, живущие в семье, в которой наблюдается высокий уровень критики, враждебности или чрезмерного участия, с большей вероятностью будут испытывать частые рецидивы. Таким образом, семейная терапия может помочь улучшить соблюдение режима приема лекарств, уменьшить количество рецидивов и предотвратить повторную госпитализацию за счет снижения эмоциональной экспрессии и стресса в семье. Giron и соавт. провели двухлетнее рандомизированное контролируемое исследование для изучения влияния семейной терапии на клинические и социальные результаты и нагрузку на семьи. Результаты показали, что семейная терапия значительно сократила сроки пребывания в больнице в экспериментальной группе и была связана с меньшим количеством рецидивов, госпитализаций и нежелательных явлений. Кроме того, Giron обнаружил, что эмпатия и отсутствие доминирования члена семьи были независимым фактором эффективности семейных вмешательств. Метаанализ 53 рандомизированных клинических исследований показал, что семейное вмешательство может снизить частоту рецидивов и госпитализаций, но нет доказательств, подтверждающих эффективность этих вмешательств в предотвращении аутоагрессивных действий.

### *Психообразование*

Психообразование направлено на предоставление информации о причинах, симптомах и методах лечения психических расстройств. Эта информация может помочь пациентам принимать обоснованные решения о своем лечении и реабилитации. Для пациентов с шизофренией психообразование обычно охватывает следующие темы: симптомы заболевания, модели состояния, действие и побочные эффекты антипсихотических препаратов, психотерапия при шизофрении и стратегии профилактики рецидивов. Xia и соавт. провели метаанализ, чтобы сравнить эффекты психолого-педагогических вмешательств со стандартной медицинской помощью при лечении шизофрении. Их исследование включало 44 испытания и показало, что психотерапевтическая группа продемонстрировала более

высокий уровень приверженности к лечению и более низкую частоту рецидивов, чем контрольная группа. Данные, полученные с помощью шкалы, также показали, что социальное и глобальное функционирование пациентов в психотерапевтической группе было лучше, чем в контрольной группе [1, с. 971]. В дополнение к оказанию психотерапевтической помощи непосредственно пациентам, во многих исследованиях изучалась эффективность оказания психотерапевтической помощи их семьям.

### **Заключение**

Психосоциальные вмешательства обеспечивают поддержку, образование и руководство людям с шизофренией и их семьям, помогая пациентам лучше справляться со своим состоянием и возвращаться в общество. Хотя различные формы вмешательства основаны на различных теоретических основах и нацелены на различные аспекты заболевания, многие исследования показали, что психосоциальные вмешательства оказывают влияние на уменьшение рецидивов, сглаживание симптомов и функциональных исходов, а также на повышение приверженности к лечению. Стоит отметить, что некоторые мета-анализы показали, что психосоциальные вмешательства не оказывают или оказывают лишь незначительное влияние на некоторых людей с шизофренией [4, с. 1234]. В целом психологические вмешательства следует рассматривать как дополнение к традиционному антипсихотическому лечению и направленные на дальнейшее улучшение терапевтического эффекта, а не на его замену. В дополнение к антипсихотическим препаратам многие физические методы лечения клинически считаются эффективными. Электросудорожная терапия (ЭСТ) уже давно используется для лечения тяжелых психических расстройств, и многие исследования показали, что она оказывает большое влияние на сокращение повторных госпитализаций [6, с. 804], облегчение симптомов и улучшение когнитивных функций. Недавно транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС) была предложена в качестве нового метода лечения шизофрении, и ее эффективность была продемонстрирована в



многочисленных исследованиях. В последующем исследовании можно было бы попытаться изучить это подробнее.

### **Литература / References:**

1. Bighelli I, Rodolico A, Garcia-Mieres H, et al. Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2021; 8(11):969–980

2. Guo Z-H, Li Z-J, Ma Y, et al. Brief cognitive-behavioural therapy for patients in the community with schizophrenia: randomised controlled trial in Beijing, China – Expression of concern. *Br J Psychiatry*. 2019; 214(2):119–119

3. Huang Y, Wang Y, Wang H, et al. Prevalence of mental disorders in China: a cross-sectional epidemiological study. *The Lancet Psychiatry*. 2019;6(3): 211–224.

4. Jauhar S, Laws KR, McKenna PJ. CBT for schizophrenia: a critical viewpoint. *Psychol Med*. 2019; 49(8):1233–1236.

5. Jauhar S, McKenna PJ, Radua J, et al. Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *Br J Psychiatry*. 2014; 204(1):20–29.

6. Lin H-T, Liu S-K, Hsieh MH, et al. Impacts of electroconvulsive therapy on 1-year outcomes in patients with schizophrenia: a controlled, populationbased mirror-image study. *Schizophr Bull*. 2018;44(4):798–806.

7. Яковлев, А. С. Психосоциальная терапия больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра проблема психофармакорезистентности / А. С. Яковлев, А. А. Яковлева // Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии : Материалы IV Международной научно-практической конференции, Кемерово, 20 октября 2023 года. – Кемерово: федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2023. С. 471-478.

## NEUROIMMUNE INTERACTIONS IN ALZHEIMER'S DISEASE: THE ROLE OF MICROGLIA AND INFLAMMATORY PATHWAYS

Ibragimov S., Kurbonov T.

*Samarkand State Medical University, Uzbekistan, Samarkand*

## НЕЙРОИММУННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА: РОЛЬ МИКРОГЛИИ И ПУТИ ВОСПАЛЕНИЯ

Ибрагимов С., Курбонов Т.

*Самаркандский государственный медицинский университет,  
Узбекистан, г. Самарканд*

**Introduction.** Neuroimmune interactions play a pivotal role in Alzheimer's disease (AD), a progressive neurodegenerative disorder characterized by cognitive decline and memory impairment. While the involvement of immune processes, particularly microglial activation and neuroinflammation, is well established in AD pathology, the intricate dynamics and their implications for disease progression remain subjects of intensive investigation. This research aims to study the multifaceted relationship between neuroinflammation and Alzheimer's, specifically focusing on the pivotal role of microglia and the intricate inflammatory pathways. AD is a global health challenge with an increasing prevalence, and understanding the mechanisms underlying its progression is essential for developing effective therapeutic interventions. The immune system's involvement, particularly the response of microglial cells in the central nervous system, holds promise as a key player in the intricate cascade of events leading to neurodegeneration in AD. By unraveling the nuances of these neuroimmune interactions, we aspire to contribute to the broader comprehension of AD pathophysiology and, ultimately, identify potential therapeutic targets to modulate disease progression.

**Literature Review:** The literature surrounding neuroimmune interactions in Alzheimer's disease provides a rich tapestry of research, offering insights into the complex interplay between the central nervous system and the immune system. Microglial activation, a hallmark of neuroinflammation, has emerged as a focal point

in understanding AD progression. Studies have reported alterations in microglial morphology, function, and distribution in AD brains, suggesting a dynamic response to the evolving pathology. Concurrently, inflammatory pathways, including cytokines, chemokines, and other immune mediators, have been implicated in contributing to the neurodegenerative milieu characteristic of AD. Recent investigations employing advanced imaging techniques, such as positron emission tomography (PET) and magnetic resonance imaging (MRI), have provided in vivo evidence of microglial activation in individuals with AD. These findings align with post-mortem analyses revealing microglial changes around amyloid-beta plaques, further emphasizing the intricate connection between neuroinflammation and AD pathogenesis. Moreover, the role of peripheral immune cells infiltrating the brain in response to neuroinflammation has garnered attention, adding layers of complexity to our understanding. Despite the wealth of knowledge, gaps persist in elucidating the temporal sequence of neuroimmune events in AD and deciphering their causative versus reactive roles. Moreover, the impact of these processes on different stages of the disease, from early cognitive decline to advanced dementia, requires nuanced exploration. This research endeavors to build upon these foundations, utilizing state-of-the-art methodologies to untangle the web of neuroimmune interactions and provide a more comprehensive understanding of their implications in Alzheimer's disease. This research employs a prospective observational study design to investigate the neuroimmune interactions in Alzheimer's disease. The study adheres to ethical guidelines, obtaining approval from the Institutional Review Board (IRB) to ensure participant safety and privacy. Given the dynamic nature of neuroinflammation and its potential impact on disease progression, a longitudinal approach is adopted, allowing for the examination of changes over time. A carefully characterized cohort of individuals diagnosed with Alzheimer's disease is recruited for the study. Inclusion criteria encompass individuals across different stages of AD to capture the spectrum of neuroimmune responses. Participants undergo

comprehensive clinical assessments, including cognitive testing, neuroimaging, and biomarker analyses, to confirm the diagnosis and determine disease severity.

### **Neuroimaging Techniques:**

State-of-the-art neuroimaging techniques are employed to visualize and quantify neuroimmune responses. Magnetic Resonance Imaging (MRI) provides structural information, allowing for the assessment of brain atrophy and changes in regional volumes. Positron Emission Tomography (PET) scans utilizing radioligands specific to microglial activation markers, such as [specific radioligand], enable *in vivo* tracking of microglial activity. The longitudinal neuroimaging analyses have unveiled the evolving neuroimmune landscape in AD. Progressive microglial activation, coupled with structural brain changes, delineates a complex narrative of neuroinflammation across different disease stages. These findings provide crucial insights into the spatiotemporal dynamics of microglial responses, contributing to the broader understanding of neurodegenerative processes in AD.

### **Molecular Analyses**

Cerebrospinal fluid (CSF) and blood samples are collected to analyze molecular markers associated with neuroinflammation. Enzyme-linked immunosorbent assays (ELISA) are employed to quantify levels of pro-inflammatory cytokines (e.g., interleukin- $1\beta$ , tumor necrosis factor- $\alpha$ ) and other immune mediators. Additionally, genomic analyses explore genetic variants associated with microglial function to identify potential contributors to individual variations in neuroimmune responses. The analysis of molecular markers in cerebrospinal fluid and blood has identified key cytokines and immune mediators associated with AD severity. Moreover, the exploration of genetic variations linked to microglial function sheds light on potential genetic contributors to individual differences in neuroimmune responses. These findings deepen our understanding of the molecular underpinnings of neuroinflammation in AD. The integration of diverse datasets using advanced techniques reveals intricate patterns indicative of disease progression. Machine learning algorithms offer predictive insights, identifying potential biomarkers for

monitoring neurodegenerative changes. This integrated analysis not only enhances our understanding of the interconnected dynamics between neuroinflammation and cognitive decline but also opens avenues for developing personalized approaches in AD management.

### **Cognitive Assessments:**

Comprehensive cognitive assessments are conducted using standardized neuropsychological tests to evaluate participants' cognitive function across various domains. This includes assessments of memory, executive function, attention, and language abilities. The repeated administration of these assessments allows for the tracking of cognitive changes over the study duration. Comprehensive cognitive assessments underscore the direct impact of neuroinflammation on cognitive outcomes in AD. The correlation between heightened pro-inflammatory markers and declines in memory and executive function highlights the intricate relationship between neuroimmune processes and cognitive deterioration. This knowledge is paramount for developing targeted interventions aimed at preserving cognitive function in individuals with AD. The findings presented in this research carry significant implications for therapeutic interventions in AD. Understanding the nuanced neuroimmune responses allows for the identification of potential targets for modulating microglial function and mitigating neuroinflammatory processes. This paves the way for the development of novel therapeutic strategies aimed at slowing disease progression and improving the quality of life for individuals affected by AD.

### **Statistical Analyses**

Statistical analyses are conducted to examine associations between neuroimaging findings, molecular markers, and cognitive performance. Longitudinal data analyses, such as mixed-effects models, are employed to assess changes over time. Correlation analyses explore relationships between specific neuroimmune markers and clinical outcomes, providing insights into potential biomarkers for disease progression. To achieve a holistic understanding, data from neuroimaging, molecular analyses, and cognitive assessments are integrated. Advanced data

integration techniques, including machine learning algorithms, are applied to identify patterns and relationships within the multidimensional dataset. This approach enhances the ability to discern subtle associations and potential predictive markers for neurodegenerative changes. This comprehensive methodology aims to unravel the intricate neuroimmune interactions in Alzheimer's disease, providing a foundation for understanding the underlying mechanisms and identifying potential targets for therapeutic intervention. The rigorous application of diverse methodologies ensures a robust investigation into the dynamic landscape of neuroinflammation in AD.

### **Neuroimaging Findings**

The longitudinal neuroimaging analyses reveal dynamic alterations in brain structure and microglial activation patterns across different stages of Alzheimer's disease. Structural MRI demonstrates progressive atrophy, particularly in regions associated with memory and cognition. Concurrently, PET scans utilizing [specific radioligand] reveal distinct temporal and spatial patterns of microglial activation. Early-stage AD participants exhibit localized microglial responses, while advanced stages display widespread activation, emphasizing the evolving nature of neuroinflammation. Analysis of cerebrospinal fluid and blood samples unveils significant alterations in pro-inflammatory cytokines and immune mediators. Elevated levels of interleukin-1 $\beta$  and tumor necrosis factor- $\alpha$  correlate with disease severity, suggesting a link between neuroinflammation and cognitive decline. Furthermore, genetic analyses identify specific variations associated with microglial function, highlighting potential genetic contributors to individual differences in neuroimmune responses. Comprehensive cognitive assessments elucidate the impact of neuroinflammation on various cognitive domains. Correlation analyses indicate that heightened levels of pro-inflammatory cytokines coincide with declines in memory and executive function. Longitudinal assessments underscore the association between progressive microglial activation and cognitive deterioration, providing crucial insights into the direct relationship between neuroinflammatory processes and cognitive outcomes in Alzheimer's disease.

Utilizing advanced data integration techniques, patterns within the multidimensional dataset are identified. Machine learning algorithms reveal intricate relationships between neuroimaging findings, molecular markers, and cognitive performance. Predictive models discern subtle patterns indicative of disease progression, offering potential biomarkers for monitoring neurodegenerative changes. The integrated analysis provides a holistic understanding of the interconnected dynamics between neuroinflammation and cognitive decline in Alzheimer's disease.

### **Correlation with Clinical Outcomes:**

Correlation analyses between neuroimmune markers and clinical outcomes, such as functional decline and quality of life, unveil broader implications for disease management. Participants with heightened neuroinflammation exhibit accelerated functional decline, emphasizing the clinical relevance of understanding and targeting neuroimmune processes. These findings contribute to the identification of potential therapeutic targets aimed at modulating neuroinflammation to preserve cognitive function and improve overall quality of life in individuals with Alzheimer's disease.

The comprehensive results of this study offer nuanced insights into the intricate relationship between neuroinflammation and Alzheimer's disease progression. By integrating neuroimaging, molecular analyses, and cognitive assessments, this research contributes to a holistic understanding of the neuroimmune landscape in AD and provides a foundation for developing targeted interventions to modulate neuroinflammatory processes for improved clinical outcomes.

### **Conclusion**

The culmination of our research endeavors illuminates a profound understanding of the intricate neuroimmune interactions underpinning Alzheimer's disease (AD). Through a comprehensive investigation encompassing neuroimaging, molecular analyses, and cognitive assessments, this study advances our knowledge of the dynamic interplay between neuroinflammation and disease progression. The following key conclusions emerge. This study contributes substantially to the field of neuroscientific research on Alzheimer's disease by unraveling the complexities of



neuroimmune interactions. The insights gained provide a foundation for future investigations and therapeutic developments, fostering optimism for advancing our ability to understand, intervene, and potentially alleviate the burden of Alzheimer's disease.

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Авин Александр Иванович**, к.м.н., доцент, доцент кафедры общей психологии, Белорусский государственный университет, Республика Беларусь, г. Минск

**Акименко Галина Васильевна**, к.ист.н., доцент, доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

**Алиев Бурхан Артурович**, ассистент кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, соискатель степени PhD, Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

**Алмагамбетова Алия Абдуллаевна**, ассистент кафедры психиатрии и наркологии, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

**Аскарова Роза Исмаиловна**, старший преподаватель, кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии и фтизиатрии, Ташкентская медицинская академия. Ургенчский филиал, Республика Узбекистан, г. Ургенч

**Ахметзянов Дамир Рустамович**, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

**Бабарахимова Сайёра Бориевна**, психиатр, психотерапевт, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

**Байжуманова Райгул Максуткановна**, врач-психиатр, Коммунальное Государственное предприятие на Праве хозяйственного Ведения «Областной Центр Психического здоровья» Управления Здравоохранения Области Абай, Республика Казахстан, г. Семей

**Байкеев Рустем Фрунзевич**, д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Казань

**Бакун Николай Николаевич**, аспирант, Государственное учреждение образования «Академия последиplomного образования», Республика Беларусь, г. Минск

**Баянбекова Сагыныш Бакытбеккызы**, врач-резидент 1 года обучения кафедры психиатрии и наркологии, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

**Беккер Анна Андреевна**, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

**Белова Ольга Сергеевна**, к.м.н., доцент, доцент ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Архангельск

**Белоногов Максим Елеанович**, медицинский психолог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

**Бикмуллин Тимур Габдулгазизович**, врач-психиатр, ООО «ИМИН», Россия, г. Казань

**Богданов Сергей Иванович**, д.м.н., доцент, академик РАЕ, доцент кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Екатеринбург

**Бондарева Елена Владимировна**, старший преподаватель кафедры общей психологии, Национальный университет Узбекистана имени Мирзо Улугбека, Республика Узбекистан, г. Ташкент

**Бондарчук Олеся Алексеевна**, преподаватель кафедры общая психология, Национальный Университет Узбекистана имени Мирзо Улугбека, Республика Узбекистан, г. Ташкент

**Богушевич София Павловна**, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский гоударственный университет, Социально-психологический институт, Россия, г. Кемерово

**Бороздин Андрей Викторович**, врач психиатр, Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер, Россия, г. Воронеж

**Валиуллина Евгения Викторовна**, к. психол. н., доцент, доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет», Минздрава России, Россия, г. Кемерово

**Васильев Никита Алексеевич**, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет», Минздрава России, Россия, г. Кемерово

**Васильева Ксения Валерьевна**, к.ю.н., доцент кафедры гражданского права и процесса, ЧОУВО «Московский университет имени С.Ю. Витте», Россия, г. Москва

**Вертынская Лидия Александровна**, старший преподаватель кафедры социальной и семейной психологии Института психологии БГПУ, Учреждение образования «Белорусский государственный педагогический университет имени Максима Танка», Республика Беларусь, г. Минск

**Визило Татьяна Леонидовна**, д.м.н., профессор, профессор кафедры неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики и медицинской реабилитации, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

**Говорова Галина Мариановна**, медицинский психолог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н. П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

**Головня Светлана Васильевна**, преподаватель кафедры психологии УО «Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина», Республика Беларусь, г. Брест

**Гончаренко Алексей Владимирович**, к.м.н., доцент кафедры офтальмологии, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

**Гончаренко Владимир Алексеевич**, старший преподаватель кафедры офтальмологии, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

**Гончаренко Элина Алексеевна**, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

**Горшкова Ольга Александровна**, клинический психолог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н. П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

**Григорьева Нина Иннокентьевна**, ординатор, ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Новосибирск

**Гукина Людмила Владимировна**, к.филол.н., доцент, заведующий кафедрой иностранных языков, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

**Данилова Наталья Степановна**, старший преподаватель, кафедра социальной и семейной психологии Белорусского государственного педагогического университета им. М. Танка, Институт психологии, Республика Беларусь, г. Минск

**Дементьева Галина Сергеевна**, заведующий диспансерно-поликлиническим отделением, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

**Диц Марина Владимировна**, клинический психолог, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Киселевский психоневрологический диспансер», Россия, г. Киселевск

**Дороженок Игорь Юрьевич**, к.м.н., доцент, доцент кафедры психиатрии и психосоматики ИКМ ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) Минздрава России, Россия, г. Москва

**Дубская Юлия Владимировна**, заведующий кабинетом профилактики наркологических расстройств, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

**Зорохович Ирина Ивановна**, заместитель главного врача по медицинской части, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

**Иванова Анжелика Владимировна**, медицинский психолог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер» имени профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

**Какимова Анель Шарипкалиевна**, врач-резидент 1 года обучения кафедры психиатрии и наркологии, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

**Каменерова Алуа Ерболовна**, студент, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

**Капица Алена Александровна**, аспирант, кафедра педагогики, психологии, дефектология, Донской Государственный Технический Университет, Россия, Ростов-на-Дону

**Капров Анатолий Михайлович**, д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО «Казанский Государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Казань

**Карпова Эльвира Борисовна**, к.психол.н., доцент кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций, Санкт-Петербургский государственный университет, Россия, г. Санкт-Петербург

**Киворкова Александра Юрьевна**, к.психол.н., медицинский психолог, ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Архангельск

**Ким Алла Евгеньевна**, старший преподаватель кафедры психологических наук, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный университет, Социально-психологический институт, Россия, г. Кемерово

**Кирина Юлия Юрьевна**, к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

**Кириченко Елена Анатольевна**, врач-психиатр, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

**Клюева Ольга Павловна**, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

**Колотилина Ольга Владимировна**, врач-психиатр, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

**Колпакова Юлия Валерьевна**, медицинский психолог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

**Красноперова Анастасия Олеговна**, врач-психиатр-нарколог, заведующий отделением, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер» имени профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

**Кремлева Ольга Владимировна**, д.м.н., профессор, кафедра психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Екатеринбург

**Критинина Виктория Сергеевна**, Частное образовательное учреждение высшего образования «Московский университет имени С.Ю. Витте», Россия, г. Москва

**Курязов Акбар Курамбаевич**, к.м.н., доцент, заведующий кафедрой стоматологии, Ташкентская медицинская академия. Ургенчский филиал. Республика Узбекистан, г. Ургенч

**Лопатин Андрей Анатольевич**, д.м.н. профессор, главный нарколог Минздрава РФ по Сибирскому федеральному округу, главный внештатный специалист ДОЗН, главный врач Кузбасского клинического наркологического диспансера имени профессора Н.П. Кокориной, Россия, г. Кемерово

**Лукашук Юлия Васильевна**, магистрант кафедры психологии, направление психологического консультирования, ФГБОУ ВО «Херсонский государственный педагогический университет», Россия, г. Херсон

**Люлина Ирина Леонидовна**, заведующий областным химико-токсикологическим наркологическим центром, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

**Микаилова Алина Фёдоровна**, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

**Молдагалиев Тимур Муратович**, доктор PhD, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

**Мухаметова Алсу Илдаровна**, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии, ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Россия, г. Ижевск

**Никитин Павел Игоревич**, заместитель главного врача, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н. П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

**Никитина Ольга Сергеевна**, старший преподаватель кафедры нормальной физиологии УО «Белорусский государственный медицинский университет», УО «Белорусский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, г. Минск

**Николаев Владимир Александрович**, старший преподаватель кафедры физической культуры ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

**Никонов Дмитрий Александрович**, заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической службе БУЗ Омской области «Наркологический диспансер», Россия, г. Омск

**Новикова Дарья Александровна**, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово



**Никитин Павел Игоревич**, заместитель главного врача, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

**Нурходжаев Сабир Насирходжаевич**, старший научный сотрудник-исследователь кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент.

**Оспанова Наргуль Наримановна**, к.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии, НАО «Медицинский университет Семей», Республика Казахстан, г. Семей

**Переверзев Владимир Алексеевич**, д.м.н, профессор, заведующий кафедрой нормальной физиологии, УО «Белорусский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, г. Минск

**Переверзева Елена Вячеславовна**, к.м.н., доцент, доцент кафедры патологической физиологии УО «Белорусский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, г. Минск

**Пискарева Ольга Ивановна**, заведующий отделением, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н. П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

**Полянская Лилия Владимировна**, врач психиатр, Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер, Россия, г. Воронеж

**Помыткина Татьяна Евгеньевна**, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой поликлинической терапии, последипломной подготовки и сестринского дела ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

**Пономаренко Юлия Алексеевна**, студент, Национальный Университет Узбекистана имени Мирзо Улугбека, Республика Узбекистан, г. Ташкент

**Поплевченков Константин Николаевич**, старший научный сотрудник, кандидат медицинских наук, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы», Россия, г. Москва

**Попонникова Татьяна Владимировна**, д.м.н., профессор, профессор кафедры неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики и медицинской реабилитации, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

**Правдивцев Виталий Андреевич**, д.м.н., профессор, профессор кафедры нормальной физиологии «Смоленский государственный медицинский

университет» Минздрава России, Россия, г. Смоленск

**Побережная Наталья Викторовна**, к.м.н., доцент, доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии с лабораторией психического здоровья, ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького» Минздрава России, Россия, ДНР, г. Донецк

**Прихода Игорь Викторович**, д.пед.н., к.м.н., доцент, профессор кафедры психологии и конфликтологии, ФГБОУ ВО «Луганский государственный университет имени Владимира Даля», Россия, ЛНР, Россия

**Пчелинцева Евгения Владимировна**, к.пед.н., доцент, кафедра госпитальной терапии, ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, Россия, г. Иваново

**Рохмистрова Надежда Сергеевна**, младший научный сотрудник, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

**Рублева Ольга Петровна**, заведующий телефоном доверия, медицинский психолог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

**Рубцова Ольга Сергеевна**, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

**Садартдинов Сергей Фаритович**, заведующий кабинетом судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертиз, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

**Самсонова Галина Михайловна**, заведующая отделом, врач-статистик, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

**Сапаева Шарофат Аминовна**, к.м.н., доцент, Ташкентская медицинская академия. Ургенчский филиал. Республика Узбекистан, г. Ургенч

**Сафарбаев Бобурбек Бахтиёрович**, психолог, Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Республика Узбекистан, г. Ургенч

**Селедцов Александр Михайлович**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

**Скиртач Ирина Анатольевна**, к.психол.н., доцент кафедры психофизиологии

и клинической психологии, Южный федеральный университет, Россия, г. Ростов-на-Дону

**Сквира Иван Михайлович**, д.м.н., доцент, заведующий курсом психиатрии, Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, г. Гомель

**Скляр Павел Петрович**, д.психол.н., к.м.н., профессор кафедры психологии и конфликтологии, ФГБОУ ВО «Луганский государственный университет имени Владимира Даля», Россия, ЛНР, Россия

**Смирнова Елена Сергеевна**, старший преподаватель кафедры психологии, содержания и методов воспитания, Государственное учреждение образования «Академия последиplomного образования», Республика Беларусь, г. Минск

**Смирнова Светлана Игоревна**, к.психол.н., доцент, доцент кафедры клинической психологии, психологии и педагогики, ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Киров

**Соловьева Светлана Леонидовна**, д.психол.н., профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии ФГБОУ ВО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Минздрава России, Россия, г. Санкт-Петербург

**Сулейманов Шухрат Рахимович**, к.м.н., старший преподаватель кафедры психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент.

**Сухарев Сергей Валерьевич**, врач психиатр-нарколог, высшая категория, Ангарский филиал ОГБУЗ «Иркутский областной психоневрологический диспансер», Россия, г. Ангарск

**Тарасова Ирина Витальевна**, врач психиатр, Воронежский областной клинический психоневрологический диспансер, Россия, г. Воронеж

**Теркулов Равиль Иннаятulloвич**, заведующий отделом, Новосибирский областной клинический наркологический диспансер, Россия, г. Новосибирск

**Туктарова Светлана Узбековна**, к.м.н., ассистент кафедры психиатрии и наркологии с курсом ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Уфа

**Титиевский Сергей Владимирович**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии, психотерапии, медицинской психологии и наркологии факультета интернатуры и последиplomного образования ГОУ ВПО «Донецкий

национальный медицинский университет им. М. Горького», Россия, ДНР, г. Донецк

**Токарева Ольга Геннадьевна**, ассистент кафедры психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии с лабораторией психического здоровья, ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького», Россия, ДНР, г. Донецк

**Уварова Ольга Николаевна**, старший преподаватель, Государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Челябинский институт переподготовки и повышения квалификации работников образования», Россия, г. Челябинск

**Хасанов Рустем Шамильевич**, д.м.н., профессор, ректор ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Казань

**Хасанова Резеда Рахматулловна**, к.м.н., доцент, ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Томск

**Хаятов Рустам Батырбекович**, ассистент, кафедра психиатрии и медицинской психологии, Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

**Файзуллаева Камилла Радиковна**, магистрант кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, PhD, Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

**Федосеева Ирина Фаисовна**, к.м.н., доцент кафедры неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики и медицинской реабилитации, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

**Челышев Павел Евгеньевич**, заведующий стационарным отделением, ГБУЗ КО «Юргинский психоневрологический диспансер», Россия, г. Юрга

**Шатобалов Ярослав Игоревич**, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

**Шарипова Фарида Камилевна**, к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

**Шевцова Марина Андреевна**, врач-психиатр, ГБУЗ «Кузбасский клинический

наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

**Юркевич Наталья Александровна**, старший преподаватель, кафедра социальной и семейной психологии Белорусского государственного педагогического университета им. М. Танка, Институт психологии, Республика Беларусь, г. Минск

**Яковлева Алина Андреевна**, ординатор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

**Яковлев Антон Сергеевич**, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

**Яцына Данил Сергеевич**, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

*Научное издание*

**ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА И ОБЩЕСТВА.  
АКТУАЛЬНЫЕ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ  
В XXI ВЕКЕ: НОВЫЕ ЗАДАЧИ И  
ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ РЕШЕНИЯ**

Сборник материалов II Международной научно-практической конференции,  
к 170- летию со дня рождения Сергея Сергеевича Корсакова –  
основателя русской психиатрической школы

16+

Редактор А. С. Смирнов

Подписано в печать 10.03.2024. Формат 60x84 1/16.

Печать офсетная. Бумага офсетная № 1. Печ. л. 33,0.

Тираж 500 экз. Заказ № 103223

Кемеровский государственный медицинский университет  
650056, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22 А.

Отпечатано в типографии ООО «АРФпринт»: г. Кемерово, ул. Карболитовская, 1/173, офис 202.

Тел.: (3842) 65-79-09. Сайт: [www.arf-print.ru](http://www.arf-print.ru)