



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

V Международная научно-практическая конференция

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ, НАРКОЛОГИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

к 160-летию со дня рождения Алоиса Альцгеймера



Кемерово, 2024

УДК 616.89(082)

ББК 56.14я43

А 437

Редакционная коллегия выпуска:

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

Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии. Сборник материалов V Международной междисциплинарной научно-практической конференции, к 160 - летию со дня рождения Алоиса Альцгеймера (Кемерово, 4 октября 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. – 427 с.

В сборнике представлены секционные доклады участников пятой Международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии», посвящённой 160-летию со дня рождения Алоиса Альцгеймера, которая состоялась 4 октября 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: 978-5-8151-0336-8

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

АЛОИС АЛЬЦГЕЙМЕР: ЧЕЛОВЕК, ОТКРЫВШИЙ БОЛЕЗНЬ	9
Абдуллаев И. К. НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПСИХИАТРИИ У ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ БОЛЬНЫХ	15
Абдуллаев И. К. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА	24
Авин А. И. КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗНЫМИ ТИПАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА	31
Акименко Г. В., Селедцов А. М., Яковлев А. С. ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ: МЕХАНИЗМЫ, ФАКТОРЫ РИСКА. ЛИТЕРАТУРАТУРНЫЙ ОБЗОР	43
Алиев Б. А. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ У МУЖЧИН С ПЕРВИЧНЫМ БЕСПЛОДИЕМ	50
Алмагамбетова А. А., Байжуманова Р. М., Мусина Ф. А. ВАЖНОСТЬ ПОДДЕРЖАНИЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ. ПРАКТИКА КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ. ЛИТЕРАТУРАТУРНЫЙ ОБЗОР.	58
Алмагамбетова А. А., Байжуманова Р. М. КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ СТУДЕНТОВ НА ПРИМЕРЕ НАО «МУС»	66
Аскарова Р. И. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, КЛИНИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА И ТЕРАПИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ	76

Бабарахимова С. Б. СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ: ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА	86
Бакун Н. Н. ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ПЕДАГОГА В ОБЛАСТИ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ	99
Богданов С. И., Митягина Я. Р., Бодунова Л. А. СОВРЕМЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЛИЯНИЯ ТЕТРАГИДРОКАННАБИНОЛА НА ВЫСШИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ	107
Бондарева Е. В. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У СТУДЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ОБРАЗОВАНИЯ	122
Валиуллина Е. В. ТЕХНИКА ЗАПОМИНАНИЯ Р. ФЕЙНМАНА	130
Василенко М. А., Никитенко К. Д. ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ У ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ПРИВЯЗАННОСТИ	138
Величко В. С., Станько Э. П., Бизюкевич С. В. ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ШИЗОФРЕНИИ, АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ И РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА НА КОГНИТИВНУЮ СФЕРУ ПАЦИЕНТОВ	144
Вертынская Л. А. ПРАКТИКА «СВОБОДНОЕ ПИСЬМО» ДЛЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ ОТ НЕГАТИВНЫХ СОСТОЯНИЙ В СТРЕССОВЫХ СИТУАЦИЯХ	152

Воеводин И. В. КОМОРБИДНОСТЬ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ И НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ: ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ И КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ	164
Головня С. В. ПЕРЕЖИВАНИЕ СЕМЬЕЙ НОРМАТИВНОГО КРИЗИСА РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА	168
Григорьева Н. И. ФЕНОМЕН ЗООАНТРОПОМОРФИЗМА В СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ	179
Данилова Н. С., Юркевич Н. А. ВЗАИМОСВЯЗЬ СТИЛЯ РОДИТЕЛЬСКОГО ВОСПИТАНИЯ С УРОВНЕМ КИБЕРАДДИКЦИИ ПОДРОСТКОВ	187
Жабарова Л. А. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВОДОВ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В КОНТЕКСТЕ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ	197
Иванова А. В. ПРОБЛЕМА СОЗАВИСИМЫХ ОТНОШЕНИЙ В АЛКОГОЛЬНЫХ СЕМЬЯХ	203
Кирина Ю. Ю., Акименко Г. В. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПРОБЛЕМ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПРИ COVID-19: НАРРАТИВНЫЙ ОБЗОР	214
Кулебакина С. Ф. МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ «БУЛЛИНГА» НА БАЗЕ ГБУЗ ЛКПБ	232
Кулемзина Т. В., Красножен С. В. К ВОПРОСУ О ПОДГОТОВКЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ ДЛЯ СИСТЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ	247

Курызов А. К. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ АЛКАГОЛЬНОГО ПСИХОЗА У ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ БОЛЬНЫХ	254
Лопатин А.А., Вострых Д.В., Никитин П.И., Кирина Ю.Ю. СИНХРОНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ОБУЧАЮЩИХСЯ В КУЗБАССЕ	264
Лопатин А. А., Зорохович И. И., Кириченко Е. А., Колотилина О. В., Шевцова М.А. ОПЫТ РАБОТЫ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ - КУЗБАССЕ	268
Лукашов В. В., Горбачев М. Д. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О СИНДРОМЕ ЛАНДАУ-КЛЁФФНЕРА	274
Лукашук Ю. В. ЦЕННОСТНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ У ЖЕНЩИН И МУЖЧИН В ПЕРИОД РАННЕЙ ВЗРОСЛОСТИ	284
Муртузалиев М. М. СТРУКТУРА ИНФОРМАЦИОННОГО ПОВЕДЕНИЯ КАК КОМПОНЕНТ ИНФОРМАЦИОННОЙ КУЛЬТУРЫ ЛИЧНОСТИ	294
Нурходжаев С. Н. КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ, КОМОРБИДНЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ	300
Помыткина Т. Е., Ларионова Т. В., Юферова Е. А. КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ИПОХОНДРИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА	308

- Помыткина Т. Е., Березин Е. Е., Сахаров Д. С. 315
**СОЦИАЛЬНАЯ СРЕДА КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ
ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ В РАМКАХ
ПСИХОВЕГЕТАТИВНОГО СИНДРОМА.**
- Пономаренко Ю. А., Бондарчук О. А. 320
**ВЫЯВЛЕНИЕ ПРЕОБЛАДАЮЩЕГО ТИПА МЫШЛЕНИЯ
У ПСИХОЛОГОВ**
- Прихода И. В., Скляр П. П. 327
**ПСИХОЛОГ БУДУЩЕГО: ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ
КОМПЕТЕНЦИИ И ЛИЧНОСТНЫЕ КАЧЕСТВА**
- Рохмистрова Н. С. 336
**МЕДИКМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ПОСТРАВМАТИЧЕСКОГО
СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ**
- Сафарбаев Б. Б. 349
**ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ
БОЛЬНЫМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**
- Сквира И. М., Абрамов Б. Э. 357
**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА,
СВЯЗАННЫЕ С ПАНДЕМИЕЙ COVID-19**
- Тагильцева Е. В., Афанасьева Ю. Н., Прокопенко Е. В. 365
**СПЕЦИФИКА ВЗАИМОСВЯЗИ ЛИЧНОСТНЫХ
ХАРАКТЕРИСТИК И СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ
С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ СИМПТОМОКОМПЛЕКСА ПТСР
У КОМБАТАНТОВ**
- Туйчиев Ш. Т., Набиева У. П., Абдуллаева В. К. 372
**ПРИМЕНЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДИК В
ИССЛЕДОВАНИИ ЛИЦ В ПЕРИОД ПОСЛЕ ИНФЕКЦИИ
COVID-19**

Туровская Н. Г.	382
СИСТЕМНО-ДИНАМИЧЕСКИЙ ПОДХОД К НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОМУ АНАЛИЗУ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	
Федосеева И. Ф., Гончаренко А. В., Попонникова Т. В.	388
НАРУШЕНИЯ ЗРИТЕЛЬНО-ПРОСТРАНСТВЕННЫХ ФУНКЦИЙ В СТРУКТУРЕ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИИ ДЮШЕННА	
Федосеева И. Ф., Гончаренко А. В., Попонникова Т. В.	397
ОСОБЕННОСТИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПРИ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ КИНСБУРНА	
Шарипова Ф. К., Сулейманов Ш. Р.	405
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ КИБЕРБУЛЛИНГА И КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ	
Яковлев А. С., Яковлева А. А.	415
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ	
Сведения об авторах	422



Алоис Альцгеймер: человек, открывший болезнь

Алоис Альцгеймер, старший из шести детей нотариуса Эдуарда Альцгеймера и его второй супруги Барбары Терезии Буш, родился в июне 1864 года в небольшом городе Марктбрейт в Баварии.

Уже в школьные годы будущий знаменитый психиатр продемонстрировал интерес и способности к естественным наукам, так что, когда пришло время задуматься о дальнейшем образовании, Эдуард Альцгеймер посоветовал своему сыну поступить на медицинский факультет Университета Фридриха Вильгельма в Берлине. Сейчас это высшее учебное заведение называется Берлинским университетом Гумбольдта и является старейшим из четырех университетов в столице Германии.

Алоис поступил, но уже через пять месяцев перевелся из Берлина в Вюрцбургский университет. Там Альцгеймер присоединился к студенческому братству и был сильно вовлечен в университетскую жизнь, что, впрочем, не

помешало ему вновь сменить место обучения: на этот раз всего на один зимний семестр, который он провел в Тюбингенском университете Эберхарда и Карла.

Это были последние годы студенческой жизни Альцгеймера, и он, вероятно, наслаждался свободой молодости: в Тюбингене ему даже пришлось заплатить штраф в размере трех немецких марок за «ненадлежащее нарушение спокойствия перед полицейским участком». Подобная активность, однако, никак не повлияла на академические успехи будущего врача: в 1887 году он защитил докторскую, а еще через год получил лицензию на ведение медицинской практики, окончив университет в Вюрцбурге с оценкой «очень хорошо».

Жизнь врача

В декабре 1888 года Алоис Альцгеймер получил свою первую работу - в Муниципальной больнице для душевнобольных и эпилептиков во Франкфурте-на-Майне. Руководил этим заведением весьма интересный человек - доктор Эмиль Зиоли: возглавив больницу, он отказался от ограничения свободы пациентов и начал использовать трудотерапию и гидротерапию для лечения. Зиоли был твердо убежден, что психические заболевания - это заболевания мозга, имеющие органическое происхождение, и поощрял исследования своих подчиненных на эту тему.

В той же больнице Альцгеймер познакомился с еще одним важным для него человеком - доктором Францем Нисслем, известным невропатологом, предложившим инновационный метод окраски нервных волокон. Отношения учителя и ученика между Нисслем и Альцгеймером со временем переросли в настоящую дружбу: вместе они приступили к обширному исследованию патологии нервной системы, изучая, в частности, нормальную и патологическую анатомию коры головного мозга. Результаты их исследований были позже опубликованы между 1906 и 1918 годами в шеститомнике «Гистологические и гистопатологические исследования серого вещества головного мозга».

А в 1894 году Алоису Альцгеймеру пришлось уехать в Алжир: коллега, невролог Вильгельм Эрб, попросил его о помощи с лечением своего пациента, богатого франкфуртского торговца алмазами Отто Гейзенхаймера. Эта поездка стала знаковой в жизни Альцгеймера, но совсем не по профессиональным причинам: спасти Гейзенхаймера, страдавшего от прогрессивного паралича, ему не удалось, пациент скончался. А сам Альцгеймер влюбился в его вдову Сесилию, вместе с которой вернулся во Франкфурт и на которой женился в феврале 1895 года.

В том же 1895 году наставник и друг Альцгеймера Ниссль уезжает из Франкфурта в Гейдельберг по приглашению ведущего немецкого психиатра Эмиля Крепелина, основоположника современной психиатрии. После отъезда Ниссля, Альцгеймер занимает его пост главного врача Муниципальной больницы для душевнобольных и эпилептиков. Следующие годы жизни Алоиса - спокойный период семейного счастья и профессиональных успехов.

Но покой оказался недолгим: в феврале 1901 года супруга Альцгеймера Сесилия скончалась от болезни. Оставшийся один с тремя детьми, скорбящий Алоис едва ли догадывался, что этот год приведет его к величайшему открытию, увековечившему его имя в истории медицины.

Та самая болезнь

25 ноября 1901 года в Муниципальную больницу для душевнобольных и эпилептиков во Франкфурте-на-Майне поступила новая пациентка: 51-летняя Августа Детер. В медицинское учреждение ее привез муж, работник железнодорожной станции Карл Детер. По его словам, они жили в счастливом браке долгих 24 года, однако за восемь месяцев до обращения к врачам Августа начала вести себя странно: у нее значительно ухудшилась память, появились вспышки ревности, иногда она начинала кричать от страха, уверенная, что кто-то хочет ее убить. 26 ноября с пациенткой впервые встретился доктор Алоис Альцгеймер.

Как отмечал Альцгеймер в своих записях, Детер была совершенно дезориентирована, ее мучили галлюцинации, она с трудом могла вспомнить своих родственников и свое собственное имя, не могла назвать продукты, которые ела, и складывать простые числа. Во время нахождения в больнице ее состояние только ухудшилось: большую часть времени женщина проводила в кровати, находясь в полной апатии, а речь ее стала совершенно непонятной.

Альцгеймер наблюдал Детер два года, а в 1903 году он оставил больницу, в которой трудился 14 лет, и уехал из Франкфурта: доктор получил предложение работы от Эмиля Крепелина, того самого влиятельного психиатра, под началом которого теперь занимался исследованиями Франц Ниссль. Некоторое время Альцгеймер провел в Гейдельберге, однако уже через несколько месяцев последовал за Крепелином в Мюнхен, где последний был назначен главой Королевской психиатрической клиники.

Августа Детер умерла в 05:45 утра 8 апреля 1906 года, через пять недель после своего 56-го дня рождения. Причиной смерти стал сепсис в местах пролежней.

Узнав о смерти своей пациентки, Альцгеймер попросил прислать ему медицинские записи и мозг Детер. Он получил все необходимое 28 апреля и начал работу, которая заняла полгода. Подробно исследовав мозг женщины, врач обнаружил гистологические особенности, которые сегодня ассоциируются с болезнью Альцгеймера: массовую потерю нейронов и наличие амилоидных бляшек и нейрофибриллярных клубков. Это было открытие.

И, как и все стоящие открытия, оно не сразу получило признание: 3 ноября 1906 года Альцгеймер представил результаты своей работы научному сообществу на встрече психиатров, но коллеги едва удостоили его вниманием - собравшиеся были больше заинтересованы в выступлении следующего врача, который должен был рассказать о компульсивной мастурбации.

Через год Альцгеймер опубликовал свои выводы в статье под названием «Характерное серьезное заболевание коры головного мозга», а спустя еще

некоторое время с легкой руки Эмиля Крепелина был впервые употреблен термин «болезнь Альцгеймера».

Смерть на пике

Не одной только болезнью имени себя занимался Алоис Альцгеймер: он изучал также эпилепсию, шизофрению, болезнь Хантингтона, прогрессивный паралич и церебральный артериосклероз. Он сотрудничал с ведущими специалистами своего времени, стал одним из основателей журнала «Общей неврологии и психиатрии» - и умер на пике своей карьеры в возрасте 51 года. Почему?

В 1912 году последний император Германии и король Пруссии Вильгельм II назначил Альцгеймера профессором и главой института психиатрии в Бреслау, седьмом по величине германском городе на тот момент. Во время переезда из Мюнхена в Бреслау Алоис заболел бактериальной инфекцией, и страдал от ее осложнений все последние годы своей жизни. Инфекция привела к эндокардиту, ослабившему врача, у него развились хронические проблемы с сердцем и почками. Но и это было еще не все.

С началом Первой мировой войны у уже физически слабого Альцгеймера прибавилось забот и волнение: нагрузка на работе возросла, наложилось и личные переживания - сын и пасынок Алоиса были призваны на службу в армию. Его состояние стремительно ухудшилось во второй половине 1915 года, и 19 декабря Альцгеймер скончался. Он похоронен на главном кладбище Франкфурта-на-Майне рядом со своей женой.

Наследие

Открытая Альцгеймером болезнь до сих пор остается актуальной проблемой человечества: на сегодняшний день в мире около 50 млн. пациентов, страдающих этим недугом, и это притом что официальный диагноз ставится лишь одному из четырех больных. Для окончательной диагностики болезни по сей день использует методы, использованные Альцгеймером в 1906 году: гистологические исследования тканей мозга.

Более чем за столетие исследований ученые так и не смогли окончательно установить механизм возникновения болезни: в накопленном массиве данных об этом заболевании слишком много противоречий. Лекарства тоже до сих пор не существует.

Исследования, конечно, ведутся. Так, группа специалистов из Швейцарии разрабатывает анализ крови, способный выявить заболевание, а ученые из Литвы обучили искусственный интеллект распознавать недуг Альцгеймера по снимкам функциональных МРТ. Но, несмотря на подобные результаты, победа над болезнью еще очень и очень далеко.

Аристарх Конюхов

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ПСИХИАТРИИ У ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ БОЛЬНЫХ

Абдуллаев И. К.

Кафедра социальной гигиены и общественного здравоохранения.

Ташкентская медицинская академия. Ургенчский филиал.

Республика Узбекистан, г. Ургенч

Аннотация. Самым частым осложнением легочного туберкулеза является кровотечение из легких и кроаохарканье, судороги. Особенно тяжело протекает кровотечение у больных с психическими расстройствами. Опасность заболевания туберкулезом контингентов психически больных заключается в возможности распространения инфекции.

Ключевые слова: туберкулез, психические больные, палочка Коха, неотложные состояния, заболеваемость, судороги.

URGENT CONDITIONS IN PSYCHIATRY IN TUBERCULOSIS PATIENTS

Abdullaev I. K.

Department of Social Hygiene and Public Health.

Tashkent Medical Academy. Urgench branch. Republic of Uzbekistan, Urgench.

Abstract. The most common complication of pulmonary tuberculosis is bleeding from the lungs and hemoptysis, convulsions. Bleeding is especially difficult in patients with mental disorders. The danger of tuberculosis among the mentally ill is the possibility of spreading the infection. Koch's wand. emergency conditions, morbidity, seizures.

Keywords: tuberculosis, mental patients, Koch's wand. emergency conditions, morbidity, seizures.

Больных страдающих психическими заболеваниями относят к группе лиц с наиболее высоким риском заболевания легочным туберкулезом [1]. Среди

больных противотуберкулезных стационаров лица с психическими заболеваниями и активным туберкулезом составляют 6% [2]. Частота психических заболеваний шизофрения, эпилепсия, олигофрения у впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания составляет примерно 4% [3]. Показатель смертности от туберкулеза психически больных в несколько раз превышает его среди людей, не страдающих психическими заболеваниями [4]. Опасность заболевания туберкулезом контингентов психически больных заключается в возможности распространения инфекции [5]. В таких очагах туберкулезной инфекции высоки инфицированность и заболеваемость туберкулезом детей и подростков [6].

Взрослые в таких очагах заболевают туберкулезом чаще 5 раз [7]. Причины большой заболеваемости туберкулезом психически больных многообразны [8]. Патогенетическая и тем более этиологическая связи туберкулеза и психических заболеваний отрицаются [9]. Указывается на снижение интеллекта психически больных как фактора, снижающего иммунитет, несоблюдение гигиенических условий проживания и поведения больных [10]. В результате возникает высокий риск инфицирования МБТ, особенно в условиях длительного пребывания больных в психиатрическом стационаре. Имеет значение у психически больных неполноценность питания в связи с отказами от пищи. Заболевают туберкулезом чаще больные шизофренией, реже - атеросклеротическим слабоумием и другими болезнями.

С учетом возраста психически больных развитие туберкулеза связывают и с эндогенной реактивацией. При этом следует подчеркнуть большую частоту (10 % и более) среди них лиц с посттуберкулезными изменениями в органах дыхания. Возникают все формы вторичного туберкулеза, но наиболее часто диагностируют инфильтративный туберкулез, казеозную пневмонию. Туберкулез может присоединяться к психическим заболеваниям и предшествовать их появлению, реже оба заболевания выявляются одновременно. Если к туберкулезу присоединяется психическое заболевание,

тяжесть туберкулезного поражения увеличивается. У большинства психически больных туберкулез сопровождается распадом легкого и бактериовыделением. Определенное значение в позднем выявлении туберкулеза имеют трудности клинического и инструментального обследования больных. Но в последнем десятилетии XX века общее количество больных туберкулезом в мире вновь стало резко увеличиваться. Рост инфицированных и заболевших туберкулезом составил свыше 60%.

Главная причина новой волны туберкулезной инфекции связана с появлением штаммов микобактерий, устойчивых к большинству известных противотуберкулезных препаратов. В странах СНГ помимо этого на неблагоприятную эпидемиологическую ситуацию с туберкулезом повлияли локальные конфликты, миграция населения, политические и экономические потрясения. Понятно, что самым социально незащищенным слоем граждан оказались психбольные, больные шизофренией. Среди них возросло число вновь заболевших туберкулезом и количество рецидивов среди больных, ранее стойко излеченных. Стали преобладать диссеминированные и инфильтративные формы над очаговыми.

Участились случаи диагностики обширных деструктивных процессов и казеозной пневмонии, некогда исключенной из классификации туберкулеза. Вновь встал вопрос о взаимосвязи шизофрении и туберкулеза, хотя для обоих процессов она определена их коморбидностью. Анализ нынешней ситуации с туберкулезной инфекцией среди контингента пациентов страдающих шизофренией приводит к малоутешительным выводам. В ближайшие десятилетия продолжится волнообразный рост числа больных туберкулезом среди пациентов-шизофреников в связи с тем, что туберкулез является рецидивирующим заболеванием. Летальность в этой группе больных на 40 – 50 % будет связана с туберкулезом. Эти выводы и цифры необходимо принимать во внимание тем менеджерам здравоохранения, которые ответственны за оказание фтизиатрической и психиатрической видов помощи населению, . за

смертность среди больных шизофренией. Учитывая сказанное, необходимо предпринять ряд неотложных мер по исправлению нынешней неблагоприятной ситуации, особенно по профилактике появления полирезистентных форм туберкулеза и к недопущению реинфекции у больных, поддающихся лечению. Для этого требуется выполнение принципов терапии туберкулеза: ее непрерывности (до излечения), комплексности и адекватности (применение противотуберкулезных средств новых поколений, к которым микобактерии еще не успели выработать устойчивость). Также необходимо предупреждение скученности больных, соблюдение режимов аэрации, инсоляции и полноценного питания.

Туберкулез протекает более остро у психически больных апатичных, бездеятельных, заторможенных и менее тяжело и торпидно, если больной подвижен, проявляет активность. Туберкулез оказывает определенное влияние на клиническую картину психических заболеваний. Вспышка туберкулеза сопровождается обострением и иногда, наоборот, улучшением клинических проявлений шизофрении. Такие же взаимоотношения заболеваний возможны и при затихании туберкулеза. У большинства психически больных туберкулез возникает и развивается бессимптомно, однако его бессимптомность и отсутствие жалоб во многом связаны с изменением психики больных. Неблагоприятной структуре клинических форм туберкулеза у психически больных соответствуют физикальные данные о распространенном поражении легких. Существенную коррекцию тяжести клинической картины вносят частые осложнения туберкулезного процесса (легочно-сердечная недостаточность, легочные кровотечения), сопутствующие заболевания (сердечнососудистые, заболевания желудочно-кишечного тракта, хронический бронхит), а также нередко встречающиеся внелегочные формы туберкулеза.

Большинство (60%) больных являются бактериовыделителями, у большинства (80%) рентгенологически обнаруживаются в легких полости распада. У активных, подвижных больных туберкулез протекает более

торпидно и менее тяжело. Обострение туберкулеза и его ремиссия могут сопровождаться обострением или, наоборот, улучшением клинических проявлений шизофрении. При оценке психического статуса у больных туберкулезом следует иметь в виду, что некоторые противотуберкулезные препараты особенно циклосерин, реже - изониазид способны оказывать токсическое действие на ЦНС.

Циклосериновый психоз, а также поражение психики в результате приема изониазида требуют немедленной отмены противотуберкулезной терапии и проведения комплексных лечебных мероприятий, направленных на устранение токсического воздействия на ЦНС.

Диагностика. При диагностике туберкулеза у психически больных предполагается использование всего необходимого комплекса обследований: анамнез с выяснением вероятных контактов с больным туберкулезом бактериовыделителем, рентгенологическое обследование, обследование на бактериовыделение, туберкулиновые пробы. При целенаправленной системе обследования на туберкулез больных, поступающих в психиатрические стационары, возможна своевременная диагностика этого заболевания. При постановке диагноза психического заболевания у больных туберкулезом следует учитывать иногда возникающие у них психозы в связи с токсическим действием некоторых противотуберкулезных препаратов.

Изониазид как ингибитор моноаминоксидазы тормозит метаболизм серотонина, норадреналина и тем самым может вызвать возбуждение, вплоть до появления судорожного синдрома и нарушения сознания. Лечение лица, страдающие сочетанной патологией (душевной и туберкулезом), помещаются в специализированные противотуберкулезные стационары или специальные отделения при психиатрических больницах.

В настоящее время комплексное лечение туберкулеза пациентов-шизофреников проводится на фоне активной или поддерживающей психофармакотерапии. В результате есть опасность гепатотоксических,

аллергических и т.п. лекарственных осложнений. Подчас, полипрагмазия носит вынужденный характер из-за малоупорядоченного поведения больных, либо из-за отказа от приема медикаментов. Но в любом случае следует применять психотропные средства в пределах необходимого минимума, либо вовсе отказаться от них. Переводы больных в другие стационары возможны лишь при их клиническом выздоровлении по поводу туберкулеза. Учитывая высокую заболеваемость туберкулезом при наличии у многих больных остаточных посттуберкулезных изменений, им проводят специфическую химиопрофилактику изониазидом в течение 3 мес. 2 раза в год.

При выявлении в психиатрической больнице (интернате) больного туберкулезом бактериовыделителя всем контактировавшим с ним психически больным проводится 3-месячный курс химиопрофилактики изониазидом. При выборе препаратов необходимо учитывать возможный психотропный эффект изониазида. Следует также учитывать взаимодействие изониазида с препаратами, используемыми в психиатрической практике. Так, действие нейролептиков извращается при совместном приеме с изониазидом. Успехи в лечении туберкулеза во 2-ой половине XX века привели к снижению смертности от этого заболевания. Отдельного рассмотрения заслуживает вопрос о взаимоотношении шизофрении с туберкулезом легких. Еще недавно (почти до середины прошлого века) всерьез дискутировался вопрос о том, что между ними есть линейная связь, а шизофрения является чем-то вроде паратуберкулеза. Почвой для подобных суждений служило то обстоятельство, что среди душевнобольных был очень высоким процент страдающих «чахоткой».

Однако строгий анализ соотношения шизофрении и туберкулеза не дает подтверждений ни о взаимосвязи причинности обоих заболеваний, ни о взаимозависимости при их утяжелении или послаблении. Образно выражаясь, речь идет о патологическом тандеме, параллельно разрушающем душу и тело. Сейчас известно, что для возникновения туберкулезного процесса имеет

значение не столько конституциональная предрасположенность, сколько продолжительность контакта с больным туберкулезом, массивным выделителем микобактерий, и их вирулентность. Но ведущая роль в патогенезе заболевания принадлежит сопротивляемости организма туберкулезной инфекции, в свою очередь зависящей от клеточного иммунитета. Последний приобретается при первичном инфицировании или путем активной иммунизации вакциной BCG.

Также среди причин возникновения туберкулезного процесса далеко не последнюю роль играют неполноценное питание, стрессы, недостаточная инсоляция и всевозможные экологические вредности. Для оценки особенностей выявления, клинической картины и эффективности лечения туберкулеза в зависимости от тяжести психического заболевания было проведено сравнение пациентов с непрерывнотекущей параноидной шизофренией и с приступообразно-прогредиентным типом течения параноидной шизофрении.

Для пациентов с непрерывнотекущей параноидной шизофренией характерно выявление туберкулеза на фоне многолетнего течения психического заболевания (более 10 лет) и более прогредиентной его динамики. Длительность течения шизофрении у больных с приступообразно-прогредиентной ее формой к моменту диагностики туберкулеза легких оказалась статистически значимо меньшей. Риск развития туберкулеза у больных шизофренией зависит не от длительности непрерывного лечения в психиатрическом стационаре, а от условий нахождения и частоты обострений в течении шизофрении.

Таким образом, более частое бессимптомное начало туберкулеза у больных шизофренией связано не только с клинической формой туберкулеза, а также с психическим состоянием пациентов, приемом психотропных препаратов, и, возможно, со сниженной реактивностью организма. Наряду с тщательным клинико-психопатологическим обследованием с диагностической целью широко используются методы обследования больных: рентгенография,

электроэнцефалография, компьютерная томография, магниторезонансная томография, люмбальные пункции, обследования в психофизиологической, биохимической, клинической лабораториях, кабинете функциональной диагностики.

Пациенты по показаниям консультируются невропатологом, терапевтом, окулистом, отоларингологом, хирургом и другими специалистами, в том числе из других лечебных заведений. Пациенты находятся в психотуберкулезном отделении до полного излечения туберкулезного процесса.

В условиях реабилитационно-диагностического психотуберкулезного отделения восстановление до максимально возможного уровня навыков самообслуживания, поддержание их на достигнутом уровне, на протяжении всего периода пребывания в стационаре. Тщательный уход за пациентами, основанный на внимательной оценке его соматического, психического статуса и глубины дезадаптации, быстрое и адекватное реагирование на их изменения с целью своевременного выявления прогрессирования, обострения, рецидива туберкулезного процесса, а также возникших осложнений. Важное место в оздоровительных мероприятиях отделения занимает культурно - и эстетотерапия.

Пациенты отделения активно участвовали во всех праздничных мероприятиях, как отделения, так и всей больницы, активно участвовали в художественной самодеятельности. В связи с большим риском рецидивов туберкулеза легких у психически больных, особенно при тяжелых формах заболевания, психическая патология должна расцениваться как отягощающий фактор, и данные пациенты должны наблюдаться в группе диспансерного учета в течение не менее 3-х лет, независимо от величины остаточных посттуберкулезных изменений.

Необходимо обязательное проведение противорецидивных курсов химиотерапии в течение 3-х лет после окончания основного курса лечения туберкулеза у психически больных пациентов.

Литература / References:

1. Аскарлова Р.И. Задания для самостоятельной работы и контроля знаний студентов по детской фтизиатрии /Сер. Высшее образование. Москва, 2020.
2. Аскарлова Р.И. Влияние Аральского кризиса на здоровье населения в Хорезмской области // Современный мир, природа и человек. Кемерово, КемГМУ. 2021.
3. Аскарлова Р.И. Пути совершенствования оказания медицинской наркологической помощи больным с туберкулёзом легких // Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы в XX веке. Кемерово, 2024.
4. Аскарлова Р. И. Взаимоотношения человека с природой на современном этапе // Современный мир, природа и человек. Кемерово, КемГМУ. 2023.
5. Аскарлова Р.И. Эффективность Арт-терапии в борьбе со стрессом детей, больных туберкулезом / Арт-терапия. Фундаментальные и прикладные научные исследования // Актуальные вопросы достижения и инновации. Кемерово, 2024.
6. Аскарлова Р.И. Роль семьи для ребенка, больного туберкулезом / Семья в современном мире: междисциплинарный подход. Кемерово, 2024.
7. Аскарлова Р.И. Рахимов А. К. Патриотическое воспитание молодежи вузе в современных условиях // Педагогика и медицина в воспитательном пространстве: проблемы, возможности и перспективы. Кемерово: КемГМУ, 2023.
8. Рахимов А. К., Рахимова Г. К., Аскарлова Р. И. Остаточные изменения в легких у детей и подростков после перенесенного инфильтративного туберкулеза (обзор литературы) // Научный аспект. 2024. №. 2, Т. 29. С. 3619-3629.
9. Рахимов А. К. Рахимова Г. К., Аскарлова Р. И., Арт-терапия и исследование стилей литературных авторов с применением в творчестве и в

живописи темы туберкулеза // Научный аспект–2024 год. 2024. №. 4. Т.38. С. 4944-4950;

10. Рахимов А. К., Аскарлова Р.И. Стратегические направления в борьбе с туберкулезом и меры профилактики в Хорезмской области // Актуальные вопросы гигиенической науки: исторические. Нижний Новгород. 2023. С. 419.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА

Абдуллаев И. К.

Кафедра социальной гигиены и общественного здравоохранения.

Ташкентская медицинская академия. Ургенчский филиал.

Республика Узбекистан, г. Ургенч

Аннотация. Психологическая травматичность заболевания туберкулезом легких и длительного курса лечения может являться причиной развития и усугубления различных пограничных нервно-психических расстройств у пациентов. Также может сокращаться результативность терапии больных туберкулезом.

Ключевые слова: туберкулез, форма туберкулеза, оказание помощи, психотерапевтическая помощь.

PSYCHOTHERAPY CARE FOR PATIENTS WITH DESTRUCTIVE FORMS OF TUBERCULOSIS

Abdullaev I. K.

Department of Social Hygiene and Public Health.

Tashkent Medical Academy. Urgench branch.

Republic of Uzbekistan, Urgench.

Abstract. The psychological trauma of pulmonary tuberculosis and a long course of treatment may cause the development and aggravation of various borderline

neuropsychiatric disorders in patients. The effectiveness of therapy for patients with tuberculosis may also be reduced.

Keywords: tuberculosis, form of tuberculosis, assistance, psychotherapeutic assistance.

Основные практические задачи психологической реабилитации в фазе интенсивного лечения предусматривают оказание помощи пациенту в адаптации к условиям стационара, коррекцию неадекватных типов отношения к болезни, создание мотивации на активное сотрудничество со специалистами.

Компетентное психологическое сопровождение медикаментозной терапии способствует снижению у пациентов интенсивности переживаний психического и соматического неблагополучия, увеличению собственных психологических ресурсов.

В качестве важнейших реабилитационных факторов необходимо рассматривать создание соответствующего микроклимата во фтизиатрическом лечебном учреждении, а также пациент-центрированной модели взаимодействия врач - пациент.

Туберкулез инфекционное заболевание [1], которое чаще всего поражает легкие и вызывается определенным видом бактерий [2]. Он распространяется по воздуху при кашле, чихании или отхаркивании инфицированных людей [3].

Туберкулез предотвратим и излечим [4]. По оценкам, около четверти населения мира инфицировано бактериями туберкулеза [5]. Вероятность того, что у инфицированных людей в конечном итоге появятся симптомы туберкулеза и разовьется заболевание, составляет примерно 5–10% [6]. Люди, инфицированные бактериями туберкулеза, но пока еще не больные туберкулезом, не могут его передавать [7]. Туберкулез обычно лечится антибиотиками и в отсутствие лечения может привести к летальному исходу [8]. Туберкулёз широко распространённое в мире инфекционное заболевание человека и животных, вызываемое палочками Коха [9].

Палочками Коха способные жить внутри клеток [10]. Туберкулёзом обычно болеют люди с сниженным иммунитетом [11]. Туберкулез является бактериальной инфекцией, которая обычно поражает легкие [12]. Это может быть летальным, если его не лечить [13]. Туберкулез также может вызвать серьезные осложнения в других частях тела [14]. Туберкулез поражал людей еще в древние времена, до 20 века он был неизлечим и унес много жизней [15, 16].

Туберкулез передается воздушно-капельным или пылевым путем [17]. По данным Всемирной Организации здравоохранения около 9 млн. человек в год заболевают туберкулезом [18]. Туберкулез является одной из основных причин смерти женщин в возрасте от 15 до 44 лет [19]. Симптомы туберкулеза могут проявляться в течение многих месяцев [20]. Туберкулез опасное, коварное, инфекционно-бактериальное заболевание, которое протекает длительное время и поражает органы дыхания человека.

В современном мире туберкулез является одним из самых распространенных социально обусловленных заболеваний в мире и как тяжелое заболевание сопровождается определенными нервно-психическими нарушениями. Выявленные нарушения психологического уровня свойственны как впервые выявленным больным, так и длительно болеющим, и мужчинам, и женщинам. Длительно текущее заболевание меняет жизненные планы, перспективу на будущее, приносит больному человеку определенные сложности и целый ряд эмоций.

У больного туберкулезом появляется субдепрессивное состояние, развиваются нарушения в эмоциональной, волевой сферах и в межличностном взаимодействии. Нарушение межличностного взаимодействия, обусловленное тенденцией к отчужденности, изоляции, сопровождается шизоидностью в мышлении и суждениях. К тому же половина больных имеет чувство стеснения за свою болезнь, о ней трудно говорить, особенно больным с впервые выявленным процессом. Следовательно, больные туберкулезом нуждаются в

проведении специальной коррекции по преодолению социальной фобии. Изменение семейного статуса встречается у части больных. Отсутствие эмоциональной поддержки, ощущение одиночества усугубляют психологическое состояние больного.

Туберкулез изменяет привычный образ жизни, сужая интересы в жизни больных. Поэтому больному человеку требуется помощь в переосмыслении ценностей, достижению новых целей в жизни. Это возможно с помощью проведения психологической коррекции у больного туберкулезом. Стрессогенные факторы у больного туберкулезом приводит к развитию депрессивного состояния. Для сглаживания депрессивных реакций требуется корректировка эмоционального состояния, оптимизация взаимоотношений и создание новой позитивной мотивации в жизни больного туберкулезом.

Основными целями и задачами для социально-психологической реабилитации является установление адекватной самооценки личности и формирование адекватной самооценки личности. Для этого необходимо развитие личностно-мотивационной сферы, через создание условий и возможностей развития личностного и интеллектуального потенциала больного человека, помощи в самоактуализации, самореализации личности, развития адекватной самооценки. Развития эмоционально-волевой сферы через формирование у больного индивидуальных механизмов психологической защиты, психологической толерантности в ситуации постоянного стрессорного воздействия социальной среды, снятие фобий, тревожности, повышение эмоциональной стабильности, поиск внешних и внутренних ресурсов для достижения целей, помощи в преодолении внутренних преград и противоречий на пути достижения желаемого результата.

Развитие организационно-коммуникативной сферы через взаимодействие с людьми с расширением круга интересов, включения в общественную жизнь. При психологической работе с больными туберкулезом используют тестирование, деловые и ролевые игры, консультирование, видеотренинг,

индивидуальную и групповую терапию, дыхательную гимнастику, тренинги, релаксацию. Психологическая поддержка осуществляется с помощью трансактного анализа, коммуникативных тренингов сказатерапии, семейной, игровой, телесно-двигательной и арт-терапии. В настоящее время рекомендуется целостность оказания психотерапевтической помощи пациентам больным туберкулезом.

Заключение

Психологическая реабилитация больных туберкулезом легких на различных этапах терапии представляет собой систему психологических интервенций, совмещающей симптоматический и патогенетический аспекты воздействия. Симптоматическое психологическое воздействие связано с системой отношения пациентов к кризисной ситуации заболевания и лечебному процессу, патогенетическое воздействие предполагает организацию психопрофилактических и психокоррекционных программ, направленных на преодоление преморбидных элементов системы отношений, которые рассматриваются как психологические факторы риска возникновения туберкулезного процесса и его рецидивов.

Выделение психологических факторов риска возникновения туберкулёзного процесса позволяет создать новые эффективные подходы к реабилитационной работе с пациентами, ориентированные не только на повышение результативности медикаментозной терапии, но и вторичную профилактику рецидивов заболевания. Подобные подходы существенно расширяют границы оказываемой психологической помощи в клинике, основной вектор их развития направлен на решение актуальных превентивных задач, связанных с сохранением здоровья человека в современном обществе.

Литература / References:

1.. Аскарлова Р. И. Задания для самостоятельной работы и контроля знаний студентов по детской фтизиатрии /Сер. Высшее образование. Москва, 2020.

2. Аскарлова Р.И. Эффективность Арт-терапии в борьбе с стрессом детей, больных туберкулезом /Арт- терапия. Фундаментальные и прикладные научные исследования // Актуальные вопросы достижения и инновации. Кемерово, 2024.

3. Аскарлова Р.И. Пути совершенствования оказания медицинской наркологической помощи больным с туберкулезом легких // Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы в XX веке. Кемерово, 2024.

4. Аскарлова Р. Своевременная диагностика кашля при бронхолегочных заболеваниях и туберкулезе легких // Современные проблемы охраны окружающей среды и общественного здоровья. 2023.

5. Рахимов А. К., Аскарлова Р.И. Стратегические направления в борьбе с туберкулезом и меры профилактики в Хорезмской области // Актуальные вопросы гигиенической науки: исторические. Нижний Новгород. 2023. С. 419.

6. Аскарлова Р. И. Взаимоотношения человека с природой на современном этапе // Современный мир, природа и человек. Кемерово, КемГМУ. 2023.

7. Рахимов А.К., Рахимова Г.К., Аскарлова Р.И. Остаточные изменения в легких у детей и подростков после перенесенного инфильтративного туберкулеза (обзор литературы) // Научный аспект. 2024. №2. т. 29. С. 3619.

8. А.К. Рахимов, Рахимова Г.К., Аскарлова Р.И. Арт - терапия и исследование стилей литературных авторов с применением в творчестве и в живописи темы туберкулеза // Научный аспект. № 4. Т.38. 2024.

9. Аскарлова Р.И. Роль семьи для ребенка, больного туберкулезом / Семья в современном мире: междисциплинарный подход. Кемерово, 2024.

10. Рахимова Г. К., Рахимов А.К., Аскарлова Р. И. Кумыс в качестве лучшего лекарства при первичном туберкулезе легких // Интегральные теории и практики в медицине: достижения и перспективы. 2024.

11. Аскарлова Р.И. Применение арт терапии у пожилых пациентов, больных туберкулезом практика исцеления творчеством: современная арт-терапия в образовании, медицине и социальной сфере. Кемерово, 2022.
12. Аскарлова Р. И. Анализ эпидемиологических показателей туберкулеза в Хорезмской области // Наука, культура и образование. 2024. №2(68).
13. Аскарлова Р.И. Влияние Аральского кризиса на здоровье населения в Хорезмской области // Современный мир, природа и человек. Кемерово, КемГМУ. 2021.
14. Аскарлова Р. И. Социально значимый туберкулез у детей дошкольного возраста //Наука, техника и образование. 2022. №. 1 (84). С. 82-85.
15. Аскарлова Р. И. Своевременная диагностика острых респираторных инфекций у детей и подростков в Хорезмском регионе //Вестник науки и образования. 2023. №. 1-1 (132). С. 82-86.
16. Аскарлова Р. И. GEN-EXPERT Исследование в диагностике деструктивного туберкулеза легких //Наука, техника и образование. 2021. №. 1 (76). С. 43-45.
17. Аскарлова Р. И. Массовое флюорографическое обследование населения Хорезмской области в целях выявления туберкулеза легких //Журнал Наука, техника и образование. 2023. №. 1. С. 86-89.
18. Аскарлова Р. И. Проблема заболеваний туберкулеза и хронических бронхолегочных заболеваний среди населения Приаралья //Процветание науки. 2021. №. 4 (4). С. 53-59.
19. Аскарлова Р.И. Фтизиатрии арт- терапия как наилучший метод лечения в работе с детскими проблемами // Процветание науки. 2022. №2(8).
20. Рахимов, А. Диагностика кровотечений из желудочно - кишечного тракта у детей и подростков при абдоминальном туберкулезе // Устойчивое развитие и наука: новые исследования для новых решений, 2023. 1(1).

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ 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.

COGNITIVE IMPAIRMENTS 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 нейрорептиков, 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, χ^2 - критерия для распределения 2x2 для установления взаимосвязи, U - критерия Манна - Уитни и Н - критерия Краскала - Уоллиса 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 взрывных 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 выхолащенные 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 личностно-значимых ассоциативных образов в сочетании с выхолащенной 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, сверхобобщений. 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 сверхобобщению 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 сверхобобщению. 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 H-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 астеническом типах 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 преобладают 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 шизофренией: 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.

ПОСТКОВИДНЫЙ СИНДРОМ: МЕХАНИЗМЫ, ФАКТОРЫ РИСКА. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР.

Акименко Г. В.¹, Селедцов А. М.², Яковлев А. С.²

¹*Кафедра клинической психологии*

²*Кафедра психиатрии и наркологии*

*ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

Аннотация. Синдром хронической усталости является стойким и изнуряющим заболеванием. Согласно нескольким исследованиям, синдром хронической усталости был идентифицирован среди выздоровевших пациентов с COVID-19 как наиболее распространенный симптом затяжной COVID. В этом систематическом обзоре и мета-анализе мы проанализировали опубликованные результаты исследований, в которых оценивалась распространенность синдрома хронической усталости среди пациентов с COVID-19 через четыре недели после появления симптомов. Полученные результаты позволяют констатировать тот факт, что общая распространенность пост ковидного синдрома хронической усталости как длительного симптома COVID составляет 45,2%. Хроническая усталость после заражения COVID-19 может негативно повлиять на личную и социальную жизнь.

Ключевые слова: постковидный синдром (ПКС, Post-COVID-19), синдром хронической усталости (СХУ), COVID-19, SARS-CoV2, затяжной-ковид, пациенты.

POST-COVID SYNDROME: MECHANISMS, RISK FACTORS. LITERATURE REVIEW.

Akimenko G. V.¹, Seledtsov A. M.², Yakovlev A. S.²

¹*Department of Clinical Psychology*

²*Department of Psychiatry and Narcology*

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. Chronic fatigue syndrome is a persistent and debilitating condition. According to several studies, chronic fatigue syndrome has been identified among recovered COVID-19 patients as the most common symptom of long COVID. In this systematic review and meta-analysis, we analyzed published results of studies that assessed the prevalence of chronic fatigue syndrome among COVID-19 patients four weeks after symptom onset. Our results show that the overall prevalence of post-COVID chronic fatigue syndrome as a long COVID symptom is 45.2%. Chronic fatigue after COVID-19 infection can negatively impact personal and social life.

Keywords: post-covid syndrome (PCS, Post-COVID-19), chronic fatigue syndrome (CFS), COVID-19, SARS-CoV2, protracted-covid, patients.

Первые упоминания синдрома хронической усталости в истории медицины зафиксированы еще в XVIII веке. В прошлом для описания синдрома употреблялись такие термины, как синдром военного напряжения, неврастения, нейроциркуляторная астения, нервное истощение, полиалгическая астения и т. д. В 1984 году впервые американскими врачами был описан этот синдром под современным названием «Синдром хронической усталости и иммунной дисфункции» [2].

Миалгический энцефаломиелит, он же синдром хронической усталости (ME/CFS), является изнуряющим заболеванием, у которого нет общепринятого определения, причины, диагноза или лечения.

Современная медицина связывает появление синдрома хронической усталости с непрерывным ускорением жизненного темпа и увеличением информационного потока. Стресс является важнейшим фактором, провоцирующим развитие СХУ. Согласно результатам исследований, 43-95% пациентов с СХУ отмечали наличие выраженного стресса за месяцы и годы до развития симптомов СХУ. Чаще всего провоцирующими факторами были давление на работе, абьюзивные отношения, развод, болезнь близких людей [10].

Толчком к возникновению заболевания может послужить любая инфекционная болезнь. По завершению острого периода инфекции у пациента может наблюдаться некоторая слабость, повышенная утомляемость и депрессивность. В норме такое состояние должно пройти через три недели.

«Затяжной COVID» - это обобщающий термин, используемый для описания как текущих симптомов в среднесрочной перспективе (4-12 недель), так и долгосрочных последствий после 12 недель, известных как постковидный синдром (Национальный институт здравоохранения и передового опыта медицинской помощи) или состояние после SARS-CoV-2 (Всемирная организация здравоохранения) [1].

Длительный COVID - не первый пост-острый инфекционный синдром. Известно, что другие инфекции, такие как Эбола, вирус Эпштейна-Барра, вирус Западного Нила и болезнь Лайма, также вызывают ряд сохраняющихся симптомов, включая усталость и недомогание после физической нагрузки - состояния, которые хорошо известны пациентам с синдромом хронической усталости (ME / CXY).

Характеристики и загадочная природа лонг-ковида (Long-COVID-19) заставили некоторых исследователей предположить связь с изнуряющим, но менее известным хроническим заболеванием: миалгический энцефаломиелит / синдром хронической усталости (ME/CXY). Вместе с тем, возможны и другие объяснения повышенной утомляемости пациентов, переболевших SARS-CoV2. Причиной усталости могут быть повреждения сосудов легких сгустками крови, образующимися вследствие действия вируса. Также здоровые ткани могут быть повреждены в период жара из-за чрезмерного иммунного ответа организма. Люди, чья иммунная система вырабатывала больше цитокинов, отвечающих за повышение температуры, имели больше шансов приобрести CXY. [8].

Одним из заметных исключений является набор рекомендаций Всемирной организации здравоохранения (2020), касающихся усталости от пандемии. Основной целью данного обзора было обобщение и критическая

оценка систематических обзоров, в которых оценивались любые типы первичных клинических данных, полученных от пациентов, инфицированных SARS-CoV-2.

Пандемии, берущие начало в биологии, являются сложными событиями, которые вызывают социальные, экономические, политические и, что наиболее важно, психологические последствия. COVID-19 стал поистине беспрецедентным и переломным событием для поколений, которое также является величайшим кризисом нашей жизни. В марте 2020 года пандемия одновременно вынудила почти четыре миллиарда человек подвергнуться массовому карантину, изоляции или какой-либо форме домашнего заключения (Sanford, 2020) [9].

Взаимодействуя с другими людьми, мы придаем смысл жизни самим себе и окружающему миру. Наш мозг эволюционировал для социализации самыми разными способами и в самых разных ситуациях, особенно когда мы расстроены или испытываем боль (Айзенберг и Эггам, 2009) [7]. Это отчасти объясняет, почему изменить поведение человека было сложно, особенно на долгосрочной основе.

Учитывая многочисленные карантины, обязательные предписания о предоставлении убежища на месте, работу на дому и повсеместное закрытие учреждений по всей стране, большинство психологических исследований пандемии COVID-19 были посвящены последствиям изоляции для психического здоровья человека.

Выжившие после COVID-19 прошли многомерную оценку, которая показала ухудшение сна, боли при переутомлении, депрессивные симптомы, субъективные когнитивные жалобы и одышку в группе, подобной ME / CFS.

Пандемическая усталость, тип поведенческой реакции, представляет собой тенденцию испытывать усталость от следования директивам общественного здравоохранения, таким как социальное дистанцирование,

ношение масок, частое мытье рук и социальная изоляция в течение длительного периода времени (Bell, 2020; Thakre, 2021).

SARS-CoV2 в период пандемии потребовал быстрых решений, но после пандемии остались проблемы, об актуальности которых свидетельствуют последние исследования лонг-ковида (Long-COVID-19) и постковидного синдрома (ПКС, Post-COVID-19).

Причины появления постковидного синдрома

- Прямое повреждение вирусом органов и тканей легких, сердца, кровеносных сосудов, головного мозга, почек, желудка и кишечника.
- Вирус повреждает клетки головного мозга, центральной и периферической нервной системы, вызывая разнообразные симптомы – от проблем со сном и тревожных расстройств до нарушений ритма сердечной деятельности и дыхания.
- Чрезмерный ответ иммунной системы при встрече с вирусом провоцирует аутоиммунное воспаление.

Таким образом, можно констатировать, что между длительным COVID-19 и СХУ/МЕ наблюдается значительное совпадение. Симптомы физического и когнитивного переутомления, нарушения сна, расстройства настроения и тревоги были в целом схожи в обеих группах.

Метаанализ тридцати шести исследований показал, что во всем мире, независимо от возраста, уровня медицинских услуг, расы или региона происхождения, респонденты испытывали значительно более высокие показатели симптомов психопатологии в начале пандемии COVID-19 (Schafer et al., 2022). Эти показатели возросли в условиях острых экономических проблем, долгосрочной безработицы, закрытия предприятий, образовательных и культурных мероприятий, а также жестких ограничений на поездки, что, вероятно, усугубило общий стресс. В сентябре 2020 г. в Международную классификацию болезней 10-го пересмотра был внесен отдельный код для описания постковидного синдрома: «U09.9 – состояние после COVID-19» [3].

Единого понимания клинической картины постковидного синдрома нет, поэтому появление его симптомов часто объясняют наличием у пациента тех или иных коморбидных состояний - ожирением, артериальной гипертензией, сахарным диабетом и т.д.

Наиболее масштабным исследованием, посвященным изучению распространенности пост-COVID-19 симптомов является метаанализ 7 исследований (47 910 пациентов в возрасте от 17 до 87 лет с периодом наблюдения 14-110 суток) [1]. Установлено, что у 80% пациентов, перенесших COVID-19, после разрешения острого воспалительного заболевания появляются постинфекционные симптомы, среди которых наиболее частыми являются чувство усталости (58%), головная боль (44%), расстройства внимания (27%), выпадение волос (25%), одышка (24%) [6].

Сильными сторонами этого исследования являются данные 6-месячного наблюдения и многомерная оценка, включающая иммунологические, аксональные и легочные маркеры. Ограничения включают его наблюдательный характер, небольшой размер выборки, отсутствие оценки до пандемии, которая не позволяла сделать выводы о причинно-следственной связи, отсутствие сопоставимой по возрасту и полу контрольной группы пациентов без COVID-19 для проверки на наличие психологического стресса, вызванного самой пандемией, и отсутствие данных о воспалительных процессах при 6-месячном наблюдении [4]. Могут ли эти симптомы быть следствием инфекции SARS-CoV-2 или разоблачением предыдущей скрытой предрасположенности - открытый вопрос, который следует рассмотреть в будущих исследованиях.

Пандемия COVID-19 стала трагедией. Она подорвала здоровье и финансовое благополучие многих людей по всему миру. До 10% взрослых пациентов после SARS-CoV2 испытывали длительную усталость, сохраняющуюся более 6 месяцев, что соответствует определению синдрома хронической усталости. Известны неврологические и психоневрологические симптомы в острой фазе и периоде восстановления пандемии нового

коронавируса и при поствирусном СХУ/МЕ. Существует большой объем исследований по патогенезу и лечению МЕ / СХУ [5]. Если будет доказано, что затяжной COVID является схожим хроническим заболеванием с совпадающими клиническими особенностями и симптоматикой, можно предположить, что существующие знания о МЕ / СХУ могут принести пользу пациентам с затяжным COVID.

Наши результаты показывают, что совокупная глобальная распространенность хронического пост-COVID-19 синдрома составляет 45,2%. Распространенность хронической пост-COVID-19 усталости влияет на индивидуальную и социальную жизнь людей материально и духовно.

Более того, результаты некоторых исследований показывают, что эта распространенность выше среди женщин и взрослых. Учитывая проблемы и негативные последствия, которые этот синдром вызывает у людей, рекомендуется провести больше исследований для получения дополнительных знаний, а также рекомендуется, чтобы лица, определяющие политику в области здравоохранения, выделяли дополнительные средства для снижения неблагоприятных последствий этого синдрома, при этом такая поддержка может включать создание соответствующей программы поддержки.

Литература/ References:

1. Селедцов, А. М. Проблемы психического здоровья в условиях пандемии // А.М. Селедцов, Ю.Ю. Кирина, Г.В. Акименко / Дневник науки. 2020. № 8 (44). С. 10.
2. Никитина А. Ю., Левин О. С. Синдром хронической усталости на фоне пандемии COVID-19. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2021;121(10-2):92-98.
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 / Вестник общественных и гуманитарных наук. 2020. Т. 1. № 4.- С. 45-54.

4. Психическое здоровье человека в современном обществе. междисциплинарные проблемы и возможные пути их решения // 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. 526 с.

5. 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.

6. Wang F., Kream R.M., Stefano G.B. Long-term respiratory and neurological sequelae of COVID-19. Med Sci Monit. 2020 Nov 1; 26: e928996. <https://doi.org/10.12659/MSM.928996>. PMID: 33177481

7. Bourgonje A.R., Abdulle A.E., Timens W., et al. Angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2), SARS-CoV-2 and the pathophysiology of coronavirus disease 2019 (COVID-19). J.Pathol. 2020 Jul; 251(3): 228-248. <https://doi.org/10.1002/path.5471>. Epub 2020 Jun 10. PMID: 32418199

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ 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.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES 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 (ОСП₁), во вторую группу – 21 пациент с олигоспермией второй степени (ОСП₂), в третью группу- 10 пациентов с олигоспермией третьей степени (ОСП₃). 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 редукции 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%
всего	140	100

Проведённое исследование реактивной и личностной тревожности с использованием 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 ОСП₃ и ОСП₂ в отличие от пациентов с ОСП₁ стадии ($p < 0,05$). В тоже время максимальные показатели выраженности реактивной (ситуативной) тревожности отмечались при ОСП₃ 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.

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.

Таблица 2.

Исследование уровня тревожности шкале Спилберга-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 $p < 0,05$

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 ОСП₁ (олигоспермия первой степени) достоверно преобладают: подавление, компенсация и реактивное образование; в группе пациентов с ОСП₂ достоверно преобладает регрессия (8,97); а в группе пациентов с ОСП₃ статистически значимо преобладает замещение (7,68). Напряженность «компенсации» в группе с ОСП₁ 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 ОСП₁, 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 – ОСП₁,

ОСП₂ и ОСП₃, 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 (ОСП₁ – 55,89; ОСП₂– 56,52; ОСП₃ – 54,75), при этом доминирующими являются механизмы совладающего поведения по типу отрицание, подавление и регрессия.

Выводы:

1. Выявлено влияние мужской инфертильности на формирование психоэмоциональных 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 (ОСП₁ – 55,9; ОСП₂– 56,5; ОСП₃ – 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.

**ВАЖНОСТЬ ПОДДЕРЖАНИЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ.
ПРАКТИКА КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ.
ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР.**

Алмагамбетова А. А.¹, Байжуманова Р. М.², Мусина Ф. А.¹

¹*НАО «Медицинский Университет Семей»,
Республика Казахстан», г.Семей*

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

Аннотация. В данной статье рассматриваются основные техники когнитивно-поведенческой терапии, направленные на улучшения состояния и качества жизни пациентов, имеющих расстройства психической сферы. Целью КПТ является работа с негативными установками, которые находят отражение в различных паттернах поведения, которые значительно влияют на ментальное состояние.

Ключевые слова: когнитивно-поведенческая терапия, депрессия, тревожное расстройство, ментальное здоровье.

**THE IMPORTANCE OF MAINTAINING
MENTAL HEALTH. COGNITIVE - BEHAVIORAL THERAPY
PRACTICE. A LITERATURE REVIEW.**

Almagambetova A. A.¹, Bayzhumanova R. M.², Musina F. A.¹

¹*Semey Medical University, Republic of Kazakhstan, Semey*

²*Communal State Enterprise Regional Mental Health Center,
Health Department of Abay Region, Republic of Kazakhstan, Semey*

Abstract. This article discusses the main techniques of cognitive behavioral therapy aimed at improving the condition and quality of life of patients with mental disorders. The goal of CBT is to work with negative attitudes that are reflected in various patterns of behavior that significantly affect the mental state.

Keywords: cognitive behavioral therapy, depression, anxiety disorder, mental health.

Введение

Тема ментального здоровья становится более актуальной с каждым годом. Этому можно найти объяснение в растущем числе пациентов с психическими расстройствами, а также в меняющейся окружающей среде, оказывающей значительное влияние на психику людей. Например, в Казахстане, количество пациентов с диагнозами психических и поведенческих заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни, имеет тенденцию к росту. В 2017 году это число составило 9766, а в 2018 году возросло до 10028 случаев [1].

Согласно ВОЗ, здоровье является состоянием, при котором не выявляются какие-либо заболевания и физических нарушений на фоне благополучия социального, психического и соматического. Отсюда стоит выделить именно психическое благополучие, которое считается таким состоянием, при котором наблюдается душевное равновесие, лежащее в основе адекватной поведенческой функции [2].

Объекты и методы исследования

Систематический поиск был проведен в литературных базах данных PubMed, Cyberleninka, MedLina, SciHub с использованием ключевых поисковых терминов «психическое здоровье», «когнитивно поведенческая терапия», «когнитивные техники». Были изучены 15 научных статей по 2020-2024 г.

Результаты и их обсуждение

Среди имеющихся подходов решения проблем ментального здоровья весомую роль выполняет когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), суть

которой заключается в объединении мыслей, чувств и поведения. Основной целью такого подхода является выявление искаженных и дисфункциональных когнитивных процессов, приводящих к психологическим проблемам, и создание вместо них более благоприятных паттернов, оказывающих меньший эмоциональный стресс [3].

Эффективность КПТ была уже выявлена в периоды наиболее выраженного стресса на психическое и соматическое здоровье, а именно в период коронавирусной инфекции 2019 года. У пациентов, перенесших ковид, выявлялись нарушения в когнитивной сфере, включающие проблемы с памятью, вниманием и скоростью мыслительных процессов. На основании этих данных была разработана система психологической помощи, направленной на восстановление нарушенных функций. Среди них КПТ занимала важную ступень. Основными техниками КПТ считаются обучение способам релаксации, навыками решения проблем и получение помощи от окружающих [4].

Фундаментом КПТ является работа непосредственно с поведением пациента, не вовлекая имеющийся прошлый негативный опыт, который в свою очередь и является основой нарушений поведения. Также важное внимание уделяется факторам окружающей среды, в которой находится сам человек, так как изменения поведения лежат в тесной взаимосвязи с внешним миром [5].

Одними из наиболее распространенных и актуальных заболеваний психической сферы считаются тревожные и депрессивные состояния, а в особенности их сочетания. У пациентов, страдающих депрессией, может выявляться социальное тревожное расстройство, отягощающие общее состояние. При использовании КПТ как дополнительного немедикаментозного метода лечения наблюдалось снижение проявления депрессии. Вместе с этим когнитивно-поведенческая терапия доказала свою эффективность и при работе с изолированной депрессией, которая выражалась в умеренном или выраженном угнетении симптоматики [6].

Тревожные расстройства в изолированной форме также могут оказать существенное влияние на качество жизни пациента. Используя методики КПТ пациенты могут перестраивать модели патологического поведения, заключающегося в переоценке угрозы окружающей среды.

По данным одного из метаанализа, проведенных европейскими учеными, который включил в себя 41 исследование, КПТ имеет благоприятный эффект у людей с генерализованным тревожным расстройством в долгосрочной перспективе [7].

Основываясь на книге Дэвида Бернса «Терапия беспокойства. Как справляться со страхами, тревогами и паническими атаками без лекарств», среди техник по работе со страхом и тревогой в КПТ выделяют определение основной причины тревоги, разделяя при этом преувеличенные и вымышленные, так как тревога возникает чаще из-за искаженных и нереальных мыслей. Это лежит в основе 3 идей когнитивной модели. Вторым моментом является понятие того о чем думает человек, то он и чувствует. И вытекающее из него следующее понятие о том, что поменяв образ мыслей, меняется и внутреннее самоощущение [8].

Имеется множество техник, оказывающих благоприятный эффект на состояние, которые пациенты могут использовать самостоятельно. Одной из таких методик является разделение мыслей и фактов. Суть этой техники заключается в том, что когда человек находится в негативном состоянии, все мысли, возникающие в данный момент, воспринимаются как факты. В таком случае можно использовать метод АВС: А - это инициирующее событие, В- какое-то убеждение, возникающее в связи с этим событием, и С- это последствия в виде определенных чувств или поведения. Использование такой техники помогает определить, насколько мысли соответствуют реальности [9].

В терапии депрессии как самостоятельного заболевания КПТ также имеет свои результаты. Сюда относятся различные подходы, включающие диалектическую поведенческую терапию, терапией принятия и

приверженности, техники снижения стресса с использованием методик осознанности [10].

Наиболее актуальными когнитивно-поведенческими техниками в клинической практике являются:

1) Решение проблем (также известное как SOLVE) для повышения осведомленности о конкретных триггерах, оценки и выбора более эффективных вариантов. Каждая буква аббревиатуры SOLVE обозначает различные этапы процесса решения проблем: Выбор проблемы, поиск вариантов, оценка вероятного исхода каждого варианта, выбор наилучшего варианта и оценка эффективности каждого варианта. Такой подход к лечению пытается дать пациентам возможность лучше контролировать возникающие в будущем проблемы.

2) Переатрибуция - это техника, которая позволяет пациентам заменить негативные высказывания о себе (например, «это все моя вина») другими высказываниями, в которых ответственность приписывается более адекватно [11].

Описываются исследования об эффективности когнитивно-поведенческой терапии в работе с пациентами, страдающими шизофренией. Необходимость использования КПТ зародилась по причине ограниченности традиционной терапии, а именно формирования лекарственной устойчивости.

Процесс лечения включает в себя тщательную оценку симптомов пациента, постепенное установление негативной связи между познанием и переживанием психического заболевания, подвергание сомнению доказательств автоматического мышления и умозаключений с помощью сократовских методов, руководство поиском альтернативных объяснений голосов, подозрительных и бредовых идей, коррекцию когнитивных искажений и поощрение принятия более логичного мышления и рациональных ответов. Основной принцип заключается в оспаривании убеждений о содержании, идентичности и власти, связанных с голосами, с целью расширения

возможностей пациентов и укрепления их самоконтроля над своим поведением [12].

Стандартной практикой КПТ также считается выполнение психологических домашних заданий, что может быть очень полезно при тревоге и страхе. Постановка таких целей и выполнение их приводит к более быстрому и успешному улучшению состояния. С этим может помочь ведение дневника, который дает возможность более объективно оценить реальность, осознать свои эмоции. Записи от первого лица имеют связь с более выраженным уровнем самосовершенствования [13].

Еще одним методом в КПТ является концептуализация, связанная с выявлением иррациональных мыслей, инициированных определенными событиями, и приводящих к негативным установкам и изменению поведения, при этом пациент сам может замечать такие паттерны у себя в поведении и применять уже сформулированные контраргументы и рациональные убеждения [14].

Возможно также применение совмещенной КПТ с арт-терапией. Применение методов арт-терапии и их интеграция в КПТ также обусловлена большим спектром задач, которые они могут решить. Использование терапевтом их на любом этапе консультирования позволяют обеспечить психологическую поддержку клиента, снятие временного эмоционального напряжения. В работе как с детьми, так и со взрослыми КПАТ помогает бороться с основными страхами (темнота, насекомые, высота и т.д.) [15].

Заключение

Использование КПТ при расстройствах ментального здоровья получило свое развитие и имеет успехи даже в долгосрочной перспективе тяжелых состояний, как депрессия. Применение таких техник является доступным для самостоятельного практикования среди пациентов, так и при работе с врачом. Основа КПТ является работа с мыслями пациентами, осмысления негативных и патологических моделей поведения, что способствует более выраженному

эффекту в дополнении к медикаментозным методам лечения. Осмысление причин тревоги и страха, объективное восприятие окружающей среды как первостепенные элементы когнитивно-поведенческой терапии играют важную роль в восстановлении ментального равновесия.

Литература/ References:

1. Лысенко Е. М., Хачатрян А. В. Соотношение понятий «телесное здоровье», «ментальное здоровье», «социальное здоровье» и «духовное здоровье» в педагогическом дискурсе // Современные тенденции развития системы образования. 2019. С. 302-311.
2. Тулендина Т.Д., Аимбетова Г.Е., Рамазанова М.А., Байсугурова В.Ю., Мартыкенова Д.С. Показатели психического здоровья населения и анализ деятельности службы охраны психического здоровья в республике Казахстан // Вестник КазНМУ. 2020. №1-1.
3. Stallard P. Evidence-based practice in cognitive-behavioural therapy. Arch Dis Child. 2022; 107(2): С.109-113.
4. Солодухин А. В., Серый А. В., Варич Л.А., Брюханов Я.И., Жихарев А. Ю. Применение техник когнитивно-поведенческой психотерапии для восстановления когнитивной сферы у лиц, перенесших коронавирусную инфекцию (COVID-19): Возможности и перспективы // СибСкрипт. 2022. №4 (92)
5. Надежда Владимировна Ефимкина, Ирина Алексеевна Чеснокова Опыт использования когнитивно-бихевиоральной терапии // Вестник Московского университета МВД России. 2024. №1.
6. Надежда Владимировна Ефимкина, Ирина Алексеевна Чеснокова Опыт использования когнитивно-бихевиоральной терапии // Вестник Московского университета МВД России. 2024. №1.
7. Цымбал М. А., Коломыцев Д. Ю. Когнитивно-поведенческая терапия: эволюция метода и обзор эффективности // Научный вестник Омского государственного медицинского университета. 2021. Т. 1. №. 3. С. 104-115.

8. Дэвид Бернс. Терапия беспокойства. Как справляться со страхами, тревогами и паническими атаками без лекарств // Москва: Альпина Паблицер, 2019. С. 50.
9. Роберт Лихи. Техники когнитивной психотерапии // США: TheGuilfordPress, 2017.
10. Lee, S. H., & Cho, S. J. (2021). Cognitive Behavioral Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depressive Disorders. *Advances in experimental medicine and biology*, [1305, 295–310.
11. Serafini, G., Costanza, A., Aguglia, A., Amerio, A., Placenti, V., Magnani, L., Escelsior, A., Sher, L., & Amore, M. (2023). Overall goal of Cognitive-Behavioral Therapy in Major Psychiatric Disorders and Suicidality: A Narrative Review. *The Medical clinics of North America*, 107(1), 143–167.
12. Xu F, Zhang H. The application of cognitive behavioral therapy in patients with schizophrenia: A review. *Medicine (Baltimore)*. 2023; [102(32)]:e34827.
13. Кнаус У. Д. Когнитивно-поведенческая терапия тревоги. Пошаговая программа. Litres, 2019.
14. Качай И. С., Федоренко П. А. Алгоритм составления концептуализации в рациональноэмоционально-поведенческой терапии А. Эллиса // Психология и психотехника. 2024. №1.
15. Ефимова А. В. EDN BDCYCG Арт-терапия во взглядах когнитивно-поведенческой терапии // EDN LXNXCZ Н34. М.. 2024. С. 178.

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ СТУДЕНТОВ НА ПРИМЕРЕ НАО «МУС»

Алмагамбетова А. А.¹, Байжуманова Р. М.²

¹*Медицинский университет,*

²*Областной центр психического здоровья*

*Управление здравоохранения Абайской области,
Республика Казахстан, г. Семей*

Аннотация. В этой статье представлены методы когнитивно-поведенческой психотерапии, в которых используется замена иррациональных моделей поведения адаптивными формами реагирования. Основываясь на рассмотренной литературе, исследование предполагает, что, закрепляя адекватную саморефлексию, можно добиться снижения депрессии и тревоги. Было проведено перекрестное исследование, включающее анкетный опрос для выявления уровня тревожности и депрессии у студентов и анализа полученных данных.

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

COGNITIVE-BEHAVIORAL PSYCHOTHERAPY OF STUDENTS ON THE EXAMPLE OF NAO «MUS»

Almagambetova A. A.¹, Baizhumanova R. M.²

¹*Semey Medical University*

²*Regional Center for Mental Health*

*Healthcare Department of the Abay Region,
Republic of Kazakhstan, Semey*

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 общая 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:

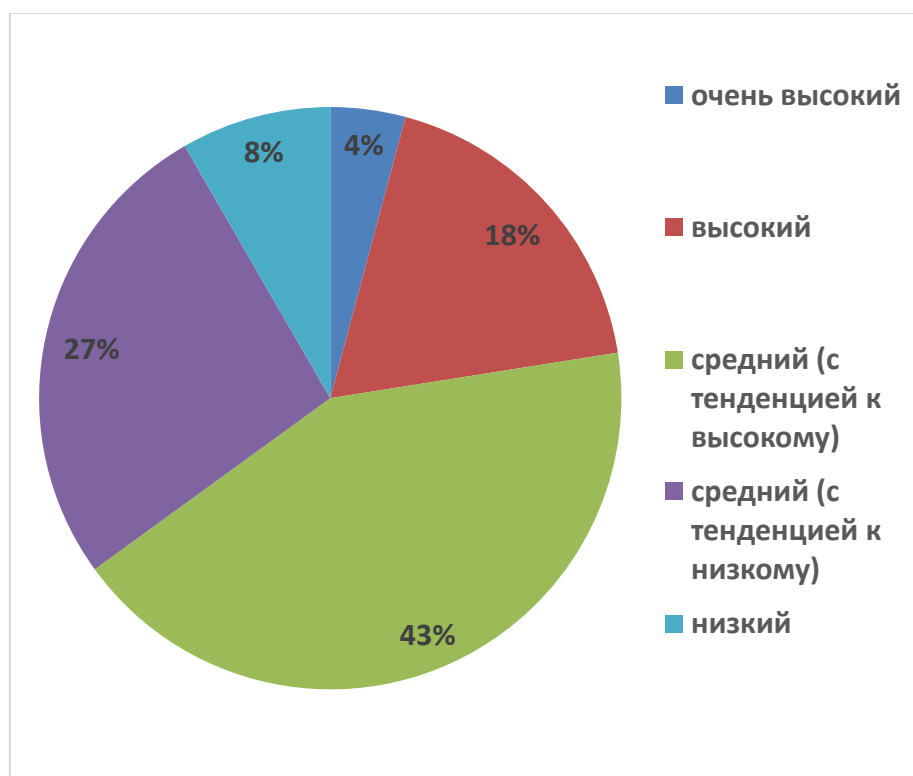


Рис.1. - Уровень проявления тревоги по шкале Тейлора.

Таблица 1.
Данные пре-анкетирования по шкале Гейлора.

	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.

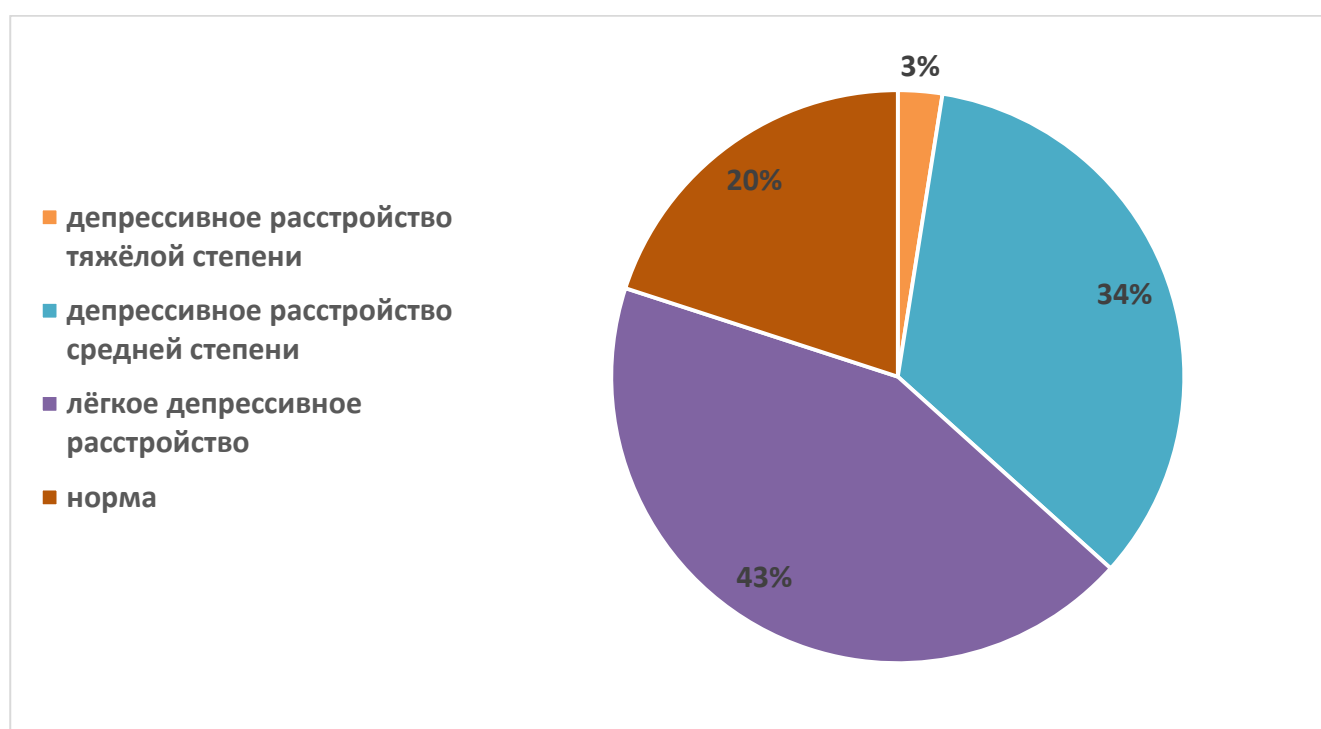


Рис.2. - Шкала оценки депрессии Гамильтона в виде диаграммы.

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

	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	1 (1%)	10 (8%)	32 (27%)	47 (39%)	30 (25%)

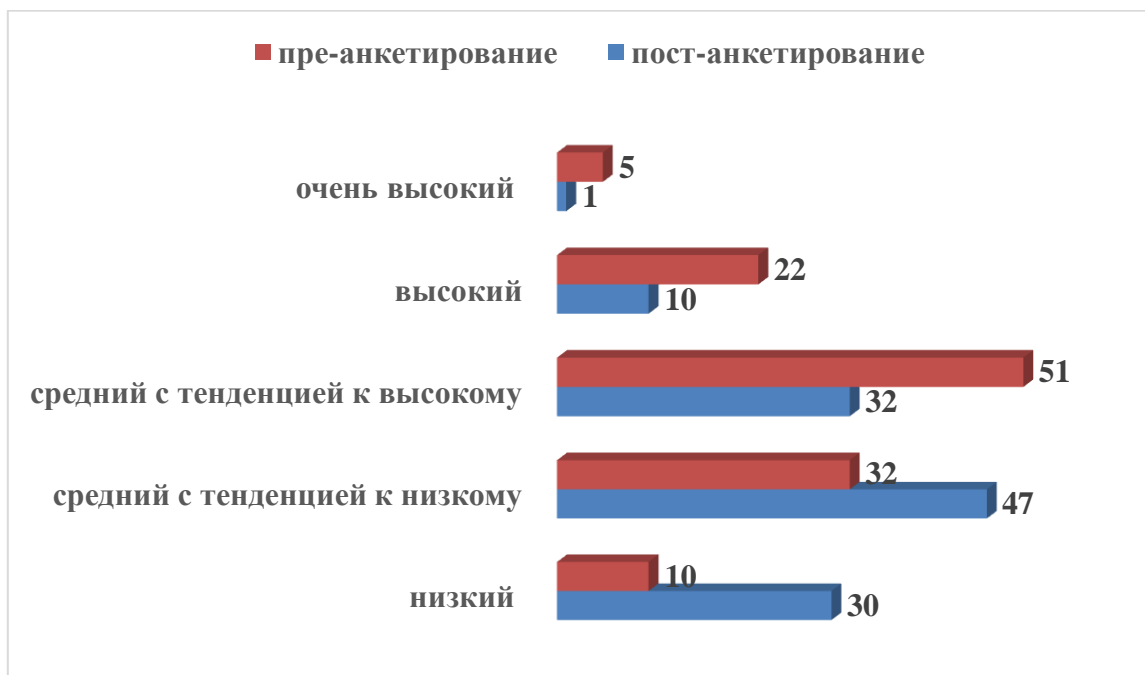


Рис.3. - Сравнительный анализ результатов анкетирований по шкале Тессейлора на выявление тревогию.

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%)

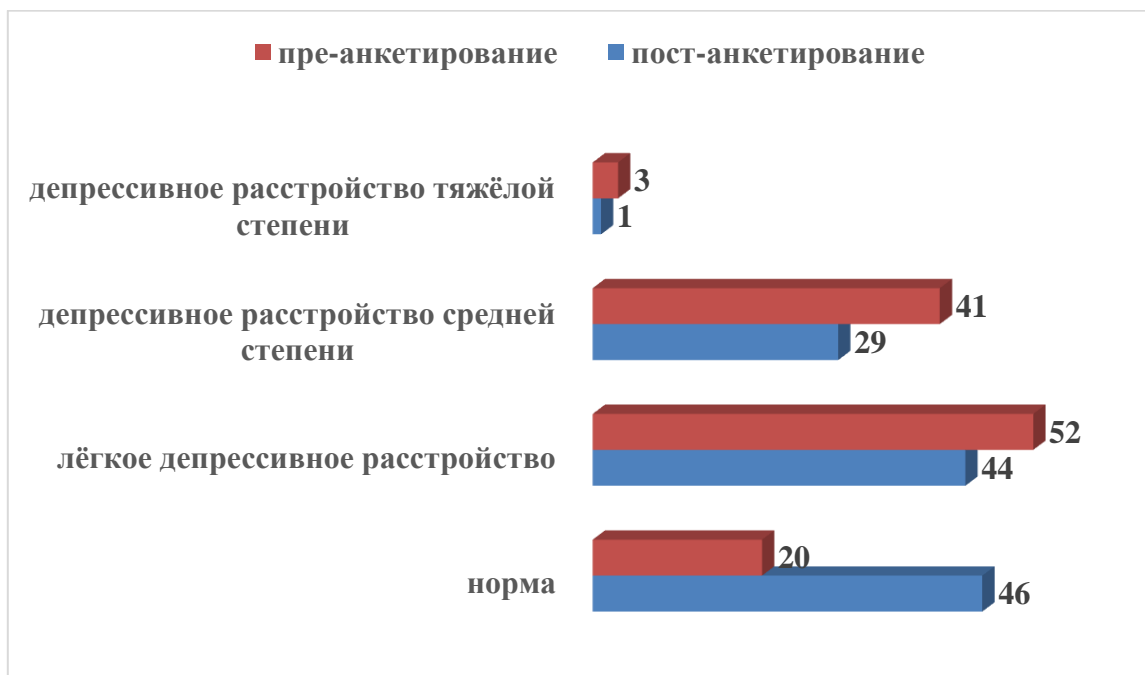


Рис.4. - Сравнительный анализ результатов анкетирования по шкале Гамильтона на выявление депрессии.

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. PMID: PMC7869917. 2021.
2. Манасви Гаутам, Адарш Трипати, Дипанджали Дешмукх и Маниша Гаур. Когнитивно-поведенческая терапия депрессии. Индийский журнал психиатрии. Том 62. PMID: 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.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, КЛИНИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА И ТЕРАПИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

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.

**PREVALENCE, CLINICAL DYNAMICS
AND THERAPY OF DRUG ADDICTION
IN PATIENTS WITH TUBERCULOSIS**

Askarova R. I.

*Department of Infectious Diseases, Phthisiology 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 метилендиоксиметамфетамин / 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. Туберкулёз 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.

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ: ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА

Бабарахимова С. Б.

*Кафедра психиатрии, наркологии, детской психиатрии
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.

SUICIDAL BEHAVIOR IN ADOLESCENTS: DIAGNOSIS AND PREVENTION

Babarakhimova S. B.

Department of Psychiatry, Narcology, Child Psychiatry

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: побегам 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 был использован патохарактерологический диагностический опросник А. 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 тяготеется, 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, несоразмерными 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 Асс. 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., Sultonova 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., 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. 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.

**ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ
ПЕДАГОГА В ОБЛАСТИ
ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ ДОШКОЛЬНИКОВ**

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.

**FORMATION OF PROFESSIONAL COMPETENCE
OF A TEACHER IN THE FIELD OF HEALTHCARE
OF PRESCHOOLERS**

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	– достаточно полные знания собственного педагогического потенциала и способов их применения в реализации здоровьесберегающих технологий	– умение осуществлять объективный самоанализ и самооценку собственной здоровьесберегающей 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.

**СОВРЕМЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ВЛИЯНИЯ
ТЕТРАГИДРОКАННАБИНОЛА НА ВЫСШИЕ
ПСИХИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ**

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

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.

**MODERN RESEARCH ON THE EFFECTS OF
TETRAHYDROCANNABINOLS ON HIGHER MENTAL FUNCTIONS**

Bogdanov S. I., Mityagina Y. R., Bodunova L. A.

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 Δ^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 каннабиноидов.

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 каннабиноидной 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 χ^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).

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%

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.

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		χ^2	
	Абсолютное значение	%	Абсолютное значение	%	Абсолютное значение	%		
Пол							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 %		
Возраст							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 %		

Образование							8.3 31	<0,0 5
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 %		
Статус занятости							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 %		
Всего	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) ($p>0,05$).

Таким образом, 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 – употребляю щие каннабис		2 группа – не употребляю щие каннабис		χ^2	p
	АБС.	%	АБС.	%		
Низкий уровень риска алкогольной зависимости	15	60,0 %	34	94,4 %	$\chi^2 =$ 11.3 45	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%		
ИТОГО	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 – употребляю щие каннабис		2 группа – не употребляю щие каннабис		χ^2	p
	АбС.	%	АбС.	%		
Отсутствие признаков психологического дистресса	24	96,0 %	32	88,9 %	χ^2 = 0.9	p>0. 05
Наличие прискоков психологического дистресса	1	4,0%	4	11,1 %		
ИТОГО	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 каннабис 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 соотнесимые 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 каннабиса на постоянной основе достоверно чаще имели оконченное высшее образование (68%), в то время как в группе неупотребляющих каннабис 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 марихуаны 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.

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 – внутрличностный 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.

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.

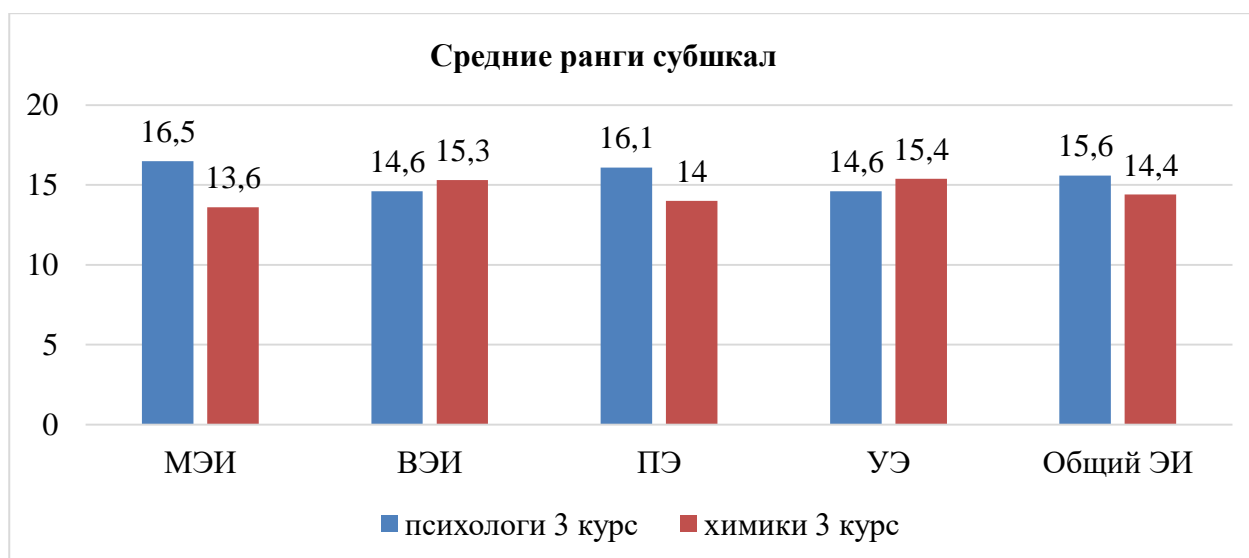


Рис. 1. - Сравнение средних рангов по субшкалам методики Д.В. Люсина для психологов и химиков.

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.

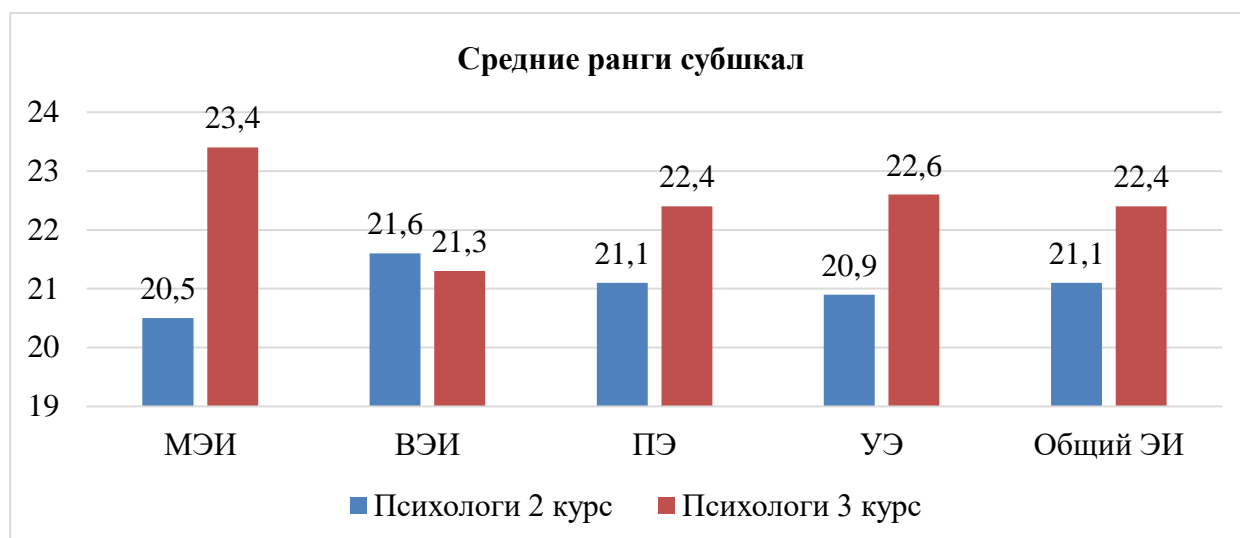


Рис. 2. - Сравнение средних рангов по субшкалам методики Д.В. Люсина для студентов-психологов 2 и 3 курсов.

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

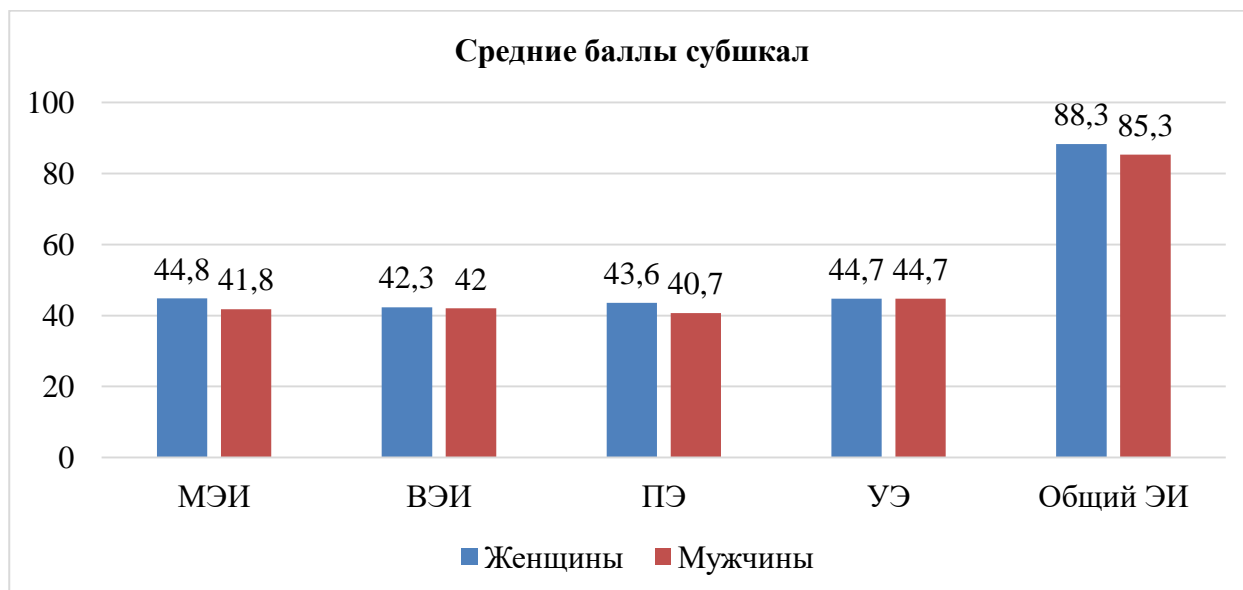


Рис. 3. - Сравнение средних баллов по субшкалам методики Д.В. Люсина для студентов-юношей и девушек.

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.

ТЕХНИКА ЗАПОМИНАНИЯ Р. ФЕЙНМАНА

Валиуллина Е. В.

Кафедра клинической психологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В статье представлена краткая биография известного американского физика Ричарда Фейнмана, рассмотрена предложенная им особая техника запоминания сложной информации, широко применяемая современной психологией. В своей преподавательской деятельности Р. Фейнман отличался способностью объяснять сложные вещи из области физики простым и доступным языком. Техника запоминания Фейнмана предполагает применение кратких мыслей и простых слов с опорой на объяснение, повторение и упрощение.

Ключевые слова: Ричард Фейнман, метод, техника, запоминание, техника запоминания, обучение.

R. FEYNMAN'S MEMORY TECHNIQUE

Valiullina E. V.

Department of Clinical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. The article presents a brief biography of the famous American physicist Richard Feynman, analyzes his special technique for memorizing complex information, widely used by modern psychology. In his teaching activities, R. Feynman was distinguished by his ability to explain complex things from the field of physics in simple and accessible language. Feynman's memorization technique involves the use of short thoughts and simple words based on explanation, repetition and simplification.

Keywords: Richard Feynman, method, technique, memorization, memorization technique, learning.

Введение. Ричард Филлипс Фейнман (1918-1988) – американский физик, изобретатель, преподаватель, популяризатор науки, лауреат Нобелевской премии по физике (1965 г.). Основные научные достижения Р. Фейнмана относятся к области теоретической и квантовой физики, он один из создателей квантовой электродинамики, входил в группу разработчиков атомной бомбы в Лос-Аламосе, его имя носит метод диаграмм в квантовой теории поля (метод диаграмм Фейнмана) [13]. Помимо научной работы Р. Фейнман вел активную преподавательскую деятельность, разработал курс лекций по общей физике и написал учебник, ставший ведущим учебником по физике для студентов вузов на долгие годы.

В психологии широко известен т.н. «Метод Фейнмана» или «Техника запоминания Фейнмана», следует отметить, что сам Ричард Фейнман никаких «техник» не изобретал, а метод приобрел популярность уже после смерти физика. Он славился своей способностью просто объяснять порой очень сложные вещи, а особые подходы к обучению Фейнмана были описаны его биографами. В книге «Биография Фейнмана» Д. Глейк описывает умение Фейнмана пропускать сложную информацию через призму собственного понятийного аппарата, создавая понятные концепции и его способность объяснять контринтуитивные вещи с особой элегантностью и простотой [7].

Объекты и методы исследования.

Объектом данного исследования выступает научная и преподавательская деятельность Ричарда Фейнмана, *предметом* является разработанная им методика обучения и запоминания, названная в последствии «техникой запоминания Фейнмана».

Цель исследования – рассмотреть технику запоминания Р. Фейнмана, проанализировать публикации по теме исследования.

Для реализации цели исследования применялись следующие *методы*: обзор научной литературы по предмету исследования, обсуждение современных психологических публикаций, обобщение полученных данных.

Результаты и их обсуждение. Ричард Филлипс Фейнман получил образование в Массачусетском технологическом институте на факультете физики и в Принстонском университете. В послевоенное время работал исследователем в Калифорнийском технологическом институте, где разрабатывал собственную теорию квантовых превращений, совершил «прорыв» в понимании физики сверхтекучести, занимался физикой низких температур и пр. Его приглашали преподавать во многие престижные вузы, университетские кафедры (например, однажды он получил приглашение в университет Принстона, где преподавал Эйнштейн) [13]. Активная преподавательская деятельность позволила Р. Фейнману внести значительный вклад в методологию научного познания, разработать принципиально новый курс физики, написать учебник «Фейнмановские лекции по физике» (который считается лучшим учебником в Америке по физике для студентов), а курс лекций для Корнеллского университета «Характер физических законов» лег в основу его одноименной книги [15].

Р. Фейнман часто принимал участие в психологических экспериментах своего друга Джона Лилли по сенсорной депривации (американского врача-психоаналитика, ученого-нейробиолога, известного своими исследованиями природы сознания и сенсорных процессов, а также изучением воздействия психоделиков на восприятие). В автобиографических записях Р. Фейнман описывает собственный опыт ярких галлюцинаций, полученных им в изолированной камере с соленой водой, курения марихуаны и приема кетамина, а вот от «опытов с ЛСД он отказался, опасаясь повреждения своего мозга» [15].

В автобиографии Р. Фейнмана и многих биографических очерках по его жизни и деятельности упоминается т.н. «Тетрадь того, о чем я не знаю», в которую физик записывал то, чего он еще не знал (сам он воспринимал ведение этой тетради как особый способ оставаться вовлеченным в постоянный процесс обучения и одновременно углублять свое понимание предмета). Потребность в активном и постоянном процессе обучения связана с реализацией потребности

в саморазвитии – в трактовке современных исследователей. Основопологающей характеристикой процесса саморазвития выступает активность личности, которая определяется самостоятельностью, сознательностью и самоорганизацией деятельности [3, 4, 5].

Р. Фейнман считал, что запись сложных теорий и концепций простыми словами является во-первых, эффективным способом выявления наличия пробелов в знаниях, во-вторых, лучшим из способов закрепления материала в долговременной памяти. Простое механическое заучивание Р. Фейнман отвергал, полагая, что обучение должно быть активным с пробами и ошибками, открытиями и самостоятельными исследованиями.

Техника запоминания Р. Фейнмана основана на использовании кратких мыслей и простого языка, включает три составляющих: объяснение (лучший способ что-то понять – объяснить это другому человеку; записать все что известно по информации, сформулировав доступным языком); повторение (повторить то, что уже было пройдено; возвращаться к исходной информации до тех пор, пока не появится способность объяснить ее спокойно и простыми словами) и упрощение (посмотреть все записи и убедиться, что в них нет сложной профессиональной терминологии, в противном случае – заменить ее простыми словами; прочитать текст вслух, если он звучит сложно или странно, сделать рассказ в более упрощенной форме) [9].

Иногда технику Фейнмана описывают в виде четырёхступенчатого процесса понимания какой-либо темы вместо автоматического заучивания новой информации:

- 1) выбор концепции (темы, теории);
- 2) объяснение выбранной темы самому себе или другому человеку простыми словами;
- 3) возвращение к теме, заполнение пробелов, повторение;
- 4) проведение аналогий и ассоциаций, придумывание простых примеров, упрощение первоначальных объяснений [11].

Аналогии, абстракции и ассоциации занимают значительное место в теории Р. Фейнмана. Способность выделять новые знания из уже имеющихся при помощи образов и абстракций отражает творческую сторону личности. Согласно ассоциативной теории мышления, сознательная деятельность человека – это врожденная способность, и именно ассоциации и абстракции участвуют в формировании мышления. Ассоциативная теория структурно упрощает различные теории и понятия в научной деятельности, основной акцент ставится на чувственное познание в процессе обучения [1].

В своей книге «Какое тебе дело до того, что думают другие?» Ричард Фейнман описал основные методы и приемы обучения, которые он использовал:

- «Все новые понятия накладываются друг на друга: эта мысль объясняется через предыдущую, а предыдущая – через какую-то еще, которая исходит от счета, который так отличается у разных людей!» [14, с. 26]. Т.е. объяснение новой информации должно строиться при помощи уже изученного с учетом возможностей когнитивного аппарата слушателя, обучающегося.

- «Я придумал схему, которой пользуюсь и по сей день, когда кто-то объясняет мне что-то, а я пытаюсь это понять: я придумываю примеры» [14, с. 27]. Т.е. иллюстрировать объясняемый материал необходимо понятными примерами для обнаружения ранее усвоенных аналогий, связей, ассоциаций.

- «...мысли могут быть как словесными, так и визуальными» [14, с. 24]. Т.е. конвертирование словесного ряда изучаемой информации в простые схемы, рисунки, графики, ментальные карты, с которыми удобно работать, легко понять и запомнить [10].

Визуальные средства часто рассматриваются в контексте процесса обучения на разных этапах восприятия информации, организации мышления, запоминания и сохранения учебного материала. Р. Фейнман получил свою Нобелевскую премию благодаря элементарным и простым рисункам, предложив графические диаграммы для объяснения сложных аспектов физики.

Использование ассоциаций и образов широко применяется в современных мнемотехниках – техниках запоминания. Еще один из основоположников отечественной научной педагогики К.Д. Ушинский утверждал: «Учите ребенка каким-нибудь неизвестным ему пяти словам – он будет долго и напрасно мучиться, но свяжите двадцать таких слов с картинками, и он их усвоит на лету» [12, с. 237]. Другой базовый аспект техники Фейнмана – повторение – важнейший элемент познавательной деятельности процесса памяти. Представитель когнитивной психологии, известный исследователь процессов памяти Р. Аткинсон подчеркивал, что при необходимой практике, человек может выучить большой объем информации, но для закрепления результата – ее необходимо обязательно повторять [2].

Заключение. За выдающиеся достижения в области физики Р. Фейнман был удостоен многих престижных премий – Нобелевской премии по физике (1965), Премией Эйнштейна Мемориального фонда (1954), Премией Эрнеста Лоуренса Комиссии по атомной энергии (1962). Помимо книг по физике «Квантовая механика и интегралы по траекториям» (1968), «Квантовая электродинамика» (1964), «Статистическая механика» (1975), «Фейнмановские лекции по физике» (1965), «Взаимодействие фотонов с адронами» (1975) и других, многие из которых были опубликованы уже после смерти физика «Фейнмановские лекции по гравитации» (2000), «Дюжина лекций: шесть попроще и шесть посложнее» (2010), «Радость познания» (2013). Р. Фейнман написал автобиографическую работу «Вы, конечно шутите, мистер Фейнман!» (1965), где описал свою жизнь вне физики от изучения японского языка и дешифровки кодов до применения в работе со студентами авторских техник запоминания.

Р. Фейнман верил в междисциплинарный подход к обучению, он находил ассоциативные связи со своей деятельностью в таких творческих направлениях как музыка или рисование. Альберт Эйнштейн играл на скрипке, немецкий физик Вернер Гейзенберг – на пианино, страстью Ричарда Фейнмана было

искусство и кубинские парные барабаны – бонго. Он весьма красноречиво говорил, но и умел видеть красоту в искусстве равно и в придуманных им историях. Это помогало отвлекаться, было источником вдохновения для работы по физике [8].

Техника обучения и запоминания, предложенная Ричардом Фейнманом, переносит основы научного поиска в плоскость образования, обучения, самообразования, делает понимание и освоение сложных теорий более доступным для большого количества людей, для всех, кто стремится к новым знаниям, совершенствованию собственной компетентности, а также техника весьма эффективна как для преподавателей, так и для обучающихся [6].

Литература / References:

1. Ассоциативное мышление. Развитие ассоциативного мышления. Доступно по: <https://b-trainika.com/blog/assotsiativnoe-assotsiativnogo-myshleniya/> (Дата обращения: 28.08.2024).
2. Аткинсон Р. Человеческая память и процесс обучения. М.: Прогресс, 1980. 526 с.
3. Валиуллина Е.В. Анализ взаимосвязи эмоционального интеллекта с некоторыми коммуникативными свойствами личности // Вестник общественных и гуманитарных наук. 2021. Т. 2. № 3. С. 53-59.
4. Валиуллина Е.В. Потребность в достижении успеха и эмоциональность личности // Научно-методический журнал Концепт. 2019. № 9. С. 54-59.
5. Валиуллина Е.В. Эмоциональный интеллект и потребности в саморазвитии в возрасте юности // Научное обозрение. Педагогические науки. 2021. № 1. С. 78-82.
6. Григорьева О.Н., Гарновская И.И. Интеллект-карты как технология визуализации информации и эффективный инструмент преподавателя // Высшая школа: научно-методический и публицистический журнал. 2023. № 1. С. 33-37.

7. Как навсегда запомнить выученное - 2 самые эффективные техники запоминания. Доступно по: <https://habr.com/ru/companies/first/articles/718856/> Ссылка активна на 28.08.2024.

8. Метод самообучения Фейнмана. Доступно по: <https://4brain.ru/blog/метод-самообучения-фейнмана/> Ссылка активна на 06.09.2024.

9. Муллер О.Ю., Клюкина А.А. Применение методов запоминания в обучении и повседневной жизни // Образование от «А» до «Я». 2024. № 3. С. 58-60.

10. Полякова М.В. Упражняйтесь в дистанте: первые достижения и первые ошибки // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. 2020. № 8 (47). С. 59-65.

11. Техника Фейнмана: что это за способ выучить что угодно и как его использовать. Доступно по: <https://shtab.app/blog/kak-nauchitsia-chiemu-ugodno-s-pomoshchiu-tiekhniki-feinmana/> Ссылка активна на 31.08.2024.

12. Ушинский К.Д. Избранные педагогические сочинения. М.: Юрайт, 2024. 258 с.

13. Фейнман, Ричард – Википедия. Доступно по: https://ru.wikipedia.org/wiki/Фейнман,_Ричард Ссылка активна на 28.08.2024.

14. Фейнман Р. Какое тебе дело до того, что думают другие? Ижевск: Регулярная и хаотическая динамика, 2001. 115 с.

15. Храмов Ю.А. Фейнман Ричард Филлипс (Feynman Richard Phillips) // Физики: Биографический справочник / Под ред. А.И. Ахиезера. М.: Наука, 1983. 400 с.

**ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ У ДЕТЕЙ
С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ
С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ПРИВЯЗАННОСТИ**

Василенко М. А., Никитенко К. Д.

Кафедры психиатрии и психосоматики

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Курск

Аннотация. В настоящей статье описываются результаты эмпирического исследования формирования привязанности у детей с ограниченными возможностями здоровья. Рассматриваются особенности эмоционального развития детей (в аспекте негативизм-содействие, эмоциональная лабильность - эмоциональная стабильность) с ограниченными возможностями здоровья с различными типами привязанности, возможности их адаптации и интеграции в общество.

Ключевые слова: привязанность, тип привязанности, дети с ограниченными возможностями здоровья, эмоционально-волевое развитие, адаптация.

**FEATURES OF EMOTIONAL-VOLITIONAL SPHERE
IN CHILDREN WITH DISABILITIES WITH DIFFERENT
TYPES OF ATTACHMENT**

Vasilenko M. A., Nikitenko K. D.

Department of Psychiatry and Psychosomatics

Kursk State Medical University, Russia, Kursk

Abstract. The present article describes the results of the empirical study of attachment formation in children with disabilities. The peculiarities of emotional development of children (in the aspect of negativism-cooperation, emotional lability-emotional stability) with disabilities with different types of attachment, the possibilities of their adaptation and integration into society are considered.

Keywords: attachment, type of attachment, children with disabilities, emotional and volitional development, adaptation.

Введение

В последние десятилетия мы наблюдаем неуклонный рост интереса ученых и исследователей к феномену привязанности и его влиянию на различные сферы человеческого бытия и деятельности. Под привязанностью ребенка к матери мы понимаем особый вид эмоциональной связи, в которой чувство безопасности ребенка связано с отношениями [3]. Очевидно, что выполнять задачи развития и исследовать окружающий мир ребенок может только испытывая чувство защищенности, иначе же он сосредоточен на поиске безопасности. Л.С. Выготский подчёркивал, что развитие когнитивной активности у детей тесно связано с постоянно меняющейся эмоционально-волевой сферой. Как следствие, недостаточно сформированные или нарушенные эмоционально-волевые характеристики могут стать причиной проблем с интеллектуальным развитием у детей, что, в свою очередь, негативно влияет на их личностное развитие.

Период раннего детства, до двух лет, считается решающим для формирования типа привязанности. Однако, несмотря на раннее становление, привязанность остается значимым фактором, влияющим на успешность развития личности и ее социализации, на протяжении всей жизни человека. На основании характеристик качества привязанности Д. Боулби, выделяют надежный и ненадежный типы привязанности [2].

Надежная привязанность играет значимую роль в поддержании психологического благополучия, обеспечивая гармоничное созревание эмоционально-волевой сферы и позволяя эффективно управлять собственными эмоциями. Это состояние характеризуется уверенностью в себе и спокойствием, а также склонностью к созданию доверительных и надежных

отношений с окружающими. Люди с надежной привязанностью имеют позитивное восприятие себя и других.

В отличие от этого, ненадежный тип привязанности может привести к психологическим проблемам. Для таких людей свойственны подавленность, агрессия и нежелание взаимодействовать с окружающими, что отражает их внутреннее неблагополучие.

Мы в своей работе сконцентрировали внимание на исследовании особенностей эмоционально-волевого развития детей с ограниченными возможностями здоровья, а именно с умственной отсталостью легкой степени тяжести и задержкой психического развития с различными типами привязанности к матери (либо лицу, ее заменяющему).

Умственная отсталость – состояние, обусловленное врожденным или рано приобретенным недоразвитием психики с выраженной недостаточностью интеллекта, затрудняющее или делающее полностью невозможным адекватное социальное функционирование индивидуума [4].

Задержка психического развития (ЗПР) употребляется по отношению к детям с минимальными органическими повреждениями или функциональной недостаточностью нервной системы, а также длительно находящимися в условиях социальной депривации [1].

Взаимосвязь между теорией привязанности и психопатологией является важным аспектом понимания психического здоровья человека. Установлено, что ненадежная привязанность может стать фактором, способствующим возникновению и развитию различных психических расстройств, а психологические проблемы, в свою очередь, могут усилить существующие проблемы в сфере привязанности [5].

Объекты и методы исследования

В своей работе мы остановились на исследовании следующих проявлений эмоционально-волевых расстройств у детей: негативизм, понимаемый как стремление противодействовать в своих поступках тому, что от них требуется

старшим и его противоположным феноменом - содействием или способностью к совместной деятельности, когда ребенок способен выполнять задание вместе со взрослым, либо по его указанию. Рассмотрели такие характеристики эмоциональной сферы как стабильность и лабильность. Эмоциональная лабильность понимается в легкости развития аффективной реакции в ответ на слабые и умеренные раздражители. А эмоциональная стабильность, наоборот, как характеристика устойчивости настроения и аффективных реакций.

Целью настоящего исследования являлось выявление качества привязанности ребенка к матери и развитие эмоционально-волевой сферы у детей с ограниченными возможностями здоровья.

Пилотное эмпирическое исследование проводилось с участием 39 детей в возрасте 10-17 лет, имеющих диагноз ЗПР или умственная отсталость легкой степени. Испытуемые проходили лечение в отделении детской психиатрии ОБУЗ «ККПБ им. святого великомученика и целителя Пантелеимона».

Для решения поставленных задач мы использовали клинико-психологические (клиническая беседа, наблюдение), психодиагностические (Шкала К. Кернс для определения надежности привязанности ребенка к родителям; проективный личностный тест Сонди; тест Люшера; опросник агрессивности Басса – Дарки), архивные (анализ медицинской документации) и статистические (критерий χ^2 Пирсона) методы.

Результаты и их обсуждение

В процессе исследования распределение испытуемых по группам было обусловлено качеством сформированной ими привязанности. Так, у 61% испытуемых был выявлен надежный тип привязанности к матери, и, соответственно у 49% испытуемых – ненадежный тип привязанности.

При оценке особенностей эмоционально-волевой сферы детей с ОВЗ с ненадежным типом привязанности достоверно были выявлены такие характеристики, как негативизм в 80%, проявленный как в сторону экспериментатора, так и по отношению к заданию. В результате изучения показателя «эмоциональная стабильность – эмоциональная лабильность» мы

отмечаем достоверно более высокий уровень эмоциональной лабильности – 90%. Такие данные можно объяснить сформированным негативным образом близкого взрослого, который обуславливает восприятие других людей, поскольку отношения привязанности легче активируются в ситуации стресса, в качестве которого выступала экспериментальная ситуация.

Кроме этого, эмоциональная лабильность указывает на неспособность держать эмоциональное напряжение, дефицит или избыток внимания со стороны близких взрослых, которые часто встречаются в условиях формирования ненадежной привязанности, поскольку мать либо сама эмоционально нестабильна и транслирует этот тип поведения ребенку, либо не отвечает на его запрос в качестве, длительности и интенсивности эмоционального контакта, что препятствует созданию стабильной психической основы, базового чувства безопасности и предпосылок исследовательской деятельности. В целом, дети с ненадежной привязанностью имеют менее зрелую эмоционально-волевою сферу, что отражается на качестве их контакта с окружающими, а также развитии когнитивных процессов, навыков самопознания и саморегуляции.

Исследователи отмечали, что имеется положительная корреляция между пониманием детьми своих эмоций, самопознанием, саморегуляцией и надежным типом привязанности. Для таких детей чаще характерна эмоциональная стабильность и содействие в связи с уверенностью, что отзывчивая фигура привязанности может прийти к ним на помощь в нужный момент.

Полученные данные определяют перспективное направление интеграции и адаптации в обществе детей с ограниченными возможностями. Освещая в рамках психологического просвещения и профилактики особенности формирования и разрушения эмоциональных связей между детьми и родителями мы помогаем осознать и принять факт ответственности родителей по отношению к собственным детям и обществу в целом. Здесь важно, чтобы не

только дети с ОВЗ и их родители были готовы к интеграции в общество, но, и чтобы общество было готово их принять.

В настоящее время много сделано, для решения этой проблемы, но часть сложностей еще существует: стигматизация, мифологизация и прочие, относительно людей с ОВЗ. На наш взгляд достаточное информирование и изменение личностного отношения с ежедневной демонстрацией и поддержанием качественного контакта, принятия, понимания, эмпатии, внимания, сочувствия, сопереживания и содействия – один из вариантов решения проблемы интеграции и адаптации в обществе детей с ОВЗ.

Мы не ведем сейчас речь о создании толерантной среды и снисхождении, а скорее о принятии и стремлении понять, а это понимание начинается с малого: с особенностей контакта не только между родителями и детьми, но и между медицинскими работниками на местах, способностью услышать друг друга врачам, медицинским психологам, социальным работникам, средним медицинским персоналом и работать в хорошей слаженной команде, разговаривая на одном языке, выполняя важнейшие задачи сохранения, поддержания здоровья, а также реабилитации и абилитации.

Литература / References:

1. Аксенова Л.И. и др. Специальная педагогика: Учебное пособие / М.: Академия, 2001. 400 с.
2. Боулби Дж. Привязанность / пер. с англ. М.: Гардарики, 2003. 477с.
3. Василенко М.А. Привязанность ребенка к матери, как фактор ранней социализации. Дис...канд...псих.наук./ М.А.Василенко// ФГБОУ ВПО «Курский государственный университет» Защищена 26.09.2011. 233с.
4. Погосов А.В., Пастух И.А. Учебное пособие «Психиатрия, медицинская психология». 2020. 177 с.
5. Laczkovics C. [et al.]. Defense mechanism is predicted by attachment and mediates the maladaptive influence of insecure attachment on adolescent mental health // Current Psychology. 2018. 9 p.

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ШИЗОФРЕНИИ, АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ И РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА НА КОГНИТИВНУЮ СФЕРУ ПАЦИЕНТОВ

Величко В. С., Станько Э. П., Бизюкевич С. В.
*Гродненский государственный медицинский университет
Республика Беларусь, г. Гродно*

Аннотация. В работе рассмотрены основные особенности когнитивной сферы пациентов с шизофренией, алкогольной зависимостью и рассеянным склерозом. Детально изучены когнитивные нарушения, выявлены особенности каждой группы, которые могут и должны использоваться для диагностики, подбора тактики лечения и реабилитации пациентов, а также для снижения инвалидизации и социальной изоляции.

Ключевые слова: шизофрения, алкогольная зависимость, рассеянный склероз, когнитивные расстройства, этапы течения болезни, междисциплинарная связь, Монреальская шкала когнитивной оценки.

FEATURES OF THE INFLUENCE OF SCHIZOPHRENIA, ALCOHOL DEPENDENCE AND MULTIPLE SCLEROSIS ON THE COGNITIVE SPHERE OF PATIENTS

Velichko V.S., Stanko E.P., Bezyukevich S.V.
Grodno State Medical University Grodno, Belarus

Abstract. The paper considers the main features of the cognitive sphere of patients with schizophrenia, alcohol dependence and multiple sclerosis. Cognitive impairments are studied in detail, the peculiarities of each group are identified, which can and should be used for diagnosis, selection of treatment tactics and rehabilitation of patients, as well as for reducing disability and social isolation.

Keywords: schizophrenia, alcohol dependence, multiple sclerosis, cognitive disorders, stages of the disease course, interdisciplinary communication, Montreal cognitive assessment scale.

Введение

Изучение когнитивной сферы пациентов психиатрического и соматического профиля позволило выявить у них широкий спектр дисфункций, обусловленных влиянием заболеваний на функционирование головного мозга. Выраженность когнитивных нарушений влияет на степень успешности социальной адаптации и реабилитации пациентов. В клинической практике пациенты, имеющие когнитивные нарушения, как правило, представляют сложную задачу для врачей всех специальностей в отношении диагностики и подбора эффективной и полноценной терапии.

Своевременное выявление и назначение патогенетически обоснованной терапии принципиально важно, поскольку способствует функциональному восстановлению церебральных структур и предотвращает необратимые последствия и зависит от бригадного метода оказания помощи пациенту со стороны врачей психиатрического и соматического профиля. Когнитивные нарушения являются ведущей и устойчивой характеристикой таких заболеваний как шизофрения, алкогольная зависимость и рассеянный склероз и часто встречаются в клинической практике врача [1].

Нейрокогнитивные нарушения влияют на течение и степень болезни, ход и результаты проводимой терапии. Эти нарушения отражают патологические процессы в центральной нервной системе и являются важным предиктором восстановления социального функционирования пациентов [2]. Остается открытым вопрос о структуре этих нарушений пациентов с шизофренией, алкогольной зависимостью и рассеянным склерозом в их сравнении. Таких работ немного, но целью данного обзора является именно их анализ, сопоставление полученных результатов, для более четкого понимания структуры и динамики нарушений когнитивного функционирования пациентов.

Объекты и методы исследования

Исследование проводилось на базе клинических отделений учреждения здравоохранения «Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-

наркология» и Гродненской университетской клиники. Критерии включения: наличие клинически установленного и верифицированного диагноза шизофрении, алкогольной зависимости и рассеянного склероза в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10.

Обследовано 45 пациентов: 15 пациентов с диагнозом «Шизофрения» (F20), Me 46 лет (среднее значение), из них 10 мужчин и 5 женщин, 15 пациентов с диагнозом «Алкогольная зависимость» (F10.2), Me 49 лет, из них 14 мужчин и 1 женщина, 15 пациентов с диагнозом «Рассеянный склероз» (G35), Me 51 год, из них 5 мужчин и 10 женщин.

Проведена оценка состояния когнитивных функций пациентов с помощью Монреальской шкалы когнитивной оценки [3], позволяющей исследовать исполнительные функции, внимание, память, речь, оптико-пространственную деятельность, концептуальное мышление, счет и ориентированность; методики «Числовые ряды» для исследования логического аспекта математического мышления использовали [4]; методики К. К. Платонова «Арабско-римские таблицы» для исследования переключаемости внимания [5]; методики «Запоминание 10 слов» – для оценки состояния слуховой памяти на слова, утомляемости, активности внимания, запоминания, сохранения, воспроизведения, произвольного внимания [6].

В исследовании использовались анамнестические и клинические данные из медицинской карты стационарного пациента, клиническая беседа, данные неврологического осмотра.

Полученные результаты обработаны с помощью пакета прикладных статистических программ «Microsoft Excel 2013», «STATISTICA10». Статистическая значимость принята за $p < 0,05$.

Результаты исследования и обсуждение

Исследование у пациентов вышеуказанных групп зрительно-конструктивных навыков показало, что зрительно-конструктивные навыки сохранены у 5 (33%) пациентов с шизофренией (ШЗ), ниже клинической нормы.

Тест «рисования часов» не прошел успешно ни один пациент из этой группы: 5 пациентов (33%) воссоздали только контур часов, 2 пациента (13%) воссоздали только стрелки часов. С правильным копированием куба и последовательным соединением цифр и букв в порядке возрастания, не справился ни один пациент из данной группы.

Пациенты с алкогольной зависимостью (АЗ): скопировали куб 9 (60%) пациентов, последовательно соединили буквы и цифры в порядке возрастания 13 (86%) пациентов, с тестом «рисование часов» справились 5 (33%) пациентов. С тестом «рисование часов» справились 13 (86%) пациентов с рассеянным склерозом (РС), скопировали куб 11 (73%) пациентов, последовательно соединили буквы и цифры в порядке возрастания 14 (93%) пациентов. При сопоставлении результатов у пациентов всех групп, у пациентов с диагнозом шизофрении статистически чаще выявляется нарушение в сфере зрительно-конструктивных навыков ($p=0.00001$).

Называние предметов пройдено успешно 3 (20%) пациентами из группы ШЗ, 13 (86%) пациентами с АЗ, 15 (100%) пациентами с РС. Данные результаты свидетельствуют о том, что у пациентов с ШЗ имеется когнитивный дефицит в сфере зрительной памяти, который развивается вследствие структурно-функциональных нарушений головного мозга и выявляется статистически чаще, чем в других группах ($p=0.00001$).

Кратковременная память (слухоречевой вид) сохранна у 2 (13%) пациентов из группы ШЗ, у 9 (60%) пациентов из группы АЗ, 8 (53%) пациентов с РС.

Внимание изучалось при помощи двигательного реагирования пациентов на звуковой сигнал испытателя, 3 (20%) пациента с ШЗ верно и оперативно среагировали, 11 (73%) пациентов с АЗ, 14 (93%) пациентов с РС.

С повторением цифровых знаков справилось 6 (40%) пациентов с ШЗ, 11 (73%) пациентов с АЗ, 15 (100%) пациентов с РС. Безошибочные

арифметические навыки не продемонстрировал ни один пациент из группы ШЗ, 10 (15%) пациентов из группы с АЗ, 12 (80%) пациентов с РС.

Изменения в речи у пациентов с ШЗ: речь монотонная, снижено эмоциональное интонирование, с соскальзыванием и бессвязными ответами, отсутствует мимическая составляющая, среднее количество слов (СКС) на букву «Л»=5 слов, ниже нормы на 45%.

Пациенты АЗ демонстрировали включенность в беседу, активный, но примитивный ответ, беглость речи определяется медленным темпом с нецензурными выражениями и отсутствии контроля невербальной составляющей коммуникации, СКС на букву «Л»=10 слов, ниже нормы на 10%. Пациенты с РС активно участвовали в диалоге, но отмечали, что речь стала медленнее и не такой беглой, СКС на букву «Л»=13 слов, выше нормы на 18%.

Ассоциативная способность пациентов с ШЗ снижена, ассоциации алогичны, отмечается свехобобщенность, мышление характеризуется кривой логикой, с заданием ассоциативного характера справилось 0 пациентов из группы с шизофренией. У пациентов с АЗ ассоциации бедные, примитивные, но верные. Плоское сравнение и нахождение простого общего продемонстрировали 11 (73%) пациентов. Ассоциации пациентов с РС грамотные, разнообразные, полные и не примитивные, с заданием справились 15 (100%) пациентов.

С отсроченным воспроизведением справилось 0 пациентов с ШЗ, 2 (13%) пациентов частично справились с заданием при помощи подсказки испытателя (СКС:1). 0 пациентов из группы с АЗ отсроченно воспроизвели все слова, 7 (46%) пациентов частично воспроизвели с подсказкой (СКС:2). 0 пациентов с РС, частично воспроизвели без подсказки 13 (86%) пациентов (СКС:3).

Ориентация в группе пациентов с ШЗ нарушена у 9 (60%) пациентов, ориентация в группе пациентов с АЗ нарушена у 3 (20%) пациентов, у 15 (100%) пациентов с РС ориентация сохранена.

С решением числовых рядов с показателем выше нормы справились 0% пациентов с шизофренией, 2 (13%) пациента с АЗ и 7 (46%) пациентов с РС. Статистически чаще логические, аналитические и сложные счетные операции недоступны пациентам с шизофренией и доступны пациентам с РС ($p=0.00001$).

Среднее время выполнения методики «арабско-римские цифры» пациентов с АЗ составляло 18 минут, пациентов с РС 7 минут, пациенты с ШЗ выполняли методику неверно, переключались и не могли удерживать внимания для успешного прохождения данного материала.

Результаты выполнения методики запоминания 10 слов показали, что наиболее тяжелым уровень нарушения непосредственного воспроизведения был характерен для пациентов, страдающих ШЗ (68%) по сравнению с РС (43%) и АЗ (38%). У пациентов с шизофренией было продемонстрировано значительное нарушение способности кодировать информацию в рабочей памяти. Для пациентов с шизофренией вариант дефицита рабочей памяти, снижения способности к усвоению и хранению информации является типичным, так как определяется следствием общего снижения мотивационно-волевой сферы, отсутствием установки на прохождение методики и, зачастую, воздействием нейролептиков. При сопоставлении результатов у пациентов всех групп, у пациентов с диагнозом шизофрении статистически чаще выявляется нарушение непосредственного воспроизведения ($p=0.00001$).

Проведенный анализ выявил существенное различие в сфере когнитивной у пациентов с шизофренией, алкогольной зависимостью и рассеянным склерозом. Выраженность и динамика когнитивного дефицита представляются одним из наиболее значимых маркеров для оценки риска развития шизофрении и характеризуется нарушением в сферах: зрительно-конструктивного функционирования, зрительной и слухоречевой памяти и ее несостоятельность в следствии отсутствия мотивационного компонента, в сфере ассоциаций и аналитики.

Траектории когнитивного функционирования предполагают продольную неоднородность как снижение вработываемости, активного внимания у пациентов с шизофренией. Мышление характеризуется снижением уровня обобщений, искажением процесса обобщений, снижением мотивационно-личностного компонента мышления пациентов с шизофренией. Нарушения когнитивных функций могут являться причиной снижения уровня социального функционирования и, в свою очередь, ограничения жизнедеятельности.

Благодаря комплексной оценки мы установили, что когнитивные нарушения у пациентов с алкогольной зависимостью имеют свои особенности: неспособность концентрироваться, снижен уровень обобщения и анализа, ригидность мышления, пациенты способны к переключению внимания. Снижение аналитической функции и рабочей памяти происходит в следствии того, что алкоголь является сильным депрессором центральной нервной системы, нарушение в сфере зрительно-пространственных функций характеризуются более активным переключением и концентрацией, которая отсутствует в группе пациентов с шизофренией.

Пациенты из группы РС продемонстрировали самые высокие результаты когнитивной сохранности. Но они имеют свои особенности. В следствии лобной дисфункции пациенты испытывают сложности с планированием, обобщением и анализом информации. Зрительно-конструктивная сфера сохранна и характеризуется не когнитивным дефицитарным состоянием, а неврологической составляющей диагноза (онемением кистей и снижение силы нажима письма). Снижение памяти характеризуется изменением и регрессом кратковременной памяти при сохранной долговременной памяти. Пациенты забывают о предстоящих событиях, заданиях не только из-за когнитивного дефицита, но и из-за невозможности планировать и концентрироваться.

Полученные результаты свидетельствуют о групповых отличиях и особенностях в сфере когнитивных нарушений пациентов. Благодаря изучению

особенностей каждой группы и интеграции полученных знаний, медицина делает значительный шаг вперед.

Выводы

Дефицитарность когнитивного функционирования характерна для пациентов, страдающих шизофренией в большей степени, нежели для пациентов с алкогольной зависимостью и рассеянным склерозом. Это дает основание полагать, что нейрокогнитивный дефицит можно рассматривать, как одно из основных проявлений шизофрении, который может быть причиной снижения уровня социального функционирования пациентов и ограничения их жизнедеятельности.

Представляется перспективным в отношении долгосрочного прогноза и снижения социального бремени заболевания раннее лечебное вмешательство, направленное на коррекцию имеющихся когнитивных нарушений у пациентов с шизофренией, предотвращающее их нарастание, сопряженное со снижением социального функционирования, способности к трудовой деятельности, самообслуживанию и снижающее, посредством этого, вероятность возникновения инвалидности среди этой группы пациентов.

Использование высокочувствительных нейропсихологических тестов показало наличие мозгового дефицита у пациентов с алкогольной зависимостью, представленный нарушениями высших психических функций. Недостаточность когнитивных функций можно рассматривать, как потенциальный этиологический субстрат для развития расстройств поведенческой регуляции при дальнейшем потреблении алкоголя. Раннее выявление нарушений когнитивных функций и их коррекция позволят предотвратить развитие дегенеративных процессов в головном мозге и улучшить исход заболевания пациентов с алкогольной зависимостью.

Выявленная у пациентов с рассеянным склерозом когнитивная дисфункция имеет важное практическое значение и указывает на

необходимость разработки терапевтических мероприятий у данной категории пациентов.

Литература/ References:

1. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапия: сб. ст. / редкол.: М. В. Иванов. СПб.: Вестник магистратуры, 2018.

2. Личностный профиль пациентов с начальными проявлениями болезни Рассеянный склероз: сб. науч. ст. / редкол.: Р. Р. Богданов [и др.]. Москва: Альманах клинической медицины, 2016. С. 329-335.

3. Монреальская шкала оценки когнитивных функций. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://memo.expert/wp-content/uploads/mosca-monrealskaya-shkala-kognitivnoj-oczenki.pdf>. – Дата доступа: 24.08.2024.

4. Психологическая диагностика пациента в практике врача [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://med-tutorial.ru/m-lib/b/book/1605165586/18>. – Дата доступа: 20.08.2024.

5. Платонов К.К. Методика. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://ppt-online.org/542289>. – Дата доступа: 21.08.2024.

6. Образовательный портал развития педагогики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.prodlenka.org/metodicheskie-razrabotki/319064-metodika-ar-lurija-zauchivanie-10-slov>. – Дата доступа: 21.08.2024.

ПРАКТИКА «СВОБОДНОЕ ПИСЬМО» ДЛЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ ОТ НЕГАТИВНЫХ СОСТОЯНИЙ В СТРЕССОВЫХ СИТУАЦИЯХ

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.

PRACTICE «FREE WRITING» FOR RELEASE FROM NEGATIVE STATES IN STRESS SITUATIONS

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 тратится 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 невиденное 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 c.
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.

КОМОРБИДНОСТЬ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ И НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ: ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ И КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ

Воеводин И. В.

НИИ психического здоровья Томского НИМЦ, Россия, г. Томск

Для изучения особенностей формирования и протекания алкогольной зависимости в люцидных и коморбидных с невротическими расстройствами формах, а также особенностей невротических расстройств без коморбидности и с наличием коморбидных аддиктивных состояний, были изучены микросоциальные, психологические и клинические характеристики пациентов с последующим сравнительным межгрупповым анализом.

Всего было обследовано 105 пациентов (80 мужчин и 25 женщин) с алкогольной зависимостью и 61 пациент (17 мужчин и 44 женщины) с невротическими расстройствами, проходящих лечение в клиниках НИИ психического здоровья Томского НИМЦ.

Исследование проводилось в соответствии с Картой стандартизованного описания больного, разработанной в НИИ психического здоровья, с включением тестового инструментария для оценки социально-психологической адаптации и качества жизни, а также тревожно-депрессивной симптоматики. Клинические проявления как невротических расстройств, так и постабстинентного состояния при алкогольной зависимости, оценивались с помощью включенной в карту квантифицированной шкалы оценки симптомов.

Нозологическая структура невротических расстройств, коморбидных алкогольной зависимости, была представлена реакциями на стресс и нарушениями адаптации (F43) в 89,4% случаях всей выявленной коморбидной невротической патологии, наиболее часто в виде смешанного расстройства эмоций и поведения, реже в виде смешанной тревожной и депрессивной реакции и реакции с преобладанием нарушения других эмоций. Реже отмечались панические расстройства (F41.0) – в 5,3% случаев и неврастения (F48.0) – также в 5,3% случаев.

Аддиктивные состояния были выявлены у 18,0% пациентов с невротическими расстройствами, в виде употребления алкоголя с вредными последствиями, F10.1 (72,7% всей коморбидности), в единичных случаях выявлено употребление каннабиноидов с вредными последствиями, F12.1 (18,2%), и синдром зависимости от алкоголя, F10.2 (9,1%).

Пациенты с алкогольной зависимостью при наличии коморбидной невротической патологии отмечали неуравновешенные черты характера в детском возрасте (тормозимые в 36,8% случаев vs. 9,1% у пациентов без коморбидности; возбудимые в 21,1% случаев vs. 0,0%, $\chi^2=7,1$; $df=2$; $p=0,0288$). При сопоставимом уровне посещения детского дошкольного учреждения, пациенты с коморбидным диагнозом реже отмечают положительное отношение к нему (26,3% vs. 72,7%) и чаще – отрицательное (31,6% vs. 0,0%) либо нейтральное (26,3% vs. 9,1%), $\chi^2=9,5$; $df=2$; $p=0,0088$. У данных пациентов в анамнезе повышена частота встречаемости фактов отчисления из учебного

заведения (52,6% vs. 9,1%, $\chi^2=6,4$; $df=2$; $p=0,0413$) и перенесенных в подростковом возрасте хронических психотравмирующих ситуаций (47,4% vs. 9,1%, $\chi^2=4,6$; $df=1$; $p=0,0321$). Во всех наблюдаемых случаях при наличии коморбидности у пациентов имелись актуальные хронические психотравмы (без наличия коморбидности – в 63,7% случаев), при этом уровень оценки травм как высоко субъективно значимых достигал 78,9% (vs. 45,5%, $\chi^2=8,1$; $df=2$; $p=0,0173$). Группа пациентов с наличием высшего образования отличалась большей распространенностью двойного диагноза – 55,3% при 24,1% в группе пациентов со средним образованием ($\chi^2=8,2$; $df=1$; $p=0,00426$).

Психологические особенности пациентов с алкогольной зависимостью, коморбидной с невротическими расстройствами, проявились в снижении социально-психологической адаптации (СПА), прежде всего в сфере «семья» (при уровне статистической значимости $p=0,0252$). Характерологические особенности пациентов с наличием коморбидности проявились заострением черт по устойчивому, описанному ранее комплексу «эмоциональная лабильность-депрессивность» в сочетании низким уровнем уравновешенности.

Сравнительный анализ клинических проявлений постабстинентного состояния выявил повышенную тяжесть симптомов при наличии коморбидности, с наиболее достоверными различиями в отношении симптомов гипотимии (при $p=0,002$), obsессивных проявлений (при $p=0,0013$), а также проблем тягостного одиночества ($p=0,0014$). Кроме того, статистически достоверные различия получены для показателя депрессии по шкале HADS (при $p=0,0001$).

Пациенты с невротическими расстройствами, имеющие коморбидные аддиктивные состояния, чаще были мужского пола (63,6% случаев vs. 20,0% при отсутствии коморбидности, $\chi^2=8,5$; $df=1$; $p=0,0034$), с утраченным профессиональным статусом (54,5% vs. 8,0%, $\chi^2=11,4$; $df=2$; $p=0,0022$) и неудовлетворенностью выбранной профессией (54,5% vs. 12,0%, $\chi^2=10,9$; $df=2$; $p=0,0101$), анамнестическими сведениями о низкой академической

успеваемости (81,8% vs. 50,0%, $\chi^2=4,0$; $df=1$; $p=0,0451$) и нарушениях дисциплины в учебном заведении (63,6% vs. 20,0%, $\chi^2=8,5$; $df=1$; $p=0,0034$).

Обобщенные результаты исследования представлены в таблице.

Группа показателей	Нозологическая группа	
	Алкогольная зависимость: факторы коморбидности с невротическими расстройствами	Невротические расстройства: факторы коморбидности с аддиктивными состояниями
Микросоциальные	<ul style="list-style-type: none"> • высокий образовательный уровень • неуравновешенность характера в детстве • нарушенная адаптация в детском дошкольном учреждении • факты отчисления из вуза • хронические психотравмы в подростковом возрасте • высокая субъективная значимость актуальных психотравм 	<ul style="list-style-type: none"> • мужской пол • низкая успеваемость • нарушения дисциплины в учебном заведении • высокая общительность • неудовлетворенность специальностью • утрата профессионального статуса
Психологические	<ul style="list-style-type: none"> • снижение СПА в сфере «семья» • эмоциональная лабильность, депрессивность, неуравновешенность 	<ul style="list-style-type: none"> • снижение СПА в сфере «основная деятельность» • экстраверсия, низкий уровень застенчивости
Клинические	<ul style="list-style-type: none"> • повышение выраженности гипотимической, обсессивной симптоматики, проблем тягостного одиночества, депрессивных проявлений 	-

Вместе с тем, данная группа отличалась повышенным уровнем общительности со сверстниками (63,6% vs. 22,0%, $\chi^2=10,7$; $df=4$; $p=0,0302$). Микросоциальным характеристикам пациентов с коморбидными аддиктивными состояниями соответствовали выявленные психологические особенности –

снижение СПА в сфере «основная деятельность» (при $p=0,0457$), заострение характерологических черт экстраверсии и снижение показателя выраженности черт застенчивости. Статистически достоверных различий в клинических проявлениях невротических расстройств с наличием и отсутствием аддиктивной коморбидности выявлено не было.

Таким образом, при наличии «двойного диагноза» алкогольной зависимости и невротического расстройства можно говорить, с одной стороны, о «количественном утяжелении», о более выраженных факторах риска и большей тяжести симптомов. С другой стороны, речь идет о приобретении фасадным расстройством (послужившим причиной обращения) черт расстройства коморбидного, то есть о «качественной деформации» состояния, что необходимо учитывать при планировании терапевтической тактики.

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 общности, 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) «вращивание» (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. Эриксон, Э. Детство и общество / Э. Эриксон. СПб. : Речь, 2000. 416 с.

ФЕНОМЕН ЗООАНТРОПОМОРФИЗМА В СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ

Григорьева Н. И.

*Кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии
ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Новосибирск*

Аннотация. Данная статья посвящена изучению современных зооантропоморфных субкультур, таких как фурри, териантропы и квадроберы. Особое внимание уделяется феномену териантропии – разновидности зооантропоморфизма, когда человек отождествляет себя с определённым животным и ведёт соответствующий «звериный» образ жизни. Проводится анализ психопатологии лиц, которые идентифицируют себя с животными.

Ключевые слова: зооантропоморфные субкультуры, фурри, териантропия, квадробика, зоантропический бред метаморфозы.

THE PHENOMENON OF ZOOANTHROPOMORPHISM IN MODERN PSYCHIATRY

Grigorieva N. I.

*Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology
Novosibirsk State Medical University, Russia, Novosibirsk*

Abstract. This article is devoted to the study of modern zooanthropomorphic subcultures such as furies, therianthropes and quadrobers. Special attention is paid to the phenomenon of therianthropy – a kind of zooanthropomorphism, when a person identifies himself with a certain animal and leads an «animal» lifestyle. This research is analysed psychopathology of individuals who identify themselves with animal.

Keywords: a zooanthropomorphic subcultures, furry, therianthropy, quadrobics, delusion of transformation

Введение. В настоящее время среди молодых людей резко возрос интерес к зооантропоморфным субкультурам, таким как териантропы, фурри и квадроберы. В средствах массовой информации всё чаще появляются новости, как подростки, одетые в странные костюмы с ушками и хвостами, собираются в парках и подражают поведению животных, тем самым привлекая внимание прохожих. Как правило, эти эксцентричные люди безобидны, но встречались случаи, когда их «игры» переходили всякие границы нормы, и зооантропоморфы могли напугать или даже укусить кого-то. Чаще всего такое поведение в обществе вызывает недоразумение, однако некоторые взрослые люди чрезвычайно обеспокоены данным явлением и выступают категорически против этих субкультур. Необходимо принимать во внимание тот факт, что большая часть зооантропоморфов (около 80%) – это подростки 11-15 лет, чья личность ещё до конца не сформирована, а значит, крайне высок риск ухода в другую реальность и формирования нарушения идентичности в будущем. Соответственно, актуальность исследуемой проблемы неоспорима.

Объекты и методы исследования

В данной работе была предпринята попытка систематизировать информацию о зооантропоморфных субкультурах, выявить отличия между ними и провести анализ психопатологии у лиц, отождествляющих себя с каким-либо животным. В ходе исследования проводился обзор литературы по антропологии, культурологии и психоанализу, а также использовались

материалы интервью людей, называющих себя териантропами. Были изучены официально признанные данными субкультурами интернет-ресурсы, такие как: Wikifur.com, Therian-guide.com, Therianthropy.ru.

Результаты и их обсуждение

Несмотря на то, что феномен зооантропоморфности сейчас носит характер мейнстрима, это явление для человечества далеко не ново. Ещё со времён эпохи палеолита люди создавали наскальные рисунки, изображающие полузверя-получеловека. В мифологии любой древней культуры также встречались боги с телом человека и головой животного: в Древнем Египте – Анубис, Бастет, Сет и Тот, у шумер – Иштар и Мардук, в Индии – Ганеша, Гаруда и Хануман. Это всё отражало мировоззрение древних людей, для которых свойственно было рассматривать зверей как равных себе существ, наделять их человеческими качествами, а взамен присваивать себе могущество того или иного зверя, что легло впоследствии в основу тотемизма. Так, древний человек ощущал себя неотъемлемой частью природы [6, с. 113]. Считается, что возврат к архаичному мифологическому мышлению у современного человека является своеобразной защитной реакцией на стресс.

Заинтересованность зооантропоморфными образами во многом определяется инфантилизмом современного общества [5, с. 178]. Массовая культура формирует у людей детский взгляд на мир животных, в связи с чем сильно идеализируется образ наших братьев меньших. Мы склонны испытывать умиление при виде мягких и пушистых созданий, поэтому представители молодёжных сообществ всё чаще переодеваются в костюмы зверей из отряда псовых и кошачьих, чтобы получить недостающее им социальное «поглаживание». Зачастую подростки, страдающие дисморфофобией и дисморфоманией, прикрываясь под маской такого питомца, тем самым вуалируют собственную личность, ведь своя внешность вызывает сомнения в привлекательности, а милovidные беззащитные животные никого не оставляют равнодушными. Так, инфантильный образ у окружающих

инстинктивно вызывает родительские чувства и помогает подростку компенсировать нехватку внимания к собственной персоне.

Если в дошкольном или младшем школьном возрасте сюжетно-ролевые игры с перевоплощением в какое-либо животное - это норма, то в подростковом или зрелом возрасте это должно насторожить. В детстве такие игры влияют на психику благотворно: развивают эмоциональную сферу, способствуют формированию эмпатии, в более старшем возрасте «превращения» сигнализируют об уходе человека в другую реальность, где включается механизм регресса психики до примитивных животных реакций.

Разберём по порядку, кто же такие фурри, квадроберы и териантропы и чем они друг от друга отличаются.

Квадробика представляет собой особый экстремальный вид спорта, придуманный японским спортсменом Кеничи Ито в 2008 году, заключающийся в беге и прыжках на всех четырёх конечностях, имитирующий движения животных. Для антуража квадроберы используют аксессуары в виде хвостов и масок кошачьих, собачьих или лошадиных морд. Какой-либо идеологии у них нет, поэтому относить ли квадроберов к отдельной субкультуре – вопрос спорный.

Другой не менее важной субкультурой является фурри-сообщество (англ. furry – пушистый, покрытый мехом), представители которого одеваются в костюмы животных (фурсьюты) и отыгрывают поведение своего любимого персонажа (фурсоны) в общественных местах. Это сообщество зародилось ещё в 80-х годах прошлого столетия. Они публичны, позитивны, игривы и беззаботны. Такой образ жизни, прежде всего, сопряжен для них с творческим самовыражением. Фурри ясно осознают, что они люди, и фурсона – это скорее их сценический образ, а не вторая личность, чего не скажешь о следующей субкультуре – териантропах.

Териантропы или териане (англ. therian, theri) – молодёжная субкультура, представители которой полностью идентифицируют себя с конкретным

животным. Главная задача каждого териантропа – раскрыть в себе внутреннего зверя. Один из членов данного сообщества, Арамонд Ван Рахамдальф говорит: «Мы проходим через пробуждение, чувствуя связь с определенным животным. Это может случиться в зоопарке или в дикой природе. У большинства терианов, когда мы переходим в другое состояние, появляются животные инстинкты, обостряются чувства, ощущения становятся немного сильнее». По его словам, в момент пробуждения новой индивидуальности в виде животного (териотипа или a therioside) териане даже ощущают у себя фантомные части тела – хвост, уши, когти и рога.

История субкультуры началась в 1992 году, когда в сети Usenet была создана группа alt.horror.werewolves (АНВВ), в которой обсуждали волков-оборотней и фильмы ужасов и в какой-то момент один из пользователей рассказал, что он духовно ощущает себя вервольфом, другие же участники признались, что чувствуют то же самое, тогда стали говорить о духовной териантропии [8].

Наиболее удивительным феноменом с точки зрения психиатрии в териантропии является так называемый «шифтинг» - намеренное или спонтанное, в стрессовых ситуациях, проявление звериных черт в мышлении и поведении, самоощущении. Териане выделяют несколько разновидностей шифтинга: Mental shifting (ментальная трансформация), dream shifting (сновидения), phantom shifting (ощущение фантомного тела), sense shifting (сенсорный или астральный шифтинг) и physical shifting (физическая трансформация в какое-либо животное) [10]. Например, в ответ на страх, териантроп выдаёт примитивную звероподобную поведенческую реакцию: выгибает дугой спину подобно кошке или же начинает скулить как собака.

Ряд авторов рассматривают териантропов в структуре субкультуры фурри на основании общих критериев идентификации: приверженности к антропоморфным животным и определённого «звериного» склада психики. По заинтересованности в процессе они выделяют три группы участников. Первая

группа – фурри-лайфстайлеры, наиболее близкая группа к истинным териантропам, участники переносят свою «фурсону» в реальную жизнь и ведут образ жизни животного, с которым себя отождествляют. Вторая – фурри-организаторы, которые в основном занимаются творческой деятельностью: шьют костюмы, создают фурри-арт, организуют парады. И, наконец, третья группа – любители, которых просто привлекает внешняя атрибутика сообщества [1, с. 37].

Однако если субкультура фурри это относительно безобидное творческое самовыражение, то с териантропией дела обстоят гораздо сложнее. Идеи отождествления себя со зверем носят характер сверхценных, но грань, отделяющая их от зоантропического бреда иногда бывает слишком тонка. Териане искренне убеждены, что они – животное, запертое в теле человека, и в этом их очень трудно разубедить. В связи с этим даже непросто определить достоверно, невротический это уровень поражения или же психотический. О себе териане говорят: «Мы не вообразаем себя зверями, мы не напяливаем на себя звериные маски и не ищем «зверя в себе», мы не стремимся поведать всем подряд о нашем превосходстве над кем бы то ни было (ибо его нет), нам нет нужды доказывать всем и каждому свою «инаковость» — мы действительно звери» [9].

По своей клинической картине териантропия напоминает уже известный психиатрии феномен зоантропии – психического нарушения, при котором наблюдается бред метаморфозы: больной убеждён, что он может превращаться в волка (ликантропия или оборотничество), собаку (кинантропия), кошку (галеантропия) или другое животное. При этом он говорит, что видит в зеркале не своё лицо, а морду этого животного. Поведение пациента также имитирует повадки зверя, в которого он «превращается». Больной может лаять, выть на луну, скулить, кусаться, передвигаться на четвереньках, спать на земле и соблюдать рацион животного, в которое он «превратился». Помимо

перечисленных симптомов у пациента часто нарушен сон и отмечается активность в ночное время суток.

Феномены подобного перевоплощения могут рассматриваться в качестве галлюцинаторного варианта деперсонализации [3, с. 32]. Наиболее частыми психиатрическими нозологиями, при которых встречается зоантропический бред, являются шизофрения, биполярно-аффективное расстройство и психотическая депрессия. В научной литературе со второй половины XIX века по настоящее время всего было описано 56 клинических случаев зоантропии [2, с. 42]. Органическим субстратом такого состояния могут являться изменения в центральной и прецентральной извилинах, задних отделах теменной коры, гиппокампе, височной коре – отделах, отвечающих за процессы распознавания, а также поражение правой нижней части мозжечка, приводящее к расстройствам самоидентификации.

С точки зрения психоанализа териантропия может рассматриваться как разновидность тотемизма. Члены первобытных кланов, стараясь подчеркнуть сходство с тотемом, также облачаются в шкуру животного и подражают его повадкам [4, с. 102-103]. Такой мимезис (подражание) свидетельствует о пережитой в прошлом травматической ситуации, указывая на диссоциативную природу данного явления – человек, имеющий преморбидные гистрионические черты, пытается исчезнуть, раствориться в той фигуре, тотеме, которому подражает, то есть за тотемизмом скрывается невротический страх окружающей реальности.

Потенциально териантропия может считаться психическим заболеванием, хотя официально пока не признана таковым. Недавнее исследование показало, что териане набрали высокие баллы по подшкалам шизотипии и аутизма, у 16% уже был установлен психиатрический диагноз [7, с. 403-426].

Выводы

Популярность зоантропоморфных субкультур во многом определяется психической незрелостью молодых людей и желанием скрыть от окружающих

свою истинную идентичность за маской животного. Часто под феноменом зоотропоморфизма могут скрываться такие психические нозологии как: депрессия с деперсонализационным синдромом, расстройства шизофренического спектра, расстройства аутистического спектра, а также диссоциативное расстройство идентичности.

Из всех зооантропоморфных субкультур особую группу риска по психическим заболеваниям составляют териантропы, поскольку их идеология сопряжена с уходом в иную реальность. Если вдруг подросток стал активно увлекаться зооантропоморфными образами, то непременно стоит обратить на это внимание и определить, к какой субкультуре он себя причисляет, необходимо понять, что стоит за желанием надеть хвост и маску зверя – творческое самовыражение или же отказ от себя и полное отождествление с образом Другого.

Литература / References:

1. Арнаутова А.Ф. Место субкультуры «фурри» в системе субкультурных образований// Вестник Самарского университета. История, педагогика, филология. Самара, 2013. С. 32-38.
2. Дамулин И.В., Сиволап Ю.П. Ликантропия: психоневрологические и соматические аспекты. Российский медицинский журнал, 2018; 24(1): 41-44. DOI <http://dx.doi.org/10.18821/0869-2106-2018-24-1-41-44>
3. Жмуров В. А. «Психопатология». Иркутск: Изд-во ИГУ, 1994. Т.1. 240 с.
4. Фрейд З. Тотем и табу / Пер. с нем. А.М. Боковиков. М.: Академический проект, 2020. 159 с.
5. Храмова М.Н. Метаморфозы зооморфных образов в массовой культуре: образ животного и проблема идентификации в молодёжных субкультурах// Труды Санкт-Петербургского государственного института культуры. СПб., 2015. С 177-190.

6. Чубур А.А. К вопросу о феномене субкультуры фурри// Folk-Art-Net: Новые горизонты творчества. От традиции к виртуальности. М., 2007. С. 105-116.

7. Clegg H., Collings R., Roxburgh E. C. Therianthropy: wellbeing, schizotypy, and autism in individuals who self-identify as non-human // society & animals. 2019. Т. 27. №. 4. С. 403-426.

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,
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.

*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 настоящее время 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 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.

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) (ПОР/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, неприятия 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. 09. 2024.

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: 06.09.24.

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.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВОДОВ
У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В КОНТЕКСТЕ
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ**

Жабарова Л. А.

*Национального университета Узбекистана имени М.Улугбека,
Республика Узбекистан г. Ташкент*

Аннотация. В статье рассматриваются психологические аспекты разводов в семьях, включая их причины и последствия. Представлены результаты авторского исследования под названием «Причины и последствия развода в семьях военнослужащих».

Ключевые слова: Семья, развод, причины разводов, последствия развода, тренинг, брак, семейные отношения.

**PSYCHOLOGICAL FEATURES OF DIVORCES AMONG MILITARY
PERSONNEL IN THE CONTEXT OF INTERDISCIPLINARY
INTERACTION**

Zhabarova L. A.

*National University of Uzbekistan named after M. Ulugbek,
Republic of Uzbekistan, Tashkent*

Abstract. The article examines the psychological aspects of divorces in families, including their causes and consequences. The results of the author's study entitled «Causes and consequences of divorce in military families» are presented.

Keywords: Family, divorce, causes of divorce, consequences of divorce, training, marriage, family relations.

Введение

Разводы среди военнослужащих представляют собой значительную психологическую и социальную проблему, затрагивающую не только сами отношения, но и общее психическое здоровье, адаптацию и функциональность

военнослужащих. Эти разводы часто сопровождаются уникальными стрессорами, связанными с военной службой, такими как частые командировки, длительные периоды разлуки с семьей и высокая степень профессионального стресса. В результате, военнослужащие могут сталкиваться с усугублением психиатрических расстройств, таких как депрессия, тревожные расстройства и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Эффективная поддержка таких индивидуумов требует комплексного подхода, объединяющего усилия различных специалистов.

Психиатры, психологи, социальные работники и другие профессионалы играют ключевую роль в создании интегрированного плана поддержки, который учитывает, как специфические психиатрические потребности, так и социальные и эмоциональные аспекты разводов. Несмотря на значимость междисциплинарного взаимодействия, существует нехватка систематизированных данных и практических руководств, касающихся координации работы между этими специалистами.

Актуальность исследования данного вопроса обусловлена необходимостью создания эффективных междисциплинарных стратегий, которые могут улучшить результаты лечения и поддержку военнослужащих в процессе разводов.

Разводы являются значительным психоэмоциональным стрессором, особенно в условиях военной службы, где специфика профессиональной деятельности добавляет дополнительные сложности в процессе личных отношений. Военнослужащие часто сталкиваются с уникальными стрессорами, такими как высокая частота разлуки с близкими, непредсказуемый график службы и повышенный уровень стресса. Эти факторы могут усугублять психологические проблемы и увеличивать потребность в комплексной поддержке.

Психиатрическое и психологическое вмешательство в таких случаях требует согласованных усилий различных специалистов. Психиатры

обеспечивают медицинскую оценку и лечение психических расстройств, включая фармакотерапию и психотерапию. Психологи проводят диагностику и вмешательства, направленные на улучшение эмоционального и когнитивного состояния, включая когнитивно-поведенческую терапию и другие методы. Социальные работники играют важную роль в оказании практической поддержки, связанной с социальными и юридическими аспектами разводов, а также в координации ресурсов и услуг, доступных для военнослужащих и их семей.

Комплексный подход к поддержке требует активного сотрудничества между этими специалистами для разработки индивидуализированных планов помощи, которые учитывают, как психиатрические, так и социальные потребности. Настоящее исследование направлено на изучение и систематизацию методов междисциплинарного взаимодействия, что позволит выработать рекомендации по оптимизации поддержки военнослужащих в процессе разводов и улучшению их психоэмоционального благополучия.

Объекты и методы исследования

Военнослужащие, проходящие тренинг, составили основной объект исследования. Эти военнослужащие участвовали в специально разработанном тренинге, направленном на поддержку и развитие навыков, способствующих улучшению психологического состояния и межличностных отношений в контексте разводов. В выборку включены участники, прошедшие тренинг и оценившие его эффективность до и после прохождения.

Психологические и поведенческие показатели исследуются в контексте уровня нарушения ролевых ожиданий, проявлений ревности, уровня адаптивности семейной системы, удовлетворенности семейной жизнью, доминантности, понимания, сплоченности и Силы «Я».

Методы междисциплинарного взаимодействия также подвергаются анализу, включая подходы и методы, используемые специалистами (психологами) в рамках тренинга.

Анализ количественных данных включает использование данных из таблиц и диаграмм для сравнения показателей до и после тренинга. Это позволяет выявить статистически значимые различия и тенденции.

Качественный анализ изменений охватывает различные аспекты, такие как нарушение ролевых ожиданий, проявление ревности, уровень адаптивности семейной системы, шкала удовлетворенности, доминантность, понимание, сплоченность и Сила Я. Исследуется влияние тренинга на частоту конфликтов, уровень адаптивности и эмоциональную связь между членами семьи.

Оценка эффективности тренинга проводится с использованием опросников и анкет для сбора данных о психоэмоциональном состоянии участников и их межличностных отношениях. Также проводятся интервью и наблюдения за участниками для глубокого понимания изменений в их поведении и восприятии.

Сравнительный анализ данных до и после тренинга позволяет оценить изменения и выявить факторы, способствующие успешной адаптации и улучшению психологического состояния участников.

Оценка междисциплинарного взаимодействия включает анализ эффективности взаимодействия между различными специалистами в рамках тренинга и его влияния на результаты исследования.

Результаты и их обсуждение

Результаты исследования показывают, что тренинг оказал положительное влияние на участников, способствуя улучшению их межличностных отношений, снижению конфликтов и ревности, улучшению адаптивности и удовлетворенности семейной жизнью, а также развитию уверенности и эмоциональной зрелости. Эти методы и подходы могут быть полезны для дальнейших исследований и разработки программ поддержки военнослужащих в контексте разводов.

Заключение

Исследование психологических особенностей разводов среди военнослужащих в контексте междисциплинарного взаимодействия подчеркивает важность комплексного подхода к пониманию и решению проблем, связанных с семейными отношениями в условиях военной службы. В ходе исследования были выявлены ключевые аспекты, влияющие на устойчивость семейных связей военнослужащих, включая специфику военной службы, высокие уровни стресса и несоответствие ожиданий от брака с реальностью службы.

Психологические особенности разводов включают частые разъезды, неопределенность и эмоциональную нагрузку, связанные с военной службой, которые оказывают значительное влияние на семейные отношения. Эти факторы способствуют возникновению стрессовых ситуаций и конфликтов, что увеличивает риск разводов среди военнослужащих.

Эффективное решение проблем разводов требует междисциплинарного подхода, объединяющего усилия психологов, социальных работников, военных специалистов и семейных консультантов. Такое взаимодействие позволяет учитывать все аспекты, влияющие на семейное благополучие, и разрабатывать комплексные меры поддержки.

Разработанная тренинговая программа, направленная на развитие навыков управления стрессом и улучшение межличностных отношений, показала положительные результаты. Она продемонстрировала эффективность в снижении тревожности и повышении самооценки участников, что подчеркивает необходимость ее широкого внедрения и дальнейшего совершенствования.

Необходимость дальнейшего углубленного междисциплинарного исследования взаимодействия психологических, социальных и организационных факторов, влияющих на разводы среди военнослужащих, с

целью разработки более точных и эффективных профилактических и коррекционных мер становится очевидной.

Создание и внедрение программ, учитывающих психологические и социальные аспекты военной службы, а также предоставление доступных ресурсов для военнослужащих и их семей представляет собой важный шаг в решении данных проблем. Повышение осведомленности и доступности помощи для военнослужащих и их семей о поддержке и помощи в преодолении семейных трудностей, а также обучение специалистов по работе с данной категорией граждан способствуют улучшению психологического и эмоционального состояния военнослужащих и их семей. Это, в свою очередь, способствует повышению общего уровня социальной адаптации и устойчивости в условиях военной службы.

Литература/ References:

1. Андреев, В. С. Психологические особенности адаптации военнослужащих и их семей. Журнал психологических исследований, 2018. С. 33-45.
2. Громова, Е. А. Семейные отношения военнослужащих: проблемы и пути их решения. Военная психология и педагогика. 2021. С. 12-26.
3. Дмитриева, О. В. Социально-психологические аспекты разводов в военнослужащих семьях. Вестник психологии. 2019. С. 50-65.
4. Ильин, В. В., Петрова, И. Н. Влияние частых переездов на семейные отношения военнослужащих. Социологические исследования. 2020. С. 77-92.
5. Ковалев, А. И. Психологическая поддержка семей военнослужащих в условиях службы. Психология и жизнь. 2017. С. 102-118.
6. Махмудов, А. Р. Адаптация и стрессы семей военнослужащих: теория и практика. Узбекистанский журнал психологии. 2019. С. 29-41.
7. Новиков, В. П. Эффективные стратегии преодоления стресса в семьях военнослужащих. Журнал социальной работы. 2018. С. 66-80.

8. Родионова, Н. А. Междисциплинарный подход к поддержке военных семей. Военно-психологический журнал. 2021. С. 85-98.
9. Сидоров, И. А. Психологическая поддержка и профилактика разводов среди военнослужащих. Российский журнал психологии. 2022. С.109-123.
10. Турдимов, М. И. Социальные и психологические аспекты адаптации семей военнослужащих в Узбекистане. Восточный журнал социальных наук. 2019. С. 55-67.
11. Anderson, K., & Heyman, R. E. The Impact of Military Service on Family Relationships: A Comprehensive Review. Journal of Military Psychology, 30(4), 2018/ 223-236. <https://doi.org/10.1037/mil0000234>
12. Anderson, K., & Heyman, R. E. The Impact of Military Service on Family Relationships: A Comprehensive Review. Journal of Military Psychology, 30(4), /2018/ 223-236. <https://doi.org/10.1037/mil0000234>

ПРОБЛЕМА СОЗАВИСИМЫХ ОТНОШЕНИЙ В АЛКОГОЛЬНЫХ СЕМЬЯХ

Иванова А. В.

*ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер
имени профессора Н.П. Кокориной» Минздрава России,
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.

THE PROBLEM OF CODEPENDENT RELATIONSHIPS IN ALCOHOL FAMILIES

Ivanova A. V.

*Kuzbass clinical narcological dispensary
named after Professor N.P. Kokorina, Russia, Kemerovo*

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/С» (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 низкий балл выделяется 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.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПРОБЛЕМ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПРИ COVID-19: НАРРАТИВНЫЙ ОБЗОР

Кирина Ю. Ю.¹, Акименко Г. В.²

¹*Кафедра психиатрии и наркологии*

²*Кафедра клинической психологии*

ФГБОУ «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. Коронавирусное заболевание (COVID-19) стало пандемией, влияющей на здоровье и благополучие во всем мире. Помимо последствий для физического здоровья, экономики и общества, в научной литературе все чаще сообщается о психологических последствиях этой пандемии. Этот обзор отражает научные статьи об эпидемиологии проблем психического здоровья при COVID-19. Анализ тееущей литературы позволяет предположить, что люди, затронутые COVID-19, могут иметь проблемы с психическим здоровьем, включая депрессию, тревожные расстройства, стресс, панические атаки, иррациональный гнев, импульсивность, соматизированное расстройство, нарушения сна, эмоциональные нарушения, симптомы посттравматического стресса и суицидальное поведение. Кроме того, эпидемиологическое распределение проблем психического здоровья и связанных с ними факторов было неоднородным среди населения в целом, пациентов с COVID-19 и медицинских работников.

Ключевые слова: COVID-19, психическое здоровье, коронавирус, психиатрическая служба.

EPIDEMIOLOGY OF MENTAL HEALTH PROBLEMS IN COVID-19: A LITERATURE REVIEW.

Kirina Yu.Yu¹., Akimenko G. V.²

¹*Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology*

²*Department of Clinical Psychology*

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. Coronavirus disease (COVID-19) has become a pandemic affecting health and well-being worldwide. In addition to the physical health, economic, and societal impacts, the psychological impacts of this pandemic have been increasingly reported in the scientific literature. This review reflects scientific articles on the epidemiology of mental health problems in COVID-19. Current literature suggests that people affected by COVID-19 may have mental health problems, including depression, anxiety disorders, stress, panic attacks, irrational anger, impulsivity, somatization disorder, sleep disturbances, emotional disturbances, post-traumatic stress symptoms, and suicidal behavior. Furthermore, the epidemiological distribution of mental health problems and their associated factors was heterogeneous among the general population, COVID-19 patients, and healthcare workers.

Keywords: COVID-19, mental health, 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 находится 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 было 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 (≥ 35 лет) возрастной группы. По сравнению с другими профессиональными группами, медицинские работники отметили плохое качество сна. Установлено, что люди, которые проводили много времени (≥ 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 и ассоциации, которые 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. (Обращение: 27.08.2024).

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. (Обращение: 27.08.2024).

4. Селедцов, А. М. Проблемы психического здоровья в условиях пандемии // А.М. Селедцов, Ю.Ю. Кирина, Г.В. Акименко / Дневник науки. 2020. № 8 (44). С. 10.

5. Фишхофф, Б. Психология коронавирусной тревоги. [Электронный ресурс]. - URL: <https://www.apa.org/research/action/speaking-of-psychology/coronavirus-anxiety>. (Обращение: 27.08.2024).

6. Психическое здоровье человека в современном обществе. междисциплинарные проблемы и возможные пути их решения // 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. 295с.

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.

**МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ
ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ «БУЛЛИНГА»
НА БАЗЕ ГБУЗ ЛКПБ**

Кулебакина С. Ф.

Медицинский психолог

*ГБУЗ «Ленинск-Кузнецкая психиатрическая больница»
Минздрава России, Россия, г. Ленинск-Кузнецкий*

Аннотация. Коррекция эмоционального состояния подростка, снижение уровня тревоги и депрессии. Выработка правильных форм реагирования в стрессовых ситуациях, эмоционального контроля и поведения в целом. Социализация подростка в обществе.

Ключевые слова: методы психодиагностики, психологическое консультирование, арт-терапия, изотерапия, образ.

**METHODS OF CORRECTION AND REHABILITATION
OF MENTAL TRAUMA OF «BULLYING»
ON THE BASIS OF THE STATE BUDGETARY HEALTHCARE
INSTITUTION LKPB**

Kulebakina S. F.

Medical psychologist

Leninsk-Kuznetsk Psychiatric Hospital, Russia, Leninsk - Kuznetskiy

Abstract. Correction of an adolescent's emotional state, reduction of anxiety and depression. Development of correct forms of reaction in stressful situations, emotional control and behaviour in general. Socialisation of a teenager in the society.

Keywords: psychodiagnostic methods, psychological counselling, art therapy, isotherapy, image.

Психическая травма является следствием однократного или повторяющегося психотравмирующего события, делающего невозможным удовлетворение значимых потребностей личности, угрожающих его жизни и безопасности и приводящих к нарушению сложившейся системы отношений.

Таким событием в работе с пациентом является моральное насилие – «буллинг». Вследствие переживания у пациента происходит сбой механизмов саморегуляции, что приводит к нарушению внутреннего психологического (психофизиологического) гомеостаза. У подростка нарушилось коммуникативное взаимодействие со сверстниками, замкнулся в себе, отмечались неоднократные суицидальные попытки, конфликты дома и в школе, планирование мести.

Психическая травма привела к психосоциальной дезадаптации, реакциями депрессии, агрессии, гнева, чувства ярости, в утрате к сопереживанию, способности что-либо чувствовать. Также у подростка были выявлены нарушения познавательной деятельности, связаны с неспособностью сконцентрироваться, на фоне хаотичных, беспорядочных мыслей, «наплывах» неприятных воспоминаний в школе за последний период времени. Стало отмечаться снижение памяти, снижение продуктивности мыслительных процессов, потеря смысла жизни и деятельности. Были выявлены симптомы физических нарушений, связанные с нарушением сна и аппетита.

Поведенческие нарушения проявлялись пассивностью и ограничением социальных контактов, злоупотреблением сигарет, агрессивными поступками, аутоагрессии, вынашиванием плана мести, и т.д., испытуемый не способен был критически оценивать свое состояние и поведение в целом.

Цель терапии была направлена на выработку копинг-стратегий, связанных с активным преодолением личности психотравмирующей ситуации.

Задачи:

1. Выявление и коррекция неадаптивных когнитивных феноменов, приводящих к развитию суицидальных переживаний, тревоги и депрессии;
2. Поиск и использование новых способов разрешения психотравмирующей ситуации и актуального межличностного конфликта либо выведение подростка за пределы этой ситуации;

3. Выработка навыков психологической саморегуляции, контроля поведения в ситуациях стресса;

4. Социализация в социуме.

Психологическая помощь оказывалась на базе ГБУЗ ЛКПБ.

В работе с пациентом использовались методы психодиагностического обследования, коррекции и лечебной терапии.

Методики, использованные в работе с подростком. Включенное наблюдение, изучение документации, тестирование.

Внимание: Таблица Шульте

Память: 10 слов, шкала памяти Векслера, опосредованное запоминание по Леонтьеву и др.

Мышление: - логическая сторона мышления: классификация предметов; исключение предметов; сравнение понятий; простые, сложные аналогии, понимание переносного смысла пословиц и поговорок и др.; ассоциативная сторона мышления: методика Пиктограмм, название 60 слов, ответные ассоциации и др.

Личность и эмоциональная сфера: цветовой тест Люшера, НПУ, Акцент 2-90, УПН, ММРІ, Басса-Дарки. Школьный тест умственного развития.

В коррекции использовали. Арт-терапию, когнитивно-поведенческую терапию, групповую терапию, психофизиологические методы «Бос-лаб», «Диснет», «Стабилан02-1», методы дыхательной гимнастики, релаксации.

Арт-терапия была направлена на активизацию внутренних механизмов и снижения поведенческих реакций, выработку новых ценных личностных качеств, психологических ресурсов, направленных на позитивные изменения в системе отношений (личностному росту) [1, С. 51].

Метод когнитивно-поведенческой терапии был направлен на выработку копинг-стратегий, связанных с активным преодолением личности психотравмирующей ситуации.

Метод групповой терапии был направлен на межличностное взаимодействие в семье, выработку коммуникативных навыков и преодоление состояния изоляции от общества [2, С. 134].

Методы релаксации, дыхательной гимнастики, Бос-терапии, музыкальной терапии, направлены на повышение самооценки, снижение выраженности тревоги, нарушения сна, повышение эмоционального контроля, улучшение межличностного взаимодействия и преодоление чувства безнадежности.

Так в процессе обследования были выявлены в прошлом признаки невротического регистра, связанные с расстройством адаптации. Пациент посещал коррекционные занятия у медицинского психолога.

На момент повторного исследования у испытуемого был повышен риск развития аффективных реакций и суицидальных тенденций, особое внимание в процессе коррекционной работы уделялось эмоциональному фону настроения. Удовлетворение подростка в эмпатической поддержке, руководстве его поведением.

Учитывалась динамика выявленных нарушений и осуществлялась работа в три этапа:

- 1) этап психологической и физической стабилизации;
- 2) этап проработки травматического опыта на основе обсуждения;
- 3) этап преодоления последствий психической травмы и личностных установок подростка, который также может включать перестройку отношений, ревизию травматического опыта, привычных схем реагирования и самооценки [3, С. 125].

На первом этапе преобладает щадящий, поддерживающий подход с повышенным вниманием и созданию атмосферы безопасности.

На втором этапе по мере стабилизации состояния и установления доверительных отношений, проводим проработку травматического события с переоценкой опыта, изменением самооценки подростка и его восприятия мира.

Для более успешной коррекции применялись сопутствующие методы научения, связанные с освоением релаксации и визуализации, а также дозированное погружение в стимульный материал, управление эмоциональными, мыслительными, поведенческими и физическими реакциями [4, С. 89].

На третьем этапе попытка выражения и переоценка травматического опыта посредством рассказа. По мере стабилизации эмоционального и физического состояния, курс психокоррекционных занятий уменьшался до 2-3 дней посещений в неделю и далее до одного раза в месяц.

Выводы: эффективность работы заключалась в снижении тревоги, депрессивных тенденций. Стабилизации эмоционального состояния. Восстановление и поддержка положительной самооценки и веры в свои силы, нахождение жизненных смыслов. Благодаря наличию определенной системы внешней поддержки, которые включают не только профессиональную помощь, но и разные иные факторы, например семья. Способствовали выработки копинг-стратегии поведения в ситуациях стресса.

Пример работы с подростком.

Ф.И.О. (изменены) Севостьянов Артур Михайлович. 2008 года рождения.

Со слов мамы: наследственность психическими заболеваниями не отягощена, родился вторым от нормально протекавшей беременности. Роды в срок, кричал сразу. Ранее психомоторное развитие в срок. Травм головы, припадков, энуреза не было. Посещал детский сад. В школу пошел вовремя, учился хорошо, сейчас обучается в 9 классе.

Во время психологического обследования, продуктивному контакту доступен, ориентирован правильно. Фон настроения снижен, взгляд обращен вниз, лицо закрыто челкой, волос до плеч, одежда черная. К беседе предрасположен. Со слов мамы ребенок подвергается в школе буллингу. За последние 6 месяцев были на приеме у нескольких психологов, психотерапевтов, все от них отказываются, положительной динамики нет, но

при этом мама обвиняет всех психиатров, психологов, педагогов. Пишет жалобы в судебные инстанции, пытается всех наказать и отстранить от работы.

Подросток поменял школу, ранее учился в школе №19, перевелся в школу № 8, с одноклассниками поначалу были отношения ровные, потом стали возникать конфликты с двумя учениками из класса, которые старше его по возрасту, стали ему делать замечания по поводу одежды, ходил в черном костюме с галстуком, на сменную обувь носил домашние тапки. Ученикам не понравилось, что он выделяется среди других, язвили, подсмеивались над ним. Конфликты переросли в агрессию. Во время очередного конфликта нанес ученику резанную рану бедра, воткнув канцелярский нож в ногу, после того, когда тот ему дал подзатыльник. Со слов испытуемого, в это время он испытал огорчение и наслаждение. После этого отношения с одноклассниками испортились окончательно. Все стали его обвинять в произошедшем, отвернулись, осуждали. Фон настроения снизился, замкнулся, стал наносить себе порезы, чтобы облегчить хоть как-то свое состояние, в момент нанесения себе порезов испытывал физическую и эмоциональную удовлетворенность. Агрессия к одноклассникам усилилась, и захотелось отомстить, начал вынашивать план мести. В интернет выкладывал кадры стрельбы в школе, угрожал совершить подобное в своей школе.

Критики к неправильному поступку нет, чувство сожаления не испытывает, вынашивает план мести. Переведен на домашнее обучение, интереса к учебе не проявляет, при этом общеобразовательную программу усваивает. В последнее время сон нарушен, ночами не спит. Пациентом было отмечено, что его посещают различные мысли, но какие именно не рассказал. Год назад с его слов были слуховые галлюцинации, предполагает, что слышал голоса. «Шум гранат», казалось, что кто-то шепчет мое имя, иногда состояние было оглушенное. В данный момент наличие голосов отрицает, под приемом таблеток стало лучше.

Испытуемый негативно настроен к окружающим. «Мне нравится испытывать негативные эмоции», ненависть, агрессию. Эмоции радости и счастья меня не удовлетворяют. «Я хочу вернуться к этим негативным эмоциям». В детстве я любил все жечь, делал коробочки, ловил насекомых и поджигал, мне нравилось на это смотреть. «Я испытываю какое-то наслаждение, когда вижу огонь». «Нравилось спать под кроватью, убивать кошек». Уроки делает по настроению, в последнее время сидит в интернете, общается с двумя подростками, высказывается о них, как о психически больных, что одна слышит «голоса», но «мне с ними интересно». Усилился страх подозрительности, настороженности, связывает это с ФСБ, что после того, как у него изъяли ноутбук и телефон. Продолжает вести интернет-переписки, и просиживать целыми ночами в интернете, со старого ноутбука брата. Когда речь заходит о родителях, то он высказывается негативно, любви к ним не испытывает, эмоционально холоден, выражен эгоцентризм восприятия.

Ранее в 2020 году первично обращались к врачу психиатру, по поводу сниженного настроения, замкнутости, спал под кроватью на полу, постоянно мыл руки. На вопрос: «Почему спишь на полу?», он отвечал: «Постель не надо постоянно стирать. Пол помыл и все, а тут, если кто-то сядет на его кровать (мухи или родственники), надо стирать постель после них». Боялся заразиться инфекцией, брезговал мухами. С детства у него своя тарелка, кружка, ложка. Когда мама брала тарелку, чтобы помыть, закрывал глаза, чтобы этого не видеть, так как брезговал любое прикосновение к себе и к своим вещам. Наблюдались навязчивые действия мытья рук, тела и постоянной уборки дома. Проходил лечение у психиатра и посещал коррекционные занятия, динамика прослеживалась положительная.

Мама считает, что ее ребенок просто такой чистоплотный, он по сей день тщательно моется, даже каждый пальчик на ноге моет, обрабатывает, смазывает кремом. Руки моет кипятком, так как считает, что это надежный способ убить микробов. Вообще ее дети особенные, не такие как все, у них своеобразный

интеллект и им не интересно с другими детьми из-за интеллектуальных отличий. «Вот все делают замечания сыну по поводу прически». Сейчас мода такая, старший сын тоже носит длинный волос и собирает его в хвост, что в этом особенного. Учится в медицинской академии г. Новосибирска, будет врачом. Родители много времени уделяют в воспитании сына, стараются по возможности куда-то выезжать, прислушиваются к его мнению. На последнем приеме сделал наколку в виде «Розы» ассоциирует ее с положительными эмоциями, как что-то новое в его жизни, изменениями.

В экспериментальном плане.

Инструкции усваивает, к работе приступает быстро, задания выполняет, но отмечаются ошибки суждений, частично корректируется. Запас знаний на уровне полученного образования.

Продуктивность мнестической деятельности удовлетворительная. Отсроченное механическое запоминание 75%, смысловое в этих же пределах воспроизведения. Опосредованные образы доступны, ассоциации подбирает к заданным словам.

Мышление. Способность к абстрагированию неравномерная, отмечаются элементы соскальзывания по слабым, малосущественным признакам, то устанавливает конкретно-ситуационные сочетания, при этом в словесном варианте заданий он правильно выделяет родовые признаки, находит общие признаки между предметами и явлениями. Выделяет «4 и 5 лишнего», отделяет главные значения от второстепенных деталей. В пробе классификация предметов наблюдается неравномерность интеллектуальных достижений. Наряду с родовыми понятиями, устанавливает конкретно-ситуационные сочетания. Устанавливает причинно-следственные связи и отношения доступен скрытый смысл рассказа, поясняет переносный смысл пословиц и метафор. Мышление непоследовательное, с единичными элементами разноплановости. Внимание переключаемое. Общий IQ-80%

Личностные особенности: обидчивый, чувствительный, замкнутый, аутичный, друзей не имеет, тяжело адаптируется в социуме, в школе одноклассники над ним подсмеивались, издевались. Первый суицидальный поступок совершил несколько месяцев назад, после конфликта с одноклассниками в школе, после чего получил эмоциональное удовлетворение. Теперь при каждом конфликте совершает суицидальные действия, мотивирует это тем, что так он успокаивается. Критическую оценку своим поступкам дать не может. По характеру эмоционально-лабильный, чувствительный, обидчивый, в конфликтных ситуациях может надолго затаить обиду, с вынашиванием плана мести. Фон настроения часто меняется. Отмечаются суицидальные тенденции.

По личностным опросникам: «НПУ»- 1 балл, ниже нормы. Низкий уровень нервно-психической устойчивости. Высокая вероятность нервно-психических срывов. Склонность к тревоге, депрессии, срыву, высокий суицидальный риск. Выявлены признаки скованности, замкнутости, астении, эмоциональная лабильности, иногда не видит смысла в жизни, считает себя неудачником, пессимист. Склонен к уединению, по характеру обидчивый, ранимый, чувствительный, в тоже время эмоционально холоден к окружающим людям, родственникам, родителей. Акцент 2-90 отмечаются интровертированные, возбудимые черты. УПН (уровень психопатизации, невротизации) отклонено от нормы. Шкала эмоциональной устойчивости ниже нормы, в конфликтных, трудных ситуациях стресса, возможны соматические реакции, аффекты, выявил высокий уровень враждебности. Учится по желанию, по настроению. Равнодушен к будущему, живет настоящим. Реакция возбуждения гасится с трудом, может быть опасна для окружающих. Упрям, неохотно подчиняется.

Тест ММРІ завышены шкалы F -119 баллов, свидетельствует о человеке, который, возможно, отвечал безответственно. Возможно, является психиатрическим пациентом, имеет бред отношений, зрительные и/или

слуховые галлюцинации, отчуждение, обладает плохой рассудительностью, неустойчивым вниманием, склонен к односложным ответам.

Завышены шкалы 2, 6, 7, 8, 0- завышена шкала депрессии, параноидальные симптомы, такие как идеи отношения, чувство преследования, чувство собственной грандиозности, подозрительность, чрезмерная чувствительность и ригидность мнений и установок. Психастения (обсессивно-компульсивный невроз), испытуемый тревожен, возбужден и напряжен, характеризуется чрезмерно навязчивыми идеями, мыслями, страхами, тревоги и сомнениями. Навязчивое мышление проявляют компульсивность и ритуальное поведение. Навязчивые мысли вызывают комплекс неполноценности и концентрируют вокруг себя чувства небезопасности. Высокие оценки по шкале 8 предполагает шизоидный стиль жизни. Такие индивиды склонны вести себя так, будто они не являются частью своего социального окружения. Чувствуют себя изолированными, отчужденными, непонятыми и непринятыми. Могут испытывать сильную генерализованную тревожность. Испытывают чувство злобы, враждебности и агрессии. Их демонстративный стиль поведения могут вызывать злобу и враждебность у других людей. Из-за чего бывают частые конфликты с окружением. Они его не понимают, он их не понимает.

Тест детско-родительские отношения. В семье отношения теплые, сыну уделяется много времени, мама периодически беседует с ним.

Особое внимание обратили ответы по тесту суицидальных намерений.

Тест на выявление серьезности суицидальных намерений. Отмечаете знаком плюс если согласны с утверждение, знаком минус, если не согласны с утверждением.

1. Возникало ли у вас желание умереть или заснуть и не просыпаться? +.
2. Думали ли Вы о том, чтобы убить себя? +.
3. Думали ли Вы о том, как вы могли бы это сделать? +.
4. Посещали ли Вас подобные мысли, и было ли у Вас какое-нибудь намерение действовать в соответствии с ними? –.

5. Начали ли Вы разрабатывать или уже разработали детальный план самоубийства?

6. Намеревались ли Вы осуществить этот план? +.

7. Делали ли Вы что-либо, начинали ли делать что-либо или готовились ли сделать что-либо, чтобы покончить с жизнью? +.

Таким образом, выявил эмоционально-лабильные, возбудимые, неустойчивые, тревожные, шизоидные черты характера, повышен уровень депрессии. Испытывает трудности в социальной адаптации. Мнестическая функция неудовлетворительная. Мышление непоследовательное. Интеллект соответствует возрастному развитию и полученному образованию IQ- 80%

Посещал коррекционные занятия в течении 3-х месяцев положительной динамики не наблюдалось. Занятия проводились с октября 2023 года по декабрь 2023 года. Последнее посещение 09.09.2024 г.

Во время проведения коррекционных мероприятий были выявлены черты эмоциональной холодности, эгоцентризма восприятия, чувства тепла, любви к родителям не испытывает. Отмечалось аутистическое мышление, аффективные элементы. Фон настроения меняется при каждом посещении. По всем рисуночным тестам, будущее видит в черном цвете. Ниже даны примеры упражнений, в ходе которых выявлены нарушения в эмоциональной сфере испытуемого.

Упражнение 1. «Я и мой мир вокруг меня» Нарисуйте мир вокруг себя, опишите черты какие для вас наиболее привлекательны, а какие нет. Поставьте знак плюс над теми словами, которые вам больше присуще, и вам нравится, а минусы над теми словами, которые менее важны для вас [5, С. 77].

Цель упражнения. Самовыражение, самосознание. Создание атмосферы принятия и понимания, развитие навыков общения, активного слушания, эмпатии, умение безоценочно относиться друг к другу [6, С. 67].

Испытуемый перечислил все, что его окружает в данный момент, знаком плюс отметил те черты, которые наиболее заострены в данный момент: уроки —,

еда –, ненависть –, негатив +, разочарование –, волнение –, сон +, таблетки –, одиночество ±, голодание +, грусть –, желание убить +.



Рис. 1. – Результат упражнения «Я и мой мир вокруг меня».

Упражнение 2.

Выбрать любимый и нелюбимый цвет, обосновать выбор. Вспомнить самую любимую и нелюбимую сказку, обосновать выбор. Выбрать самые любимые и нелюбимые черты человеческого характера. О чем я бы попросил доброго и злого волшебников? Если бы я мог стать на час кем угодно, то кем бы я стал и чтобы сделал? Все записи делать на листе бумаги [7, С. 75].

Упражнение 3.

Нарисовать мир детский и мир взрослый. Рассказать о своем рисунке. Нравится ли твой рисунок. Что из нарисованного наиболее важно, а что наименее. Чем похожи и чем отличаются друг от друга два мира. В каком мире хотелось бы оказаться сейчас. Рассказы составлять письменно [8, С. 102].

Упражнение 4.

Представьте, что о тебе, когда тебе 30 лет, сняли фильм и сейчас ты его смотришь. Расскажи (напиши на листе бумаги), как ты-главный герой фильма-выглядишь, чем занимаешься и т.п. Нарисуй кадры из фильма. Доволен ли ты этим фильмом? Что понравилось больше всего? Каков жанр этого фильма? Если ты не совсем доволен, что бы тебе хотелось изменить в этом фильме? Что тебе нужно для этого сделать? На все вопросы отвечаешь письменно [9, С. 86].



Рис. 2. – Результат упражнения «Главный герой фильма».

Упражнение 5.

Нарисовать отрезок и разделить его на 3 части, которые соответствуют прошлому, настоящему и будущему. Поставить значок в этом месте рисунка, где вы находитесь сейчас. Описание на листе бумаги. Что было в прошлом? Что происходит и волнует сейчас? О чем мечтаете в будущем? [10, С. 119].

Проводились техники релаксации, дыхательной гимнастики. Посещал занятия на Бос-аппаратах музыка-терапия, Стабилан-2, Бос-лаб. Использовались техники из когнитивно-поведенческой терапии, сказкотерапии и т.д.

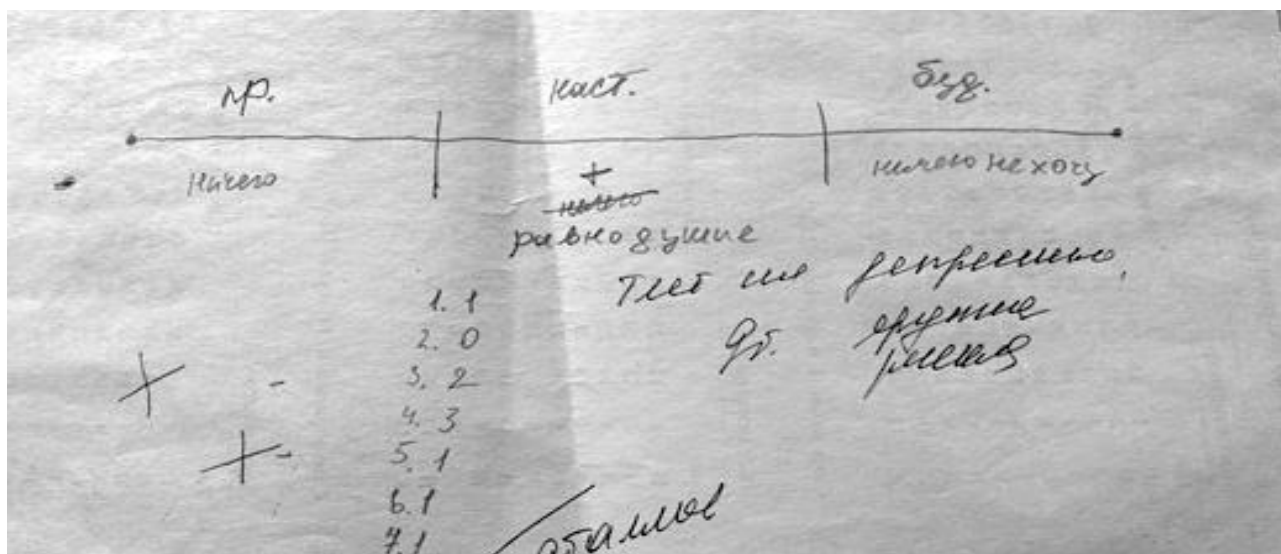


Рис. 3. – Результат упражнения на соответствие прошлого, настоящего и будущего.

Выводы

После коррекционных мероприятий стала наблюдаться положительная динамика. Если в первые три месяца брал в руки только простой карандаш и красный, рисунки были мрачные, с агрессивным характером, то на последнем приеме, выполнении Арт-терапии использовал цветные карандаши, свое будущее видит более светлым, взаимоотношения нейтральные. Агрессивных тенденций выражено не было. Нарисовал дорогу, кусты, деревья, солнце. Охарактеризовал дорогу как неизвестность, кусты и деревья декор, солнце как что-то светлое.



Рис.4. – Результат арт-терапии на последнем приеме.

Со слов мамы, в новогодние каникулы общался с братом, играли в карты, настроение было хорошее, веселое, смеялся, радовался. Угрюмости не отмечалось. Суицидальных попыток больше не было, но в тестах прописывает, что мысли убийства приходят к нему в голову, испытывает при этом гнев, злость, неудовлетворенность, повышается пульс, снимает напряжение курением. Рекомендовано в условиях дома, делать дыхательную гимнастику, упражнения были прописаны на страницах А4, выданы на руки. Пытаться меньше курить, свое напряжение снимать дыхательной гимнастикой.

Заключение

В результате психокоррекционной работы были успешно выполнены поставленные задачи. А именно: выявлены неадаптивные когнитивные феномены, приводящие к развитию суицидальных переживаний, тревоги и депрессии. Успешно использованы методы интегративного подхода, включающие в себя несколько видов психологической помощи, которые показали свою эффективность в работе с подростком. После проведенной работы суицидальных тенденций не отмечается. Подросток стал посещать вечерние занятия с педагогами в школе, появилась мотивация к обучению, стал строить планы на будущее, появились жизненные цели, отношение к своему поведению стало более критичным.

Литература/References:

1. Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением. М., Медицина. 1989.
2. Бурн М.Е. Творческое самовыражение при психотерапии психопатических личностей. М.,1997.
3. Бурковский Г.В., Хайкин Р.Б. Использование изобразительного творчества в психотерапевтической группе психически больных. Исследование механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях. Л., 1982.
4. Вачнадзе Э.А. Рисунки детей, больных шизофренией и эпилепсией. Тбилиси, 1975.

5. Гройсман А.Л., Орлов Ю.М. Целительное рисование. М., 1996.
6. Егоров Б.Е. Прогностические рисуночные методики в изучении бессознательного и особенности психотерапии пограничных нервно-психических расстройств. М., 1995.
7. Копытин А.И. Методы арт-терапии в преодолении последствий травматического стресса. М.: Когито-Центр, 2014.
8. Кудрина А.В. Методы арт-терапии в практике психологического консультирования // Психологический журнал Международного университета природы, общества и человека «Дубна», 2009.
9. Налчаджян А.А. Личность, психическая адаптация и творчество. М., 1983.
10. Современная клиническая арт-терапия. Учебное пособие / А. И. Копытин. «Когито-Центр», 2015.

К ВОПРОСУ О ПОДГОТОВКЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ ДЛЯ СИСТЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

Кулемзина Т. В., Красножен С. В.

*ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет
имени М. Горького» Минздрава России, Россия, г. Донецк*

Аннотация. В статье представлены инновационные подходы к процессу подготовки специалистов специальности «Клинический психолог». Тактика обучения разработана совместно специалистами медицинского и немедицинского профилей вузов Донецкой Народной Республики. Данное направление реализовано в рамках формирования реабилитационной службы для внедрения мультидисциплинарного подхода и полноценной эффективной работы мультидисциплинарной реабилитационной команды в процессе медицинской реабилитации.

Ключевые слова: реабилитация пациентов, физическая и реабилитационная медицина, подготовка специалистов, мультидисциплинарная реабилитационная команда, клинический психолог.

ON THE ISSUE OF TRAINING CLINICAL PSYCHOLOGISTS FOR THE REHABILITATION SYSTEM

Kulemzina T.V., Krasnozhen S. V.
*Donetsk State Medical University by M. Gorky,
Russia, Donetsk*

Abstract. The article presents innovative approaches to the process of training specialists in the specialty «Clinical psychologist». The training tactics were developed jointly by specialists of medical and non-medical profiles of universities of the Donetsk People's Republic. This direction was implemented as part of the formation of a rehabilitation service for the introduction of a multidisciplinary approach and the full-fledged effective work of a multidisciplinary rehabilitation team in the process of medical rehabilitation.

Keywords: patient rehabilitation, physical and rehabilitation medicine, specialist training, multidisciplinary rehabilitation team, clinical psychologist.

Введение

Реабилитация, как комплекс мероприятий, направленных на помощь лицам с ограничениями жизнедеятельности для достижения и поддержания оптимального функционирования во взаимодействии с окружающей их средой является актуальной стратегией современного здравоохранения

Физическая и реабилитационная медицина (ФРМ), представляя собой мультидисциплинарную научно-клиническую специальность, которая объединяет физическую медицину, включающую методы и средства, используемые для лечения пациентов, и реабилитационную медицину, применяющую методы и средства коррекции последствий инвалидизирующих

заболеваний и повреждений, детерминируется целостным подходом. ФРМ занимается поиском и изучением средств улучшения функционирования посредством разработки эффективных методов диагностики и лечения нарушений, а также профилактики осложнений специалистами медицинского (врачами-специалистами, медицинскими сестрами, инструкторами лечебной физкультуры) и немедицинского (клиническими психологами, логопедами, специалистами по физической реабилитации) профилей [1, 2].

Применяемые технологии базируются на принципах доказательной медицины, а их эффективность иллюстрируется предупреждением и коррекцией возможных нарушений (как органических, так и функциональных), восстановлением и сохранением профессиональной трудоспособности, улучшением качества жизни и социальной интеграции пациента.

Общегосударственные мероприятия по созданию системы медицинской реабилитации проводятся в соответствии поручением Президента Российской Федерации о разработке и реализации программы развития медицинской реабилитации, а также во исполнение положений Постановлений Правительства РФ «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на определенный календарный период», Постановления Правительства Российской Федерации «Развитие здравоохранения» РФ № 294 от 15 апреля 2014 года «Об утверждении государственной программы «Развитие здравоохранения» (подпрограмма 5), Федерального Закона от 21 ноября 2011 г. №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Федерального Закона от 29 ноября 2010 г. №326 «Об обязательном медицинском страховании» и Федерального Закона от 04 мая 2011г. «О лицензировании отдельных видов деятельности».

Однако, полноценная реализация реабилитационных мероприятий может быть обеспечена только при наличии соответствующего оборудования и подготовленного кадрового состава.

Объекты и методы исследования

Проблема восстановления здоровья после различных заболеваний и травм требует индивидуального и только мультидисциплинарного решения с применением как собственно медицинских лечебно-восстановительных мероприятий, так и педагогических, и психологических (рис. 1).

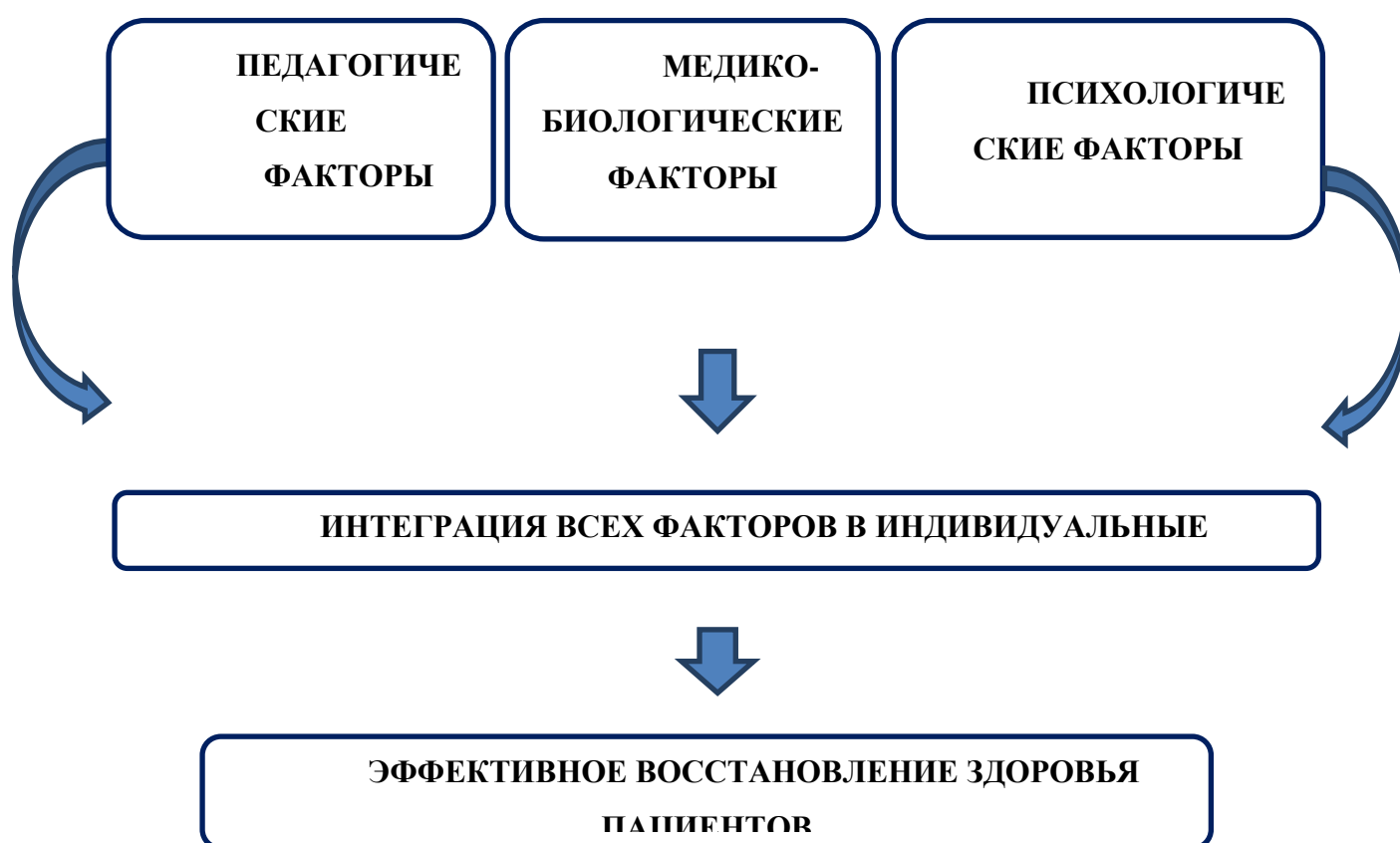


Рис. 1. - Формирование индивидуальных программ восстановления здоровья пациентов.

В настоящее время в медицинской среде широко обсуждается необходимость внедрения в лечебную практику принципов физической и реабилитационной медицины (ФРМ), в основе которых и лежит системный подход к здоровью, процессу лечения и восстановления после травм и заболеваний [3].

Результаты и их обсуждение

31 июля 2020 года утвержден Приказ Министерства здравоохранения РФ № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых», вступивший в силу с 1 января 2021 года и регламентирующий состав и деятельность мультидисциплинарной реабилитационной команды (МДРК). Важным аспектом является наличие в МДРК специалистов немедицинского профиля, в частности, специалистов психологического профиля.

Проект профессионального стандарта «Клинический психолог» разработан в соответствии с методическими рекомендациями по разработке профессиональных стандартов, утвержденными приказом Минтруда России от 29.04.2013 № 170н, разработан Минтрудом России 27.11.2018.

Существующие программы подготовки/переподготовки специалистов – психологов обеспечивают формированию общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций в соответствии с требованиями ГОС ВПО по направлению подготовки 37.03.01 Психология.

Дисциплины медицинского профиля недостаточно представлены, либо, вообще, отсутствуют в учебном плане (с учетом того факта, что профессиональная деятельность будущих специалистов будет связана с медицинскими организациями) и не предполагают прохождения аккредитации специалистов только при условии прохождения клинической практики в аккредитованных клиниках по основным клиническим разделам (геронтология, кардиология, травматология-ортопедия, педиатрия, кардиология и др.) [4, 5].

Коллективами кафедры интегративной и восстановительной медицины Донецкого государственного медицинского университета имени М. Горького и кафедрой психологии Донецкого государственного университета, с учетом вышесказанного, реабилитационного направления в работе будущих специалистов – психологов разработана программа подготовки их, а также проработаны вопросы, касающиеся, учебного процесса:

- совместного обучения студентов – будущих специалистов – психологов;
- сочетанного проведения практических и семинарских занятий профессорско-преподавательским составом;
- практического обучения на базе клинического медицинского учреждения с возможностью отработки практических навыков, необходимых в профессиональной деятельности и др.

Актуальность этого процесса обусловлена несколькими факторами: спецификой подготовки данных специалистов в профильных ВУЗах, фактом формирования и развития службы реабилитационной медицины в Донецком регионе и огромной потребностью в специалистах реабилитационных профилей в связи со сложной военно-политической ситуацией в Донецкой Народной Республике в последние 10 лет.

Такой подход позволит реализовать принцип мультидисциплинарности реабилитационного воздействия с участием специалистов медицинского и немедицинского профилей, что в свою очередь, будет обеспечивать реализацию основного постулата медицинской реабилитации, а именно, проведение комплекса мероприятий медицинского и немедицинского характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма.

Подход позволит пациентам полноценно восстановиться после различных патологических состояний, связанных с заболеваниями и травмами, предупредить и/или снизить степени возможной инвалидности, улучшить качество жизни, сохранить работоспособность пациента и его социальную интеграцию в общество, полностью реализоваться в профессиональной и социальной сферах.

Заключение

Введение в ближайшее время данной программы в учебный план будет способствовать приобретению профессиональных навыков, необходимых для

формирования программ реабилитационных и абилитационных мероприятий в системе оказания специализированной и первичной медицинской помощи, медицинской профилактики, паллиативной помощи. В соответствии с тенденциями развития этого направления в Российской Федерации даст возможность сформировать полноценную высокоспециализированную мультидисциплинарную реабилитационную команду для обеспечения качества оказания медицинской помощи реабилитационного направления и контролировать процесс на всех его этапах.

Литература / References:

1. Пономаренко Г.Н. Медицинская реабилитация / Г.Н. Пономаренко. – 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 368 с. – ISBN 978-5-9704-5945-4. – Текст: электронный // ЭБС «Консультант студента».

2. Мишина И.Е. Подготовка специалистов без медицинского образования для отделений медицинской реабилитации. Доклад, Первый международный конгресс Рособр., Москва, 17 сентября 2022. https://mail.rambler.ru/r/view/SentBox/2578?cache_id=941084174&part_id=2.

3. Matthew A. Nuciforo. Minority Applicants to Physical Therapist Education Programs 2010–2012 // Physical Therapy. – 2015-01-01. – Т. 95, вып. 1. – С. 39-50. – ISSN 1538-6724 0031-9023, 1538-6724. – doi:10.2522/ptj.20130585.

4. ФГОС 37.05.01 Клиническая психология (уровень специалитета) – ФГОС (fgos.ru). Дата обращения: 20.09.2024

5. Российский государственный гуманитарный университет - Клиническая психология (rsuh.ru) Дата обращения: 20.09.2024

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.

Введение

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. Аскарлова 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. Аскарлова 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. Аскарлова Р.И. Infection of people with tuberculosis from cattle and preventive measures // International scientific review. 2023. № 1 (45). С.26-29.

14. Аскарлова Р.И. Главные опасности заражения людей туберкулезом от домашних животных // European research. 2023. №3(81).

15. Аскарлова 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.

**СИНХРОНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО
ТЕСТИРОВАНИЯ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ
ОСМОТРОВ ОБУЧАЮЩИХСЯ В КУЗБАССЕ**

Лопатин А. А.¹, Вострых Д. В.¹, Никитин П. И.¹, Кирина Ю. Ю.²

¹ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер
имени профессора Н.П. Кокориной» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

²Кафедра психиатрии и наркологии
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В статье отражены организационные и практические моменты проведения социально-психологического тестирования и профилактических медицинских осмотров обучающихся на предмет раннего выявления потребителей наркотических средств.

Ключевые слова: наркологическая служба, социально-психологическое тестирование, профилактические медицинские осмотры, наркологические расстройства.

**SYNCHRONIZATION OF SOCIO-PSYCHOLOGICAL TESTING
AND PREVENTIVE MEDICAL EXAMINATIONS
OF STUDENTS IN KUZBASS**

Lopatin A.A.¹, Vostrykh D.V.¹, Nikitin P.I.¹, Kirina Yu.Yu.²

¹*Kuzbass Clinical Narcological Dispensary
named after Professor N.P. Kokorina, Russia, Kemerovo*

*Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo
ry of Health of Russia, Russia, Kemerovo*

Abstract. The article reflects the organizational and practical aspects of conducting socio-psychological testing and preventive medical examinations of students for early detection of drug users.

Keywords: drug treatment service, socio-psychological testing, preventive medical examinations, drug addiction disorders.

Важным направлением профилактической работы, организуемой и проводимой специалистами наркологической службы Кузбасса, является раннее выявление потребителей наркотических средств среди обучающихся.

В Кемеровской области организованы и ежегодно осуществляются мероприятия, направленные на раннее выявление потребителей наркотических средств среди обучающихся в образовательных организациях, в соответствии со статьей 53.4 Федерального закона от 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах», во исполнение требований приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.10.2014 № 581н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также в образовательных организациях высшего образования с целью раннего выявления среди обучающихся в образовательных организациях незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ», Министерства просвещения Российской Федерации от 20.02.2020 № 59 «Об утверждении Порядка проведения социально-психологического тестирования обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях», Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 20.02.2020 № 239 «Об утверждении Порядка проведения социально-психологического тестирования обучающихся в образовательных организациях высшего образования», что является одной из форм профилактики незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, и включает в себя социально-психологическое тестирование и профилактические медицинские осмотры обучающихся в общеобразовательных организациях, профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования (далее – образовательные организации).

Данные мероприятия в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации проводятся в два этапа: первым этапом является социально-психологическое тестирование (СПТ, тестирование) обучающихся, после чего на втором этапе выявленная «группа риска» проходит профилактический медицинский осмотр (ПМО).

СПТ проводится по Единой методике (далее – Методика), разработанной в соответствии с поручением Государственного антинаркотического комитета (протокол заседания ГАК от 11.12.2017 № 35). Правообладателем Методики является Министерство просвещения Российской Федерации. С учетом поручения ГАК с 2019-2020 учебного года использование Методики является обязательным для образовательных организаций всех субъектов Российской Федерации.

Согласно Порядку проведения СПТ обучающихся в образовательных организациях Кузбасса, органами местного самоуправления, осуществляющими управление в сфере образования на территории соответствующего муниципального образования, в целях обеспечения проведения СПТ на территории Кемеровской области - Кузбасса, проводятся мероприятия по организации обучения специалистов образовательных организаций Методике проведения тестирования и в период с 01 сентября по 01 октября ежегодно проводится информационно-разъяснительная кампания с родителями (законными представителями) обучающихся и мотивационная работа с обучающимися в образовательных организациях для повышения активности участия и снижения количества отказов от СПТ и ПМО.

Государственная организация образования «Кузбасский региональный центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Здоровье и развитие личности» (далее – ГОО «Кузбасский РЦППМС») ежегодно обеспечивает образовательные организации Методикой проведения тестирования в автоматизированной форме, сопровождение и методическую поддержку проведения тестирования, прием результатов от руководителей

образовательных организаций, обработку и анализ результатов тестирования, составление итогового акта результатов СПТ и передачу его в срок до 01 ноября в Министерство образования Кузбасса.

По результатам анализа информации, полученной в ходе проведения тестирования, ГОО «Кузбасский РЦППМС» направляет рекомендации для принятия дополнительных мер по повышению эффективности проведения антинаркотической профилактической работы именно в те образовательные организации, где количество обучающихся, находящихся в «группе риска» по употреблению наркотических средств и психотропных веществ, превышает средний показатель в Кемеровской области - Кузбассе.

В последующем сектор по профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних по обеспечению деятельности комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав Кузбасса Министерства образования Кузбасса в срок до 15 ноября информирует антинаркотическую комиссию Кузбасса о результатах тестирования и обеспечивает передачу итогового акта результатов СПТ обучающихся в общеобразовательных организациях в Министерство здравоохранения Кузбасса.

Министерство здравоохранения Кузбасса совместно с региональной наркологической службой по получении итогового акта о результатах СПТ готовит перечень образовательных организаций, обучающиеся в которых подлежат проведению ПМО в текущем учебном году, с учетом распределения образовательных организаций, исходя из численности обучающихся, имеющих высокий риск потребления наркотических средств и психотропных веществ.

В период с 01 декабря по 01 мая текущего учебного года специалистами подразделений наркологической службы осуществляются мероприятия по проведению ПМО обучающихся в отобранных по результатам СПТ образовательных организациях.

Результаты ПМО Министерством здравоохранения Кузбасса в срок до 15 мая предоставляются в антинаркотическую комиссию Кузбасса и Министерство образования Кузбасса.

Такая организация проведения в Кузбассе мероприятий СПТ и ПМО позволяет синхронизировать их в рамках актуального периода одного учебного года и является эффективной профилактической мерой, которая в значительной степени способствует предупреждению употребления психоактивных веществ среди организованной части несовершеннолетних и молодежи региона.

ОПЫТ РАБОТЫ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ - КУЗБАССЕ

Лопатин А. А., Зорохович И. И., Кириченко Е. А.,
Колотилина О. В., Шевцова М.А.

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

Аннотация. Несмотря на значимое снижение уровня самоубийств, проблема профилактики суицидов остается значимой во всем мире. В статье представлен опыт работы суицидологической службы в Кемеровской области - Кузбассе.

Ключевые слова: самоубийство, суицидальная попытка, уровень смертности от самоубийств, суицидологическая служба.

AN EXPERIENCE OF SUICIDE SERVICE OPERATION IN KEMEROVO REGION - KUZBASS

Lopatin A. A., Zorohovich I. I., Kirichenko E. A.,
Kolotilina O. V., Shevtsova M. A.

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

Abstract. Despite a significant decrease of suicide level, the problem of suicide prophylactic is important all over the world as yet. The article presents an experience of suicide service operation in Kemerovo Region - Kuzbass.

Keywords: suicide, attempted suicide, suicide rate, suicide prevention service

Несмотря на то, что за последние 20 лет (с 2000 по 2019 гг.) снижение уровня самоубийств в мире составило 36%, профилактика суицидов продолжает оставаться серьезной проблемой для здравоохранения во всем мире [1]. В 2019 году самоубийства явились четвертой ведущей причиной смерти среди молодежи 15-29 лет в мире, 58% всех самоубийств было совершено людьми в возрасте до 50 лет [2]. По данным Росстата в России также имеется тенденция по снижению уровня самоубийств: 39,1 случая на 100 тысяч населения в 2000 году, 9,2 случая в 2022 году [3].

Уровни суицидальной смертности в России характеризуется существенными региональными различиями, что зависит от социально-экономических показателей, культурно-исторических особенностей, демографических характеристик конкретного региона [4]. Риск суицидов среди сельских жителей России многократно превышает риск суицидов у горожан [5], есть регионы с существенно более низким и более высоким уровнем самоубийств по сравнению с общероссийским. По данным Росстата, в 2019 году самый низкий уровень самоубийств был в Республике Ингушетия и Чеченской Республике – 0,2 случая суицидов на 100 тысяч населения [6]. Самый высокий уровень самоубийств среди всего населения России в 2019 был зафиксирован в Сибирском (19,3 на 100 тысяч) населения, Дальневосточном (18,8 на 100 тысяч населения), Приволжском (13,9 на 100 тысяч населения), Уральском (13,3 на 100 тысяч населения), Северо-Западном (12,6 на 100 тысяч населения) федеральных округах. Одним из субъектов риска по частоте самоубийств среди всего населения Сибирского федерального округа в 2019

году было в том числе население Кемеровской области (22,7 на 100 тысяч населения) [7].

Уровень суицидов и их динамика – общепринятый показатель социально-психологического благополучия страны, а также косвенный показатель нуждающихся в неотложной лечебно-профилактической суицидологической помощи [8]. Суицидологическая помощь является одним из самых трудоемких процессов во всей системе медико-психологической и медико-социальной помощи населению [9]. Организация суицидологической службы в России населению берет начало в 70-х годах XX века, когда под руководством профессора А.Г. Амбрумовой разработана типовая модель, включающая структурно-функциональные звенья, объединенные в единую систему с преемственной связью и координацией федеральным центром. Основными организационно-функциональными звеньями типовой суицидологической помощи в медицинских организациях должны являться телефон доверия, кабинет социально-психологической поддержки, кризисный стационар [10].

Изучение динамики количества завершенных самоубийств по Кузбассу свидетельствовало об их росте с 47,2 на 100 тысяч населения в 1980 году до 61,6 на 100 тысяч населения в 1993 году, с связи с чем в городе Кемерово была создана муниципальная суицидологическая служба, независимая от традиционной психиатрической помощи. В настоящее время данный суицидологический центр является подразделением ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной». В структуру центра входят: «телефон доверия», кабинет социально-психологической помощи для студентов и учащихся, кабинет социально-психологической помощи для взрослого населения, отделение кризисных состояний на 30 коек.

В дальнейшем на протяжении 90-х годов интенсивные показатели завершенных суицидов в регионе составляли 52,3 на 100 тысяч населения в 1997 году, в 1999 году – 48,7. Начиная с 2010 года наблюдается тенденция

к снижению количества завершенных самоубийств: 2010 год – 37 случаев на 100 тысяч населения; 2016 год – 28,9 на 100 тысяч населения [11, 12]. Несмотря на то, что в 2020-е годы уровень суицидов в Кемеровской области остается выше общероссийского, положительная динамика по снижению количества завершенных самоубийств сохраняется: по данным Росстата в 2021 году в Кемеровской области было зафиксировано 19,2 случая завершенных самоубийств на 100 тысяч населения, в 2022 году – 16,1, в 2023 году – 13,1. По предварительным данным Росстата в 2024 году за первый квартал зафиксировано 10,4 случая завершенных самоубийств на 100 тысяч населения, тогда как в 2023 году этот показатель составил 15,3 случая на 100 тысяч населения [13].

За годы работы в суицидологическую службу г. Кемерово обращалось более 200 тысяч жителей Кемеровской области с различными проблемами. Организация и опыт работы Кемеровской городской суицидологической службы позволили выявить и оказать специализированную психопрофилактическую и лечебно-реабилитационную помощь многочисленной группе населения, бывшей ранее вне поля зрения психиатров. Отсутствие в работе службы традиционных форм и методов психиатрического наблюдения, широкое проведение антикризисных программ способствовали раннему выявлению кризисных состояний и суицидального поведения у социально и психически сохранных пациентов. Уменьшение количества суицидальных попыток среди населения Кемеровской области свидетельствуют о том, что суицидоопасные состояния выявляются на ранних этапах.

Приведенные результаты показывают целесообразность создания самостоятельных суицидологических служб, не связанных с традиционной психиатрической системой. Их активная деятельность в виде комплекса профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий позволяет эффективно купировать кризисные состояния с суицидальным поведением,

а также добиваться прекращения их роста и снижения уровня завершенных суицидов среди населения региона.

Разработка и внедрение эффективных систем профилактики суицидального поведения, создание самостоятельных суицидологических служб будет способствовать дальнейшему снижению уровня суицидального поведения и количества завершенных суицидов на уровне страны и регионов.

Литература/ References:

1. Suicide: facts and figures globally. Geneva: World Health Organization, 6 September 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-UCN-MHE-22.03>

2. Основные социально-экономические характеристики Российской Федерации. Смертность от самоубийств на 100 000 человек. Российский статистический ежегодник 2023, Федеральная служба государственной статистики (rosstat.gov.ru), С 55.

3. Морев М.В., Шматова Ю.Е., Любов Е.Б. Динамика суицидальной смертности населения России: Региональный аспект. ФГБУИ «Институт социально-экономического развития территорий РАН», г. Вологда, Россия. ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» МЗ России, г. Москва, Россия // Суицидология № 1 (14), 2014, том 5, С.4.

4. Санаева О. В., Дорошенко С. В. Анализ уровня самоубийств в России среди сельского и городского населения // Сборник статей XII Уральского демографического форума, Международной научно-практической конференции. Редакторы О.А. Козлова. Екатеринбург, 2021, С. 180.

5. Суицид – это серьезно. Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики <https://36.rosstat.gov.ru/news/document/98165>.

6. Филатов В.Н., Терешкова А.Ю., Пивоварова Г.М. Динамика уровня самоубийств среди всего населения Российской Федерации за 2010–2019 годы с учетом федеральных округов // Профилактическая медицина. 2020. Сборник

научных трудов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Санкт-Петербург, 2020. С. 235.

7. Барыльник Ю.Б., Бачило Е.В., Филиппова Н.В., Деева М.А., Антонова А.А. Об улучшении профилактики суицидального поведения на региональном уровне. ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России // Социальная и клиническая психиатрия. Т. 27 № 2, 2017. С. 41.

8. Положий Б.С., Панченко Е.А. Дифференцированная профилактика суицидального повеления. Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, г. Москва // Суицидология. № 1. 2012. С. 8.

9. Банников Г.С., Любов Е.Б., Кещян К.Л. Суицидологические службы россии: проблемы и резервы развития. Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского» МЗ РФ, г. Москва, Россия // Общественное здоровье. 2022.Том 2. № 1. С. 28.

10. Лопатин А.А., Кокорина Н.П., Шевцова М.А. Организация и опыт работы специализированной суицидологической службы // Сборник тезисов Межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 75-летнему юбилею психиатрической службы Кемеровской области и 40-летию со дня образования наркологической службы Кемеровской области. Под редакцией Н.А. Бохана. 2014. С. 129-132.

11. Лопатин А.А., Кокорина Н.П. Суициды в Кузбассе как медико-социальная проблема // Реформирование экономики региона: опыт, проблемы, перспективы: Тез. докл. 2 междунар. Научно-практическая конференция – Кемерово, 1998. С. 59-61.

12. Количество случаев завершенных самоубийств в Кемеровской области за 2021 – 2023 гг. и I квартал 2023-2024 гг. Территориальный орган

Федеральной службы государственной статистики по Кемеровской области-Кузбассу. URL. <https://42.rosstat.gov.ru/>

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О СИНДРОМЕ ЛАНДАУ-КЛЁФФНЕРА

Лукашов В. В., Горбачев М. Д.

*ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия» Минздрава России,
Россия, г. Санкт-Петербург*

Аннотация. В данной статье рассматривается синдром Ландау-Клёффнера и современные представления о нём с точки зрения генетики, эпилептологии и реабилитологии. Заболевание является крайне редкой (примерно 1 из 200 детей с эпилепсией) специфической эпилептической энцефалопатией со спайк-волновой активацией во сне, клинически сопровождающейся регрессом речевых функций. При анализе отмечается, что патофизиология заболевания, распространенность и способы медико-социальной помощи на данный момент изучены и разработаны недостаточно хорошо для оказания полноценной помощи. Дальнейшее изучение данной патологии необходимо для проведения точной дифференциальной диагностики среди психических заболеваний, дебютирующих в детском возрасте. Помимо этого требуется разработка эффективных методов логопедической и социальной реабилитации.

Ключевые слова: эпилепсия, детская фокальная эпилепсия, эпилептическая энцефалопатия, эпилептическая афазия, генетика.

MODERN CONCEPTS OF LANDAU-KLEFFNER SYNDROME

Lukashov V. V., Gorbachev M. D.

Military Medical Academy, Russia, St. Petersburg

Abstract. This article discusses Landau-Kleffner syndrome and modern concepts of it in terms of genetics, epileptology and rehabilitation. The disease is an

extremely rare (approximately 1 in 200 children with epilepsy) specific epileptic encephalopathy with spike-wave activation during sleep, clinically accompanied by regression of speech functions. The analysis notes that the pathophysiology of the disease, prevalence and methods of medical and social assistance are currently not sufficiently developed to provide comprehensive medical help. Further study of this pathology is necessary to differentiate between various mental illnesses that debut in childhood. In addition, it is necessary to design effective methods of speech therapy and social rehabilitation.

Keywords: epilepsy, childhood focal epilepsy, epileptic encephalopathy, epileptic aphasia, genetics.

Введение

Синдром Ландау-Клёффнера или приобретенная афазия с эпилепсией – редкое возрастное заболевание, впервые описанное в 1957 году американскими неврологами Уильямом Ландау и Фрэнком Клёффнером и характеризующееся регрессом экспрессивной и импрессивной речи при сохранении общего интеллекта, а также изменениями электроэнцефалограммы преимущественно в височно-теменных областях. В клинической картине могут наблюдаться как абсансы, так и фокальные аутомоторные приступы и генерализованные тонико-клонические судороги, которые чаще всего происходят во время сна. Помимо этого у некоторых пациентов отмечаются нарушения поведения. Заболевание дебютирует у детей в возрасте от 3 до 8 лет, имеет прогрессирующий характер и без своевременного лечения приводит к стойкой инвалидизации.

Объект и методы исследования

Объект исследования – этиология, патофизиология и клиническая картина синдрома Ландау-Клёффнера как нозологической единицы. Проводился анализ данных из зарубежных литературных источников и научных статей, а также находящейся в открытом доступе документации о синдроме Ландау-Клёффнера. Поиск материалов осуществлялся по ключевым

словам и словосочетаниям: «Landau-Kleffner syndrome»; «epileptic encephalopathies»; «epilepsy»; «epileptic aphasia»; «genetics»; «childhood focal epilepsies» в электронных базах PubMed, Medline, Web of Science, e-library, Sciencedirect и других научных зарубежных ресурсах.

Результаты

На данный момент предполагается, что заболевание носит наследственный характер и тесно коррелирует с мутациями (микроделециями, участками сплайсинга, нонсенс и миссенс-мутациями) *GRIN2A* (16p13.2) – гена, кодирующего белок GluN2A (также встречается под названием NR2A), который может встречаться в высоких концентрациях в области Вернике и центре Брока. Данный белок является субъединицей рецептора глутамат-зависимого ионного канала N-метил-D-аспартата (NMDA) [9; 13], который находится во многих структурах центральной нервной системы, отвечающих за память и обучение.

Мутации *GRIN2A* могут группироваться в лигандсвязывающих сайтах и трансмембранных доменах и вокруг них. Расстройства, связанные с *GRIN2A*, наследуются аутосомно-доминантным образом. Однако клинический спектр расстройств, связанных с *GRIN2A*, обширен и не ограничивается эпилепсией и речевыми расстройствами. В него входит задержка развития/умственная отсталость, двигательные расстройства и нервно-психические расстройства.

Когнитивные функции могут быть нормальными или демонстрировать легкие или глубокие нарушения. Спектр фенотипов эпилепсии также варьируется от самокупирующейся эпилепсии с центрально-темпоральными спайками (SeLECTS) до энцефалопатий развития и/или эпилептических энцефалопатий (DEE/EE) с активацией спайковой волны во сне (DEE/EE-SWAS), включая синдром Ландау-Клеффнера (LKS).

Речевые и языковые расстройства варьируются от легких нарушений речи до афазии. Двигательные расстройства встречаются реже и включают в себя

атаксию, дистонию и хорею. Расстройства, связанные с *GRIN2A*, также несут повышенный риск ранних нервно-психических расстройств, таких как аффективные расстройства и шизофрения, синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) и расстройства аутистического спектра (РАС) [14]. По-видимому, клиническое проявление мутации зависит непосредственно от конкретной абберации, а не от наличия дефекта субъединицы ионного канала, но на данный момент точная генетически детерминированная причина нарушения речи не выявлена. Помимо этого у пациентов, страдающих от синдрома Ландау-Клеффнера, обнаружен повышенный уровень аутоантител, направленных против нейротрофического мозга (BDNF) [5], а лечение данных пациентов кортикостероидами в большинстве случаев приводило к улучшению состояния пациента, что наталкивает на мысль о наличии аутоиммунной составляющей патогенеза заболевания.

Патофизиология заболевания изучена не до конца. Предполагается, что генетически детерминированное повреждение субъединиц рецепторов глутамат-зависимых каналов в столь юном возрасте вызывает нарушение обменных процессов (о чём свидетельствуют нейрофизиологические данные по метаболизму глюкозы [15]), и, как следствие, нарушение развития коркового синаптогенеза и формирования функциональных сетей, расположенных преимущественно в височно-теменных областях [11].

Таким образом, в вышеуказанных областях образуются аритмогенные очаги. Располагаются они преимущественно в задних височных областях около сильвиевой борозды. Эпи-активность может, как быть как двухсторонняя, так и односторонняя, представлена спайками (пиками) или комплексами спайк-волна. Во время Non-REM фазы сна эпи-активность становится более диффузной и частой, а вышеуказанные явления на ЭЭГ фиксируются непрерывно или субконтинуально.

По классификации международной противоэпилептической лиги (ILAE) 2022 года синдром Ландау-Клеффнера является подтипом специфической

эпилептической энцефалопатией со спайк-волновой активацией во сне (ДЭЭ/ЭЭ-СВАС), при котором регресс наблюдается преимущественно в речевой сфере с развитием приобретенной слуховой агнозии [1, с. 9]. Первоначально, при создании классификации эпилептических синдромов в 2022 году, синдром не был включен в группу эпилептических энцефалопатий, поскольку его планировали изъять из перечня, но после обсуждения термин был сохранен в качестве разновидности ЭЭ-СВАС. Однако, по мнению части научного сообщества, рассматривать синдром Ландау-Клэффнера было бы справедливо в рамках возрастзависимых фокальных эпилепсий, в связи с чем споры о классификации данной патологии продолжаются.

Достоверно эпидемиология заболевания неизвестна. Единственные статистические данные сообщают, что в Японии среди населения от 5 до 14 лет синдром Ландау-Клэффнера встречается 1 на 1000000, в то время как среди населения от 5 до 19 лет – 1 на 300000-400000 [7].

Несмотря на категоричную редкость нозологии, действительность может отличаться от статистики в связи с низкой осведомленностью о данном заболевании, его схожести с другими нозологическими единицами, что свидетельствует о необходимости повышении информированности о синдроме Ландау-Клэффнера, его ранней диагностике и стремительному началу лечения.

Клинически эпилептическая активность может проявляться фокальными аутомоторными приступами, тонико-клоническими судорогами, а также абсансами (возможно и атипичными, к примеру причмокиванием губами или жевательными движениями), преимущественно в ночное время. Заболевание манифестирует в возрасте 3-8 лет, однако возможен как более ранний, так и более поздний дебют. Однако картина заболевания необязательно характеризуется пароксизмальными явлениями, у трети пациентов не выявляется признаков эпилептической активности. Возможны нарушения поведения, пациент становится агрессивен и импульсивен, невнимателен, гиперактивен. Это может напоминать картину СДВГ и требует тщательной

дифференциальной диагностики. Помимо этого, в связи с информационной отчужденностью от окружающего мира, происходит аутизация ребенка и в дальнейшем развивается синдром Буайе-Дешатретта, однако стоит обратить внимание на то, что возможно наличие генетических факторов, детерминирующих развитие эпилепсии и аутизма, поэтому анахоретичность ребёнка может объясняться сопутствующим расстройством аутистического спектра [2]. Помимо этого возможно развитие тревожно-депрессивной и агрипнической симптоматики, когнитивного снижения (часто, почти патогномонично, оно проявляется в неспособности к обучению математике). Также отмечается, что нарушается восприятие не только речи, но и музыки [10].

Постановка диагноза синдрома Ландау-Клеффнера состоит из оценки анамнестических данных, клинической симптоматики и результатов ЭЭГ. В анамнезе у ребенка отмечается нормальное развитие до дебюта заболевания, также необходим точный психический статус пациента и проведения дифференциальной диагностики с расстройствами аутистического спектра и синдромом дефицита внимания и гиперактивности. Отсутствие судорог в анамнезе не является критерием заболевания, более того оно даже не свидетельствует о какой-либо тяжести заболевания.

Важнейшим элементом диагностики является проведение инструментального обследования, которое включает в себя электроэнцефалографию. При этом необходим суточный мониторинг в связи с усилением распространенности и интенсивности эпилептической активности во время сна, когда она начинает характеризоваться почти непрерывной паттерном спайк-волны с частотой от 1,5 до 2,5 спайков/сек [11]. Активность при синдроме Ландау-Клеффнера может быть представлена как двусторонними, так и латерализованными волнами.

Также необходимо проведение аудиометрического исследования для исключения нарушения слуха. Помимо этого, в специализированных центрах

возможен исследования на предмет мутации гена GRIN2A, что позволяет существенно расширить инструментарий дифференциальной диагностики.

При лечении синдрома Ландау-Клёффнера в качестве медикаментозной терапии рекомендуется использовать такие препараты как вальпроат, клобазам, левотирацетам и этосуксимид, поскольку они наиболее эффективны в супрессии спайк-волн [11]. При этом выбор противоэпилептического препарата должен быть максимально осторожным, поскольку такие препараты как карбамазепин, окскарбазепин, фенитоин и фенобарбитал могут вызвать ухудшение состояния пациента в связи возможной провокацией пароксизмальных аномалий ЭЭГ [12]. Однако основным и наиболее эффективной психофармакотерапией является использование перорального преднизолона (возможно его применение в комбинированной терапии с бензодиазепинами), данный препарат на сегодняшний момент является основополагающим в лечении синдрома Ландау-Клёффнера. При обнаружении у пациента мутации GRIN2A ещё одним вариантом является использование иммуноглобулинов внутривенного введения [4].

Существует также и хирургическое лечение – множественная субпиальная транссекция, при которой пересекаются горизонтальные кортикокортикальные волокна. Таким образом, кортикальная ткань теряет клиническую или субклиническую эпилептиформную активность, сохраняя при этом корковые функции. К примеру, в одном из исследований данная оперативная техника использовалась при лечении 14 детей с синдромом Ландау-Клёффнера. Несмотря на то, что у 11 из них отмечалось значительное улучшение рецептивной и/или экспрессивной речи [6], проводимые в дальнейшем исследования не подтвердили преимущества МСТ над медикаментозной терапией при лечении данной патологии. На данный момент множественная субпиальная транссекция является специфическим методом лечения, используемым в качестве резервного инструмента при лекарственной резистентности.

Помимо этого пациентам, страдающим от синдрома Ландау-Клёффнера, необходимы занятия с логопедом, включающие как психомоторную терапию, так и когнитивную лингвистическую терапию для детей более старшего возраста. Несмотря на очевидную необходимость развития логопедической терапии для пациентов, страдающих от данного недуга, информация о подобных реабилитационных программах крайне скудна. Также в борьбе с заболеванием используются кетогенная диета и стимуляция блуждающего нерва, которые в комбинации друг с другом имеют синергетический эффект [8]. В качестве дополнительной терапии возможен приём тразодона и амантадина.

Информация об исходах заболевания также неоднородна. Согласно проводимому Caraballo et al. ретроспективному исследованию, к 12 годам только у 8 из 29 пациентов речь восстановилась полностью, у остальных наблюдались нарушения импрессивной и экспрессивной речи различной степени тяжести [3]. На тяжесть заболевания влияют ранний дебют, уровень развития речи на момент дебюта и выраженность развивающейся эпилептической энцефалопатии. Отмечается, что речь в той или иной степени восстанавливается не только на фоне проводимого лечения, но и в период полового созревания. Эпилептическая же активность при синдроме Ландау-Клеффнера хорошо контролируется приёмом медикаментозной терапией и может спонтанно регрессировать при наступлении подросткового периода. Таким образом, в задачах лечения на первый план выступает создание эффективных методов социально-логопедической абилитации и реабилитации.

Заключение

Синдром Ландау-Клёффнера – это редкое и опасное заболевание, способное скрываться под клиническими масками других патологий и приводящее к стойкой инвалидизации, социальной дезадаптации и аутизации личности. Данный синдром по праву до сих пор не находит своего места в современных классификациях, поскольку представляет собой крайне интересную нозологическую единицу, способную развиваться как иктально, так

и интериктально с различными клиническими проявлениями. Несмотря на его малую распространенность, действительность может различаться с представлениями научного сообщества, и данная патология может быть развита в той или иной степени у гораздо большего количества людей. В связи с этим необходимо продолжение изучения его этиологии, что может дать ответы не только на вопросы генеза подобной эпилептической активности, но и развития расстройств аутистического спектра. Для повышения качества скрининга и выявления данной патологии необходима, прежде всего, повсеместная информированность о заболевании, его возможных клинических картинах, возрастных рамках, методах диагностики. В рамках терапии требуется создание и развитие актуальных логопедических и педагогических социально-реабилитационных программ, поскольку данный аспект напрямую влияет на последующее качество жизни пациента.

Подводя итог, синдром Ландау-Клёффнера нуждается в дальнейшем изучении и новых методах лечения, поскольку знания о данной нозологической единице могут помочь в борьбе как с эпилепсией, так и с аутизмом, синдромом дефицита внимания и гиперактивности и другими психопатологиями, проявляющимися в детском возрасте.

Литература / References:

1. Мухин К.Ю., Пылаева О.А. Новая классификация эпилептических синдромов Международной противоэпилептической лиги (2022 г.): основные дефиниции и принципы; отличия от проекта классификации; комментарии и обсуждение // Вестник эпилептологии. 2022. С. 4-14.

2. Besag F., Aldenkamp A., Caplan R., Dunn D.W., Gobbi G., Sillanpää M. Psychiatric and behavioural disorders in children with epilepsy (ILAE Task Force Report): Epilepsy and autism // *Epileptic Disorders*. 2016. Issue 18 (Suppl. 1). Pp. 16–23.

3. Caraballo R.H., Cejas N., Chamorro N., Kaltenmeier M.C., Fortini S., Soprano A.M. Landau-Kleffner syndrome: A study of 29 patients // *Seizure*. 2014. Issue 23. Pp. 98–104.

4. Fainberg N., Harper A., Tchapyjnikov D., Mikati M.A. Response to immunotherapy in a patient with Landau-Kleffner syndrome and GRIN2A mutation // *Epileptic Disorders*. 2016. Issue 18. Pp. 97–100.

5. Granata T., Cross H., W. Theodore, Avanzini G. Immune-Mediated Epilepsies // *Epilepsia*. 2001. Vol. 52. No. Suppl 3. Pp. 5-11.

6. Grote C.L., Van Slyke P., Hoepfner J.A. Language outcome following multiple subpial transection for Landau-Kleffner syndrome // *Brain*. 1999. Issue 122 (Pt 3). Pp. 561-566.

7. Kaga M., Inagaki M., Ohta R. Epidemiological study of Landau-Kleffner syndrome (LKS) in Japan // *Brain and Development*. 2014. Vol. 36. Issue 4. Pp. 284-286.

8. Kossoff E.H., Pyzik P.L., Rubenstein J.E., Bergqvist A.G.C., Buchhalter J.R. Combined ketogenic diet and vagus nerve stimulation: rational polytherapy? // *Epilepsia*. 2007. Vol. 48. Issue 1. Pp. 77-81.

9. Lesca G., Møller R.S., Rudolf G., Hirsch E., Hjalgrim H., Szepietowski P. Update on the genetics of the epilepsy-aphasia spectrum and role of GRIN2A mutations // *Epileptic Disorders*. 2019. Issue 21(S1). Pp. 41-47. doi: 10.1684/epd.2019.1056.

10. Lévêque Y., Roulet-Perez E., Deonna T., Moulin A., Fornoni L., Mayor-Dubois C., Caclin A., Tillmann B. Music processing deficits in Landau-Kleffner syndrome: Four case studies in adulthood // *Cortex*. 2020. Issue 129. Pp. 99–111.

11. Muzio M.R., Cascella M., Al Khalili Y. Landau-Kleffner Syndrome. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547745/> (дата обращения: 08.09.2024)

12. Posar A., Visconti P. Continuous Spike-Waves during Slow Sleep Today: An Update // *Children (Basel)*. 2024. Issue 11(2). P. 169. doi: 10.3390/children11020169.

13. Strehlow V., Heyne H.O., Vlaskamp D.R.M., Marwick K.F.M., Rudolf G., Bellescize J. de, Biskup S., Brilstra E.H., Brouwer O.F., Callenbach P.M.C., Hentschel J., Hirsch E., Kind P.C., Mignot C., Platzer K., Rump P., Skehel P.A., Wyllie D.J.A., Hardingham G.E., Ravenswaaij-Arts C. M.A. van, Lesca G., Lemke J.R. GRIN2A-related disorders: genotype and functional consequence predict phenotype // Brain. 2019. Issue 142(1). Pp. 80-92. doi: 10.1093/brain/awy304.

14. Strehlow V., Myers K.A., Morgan A.T., Scheffer I.E., Lemke J.R. GRIN2A-Related Disorders // GeneReviews. Eds. Adam M.P., Feldman J., Mirzaa G.M. et al. Seattle (WA): University of Washington, 1993-2024. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1116/> (Дата обращения: 12.09.2024)

15. Van Bogaert P. Epileptic encephalopathy with continuous spike-waves during slow-wave sleep including Landau-Kleffner syndrome // Handbook of Clinical Neurology. 2013. Vol. 111. P. 635–640.

ЦЕННОСТНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ У ЖЕНЩИН И МУЖЧИН В ПЕРИОД РАННЕЙ ВЗРОСЛОСТИ

Лукашук Ю. В.

Кафедра психологии

*ФГБОУ «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.

VALUE DETERMINANTS OF PSYCHOLOGICAL WELL-BEING IN WOMEN AND MEN IN EARLY ADULTHOOD

Lukashuk J. V.

*Master's student at the Department of Psychology, Psychological counseling
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 взрослости. 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.) [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».

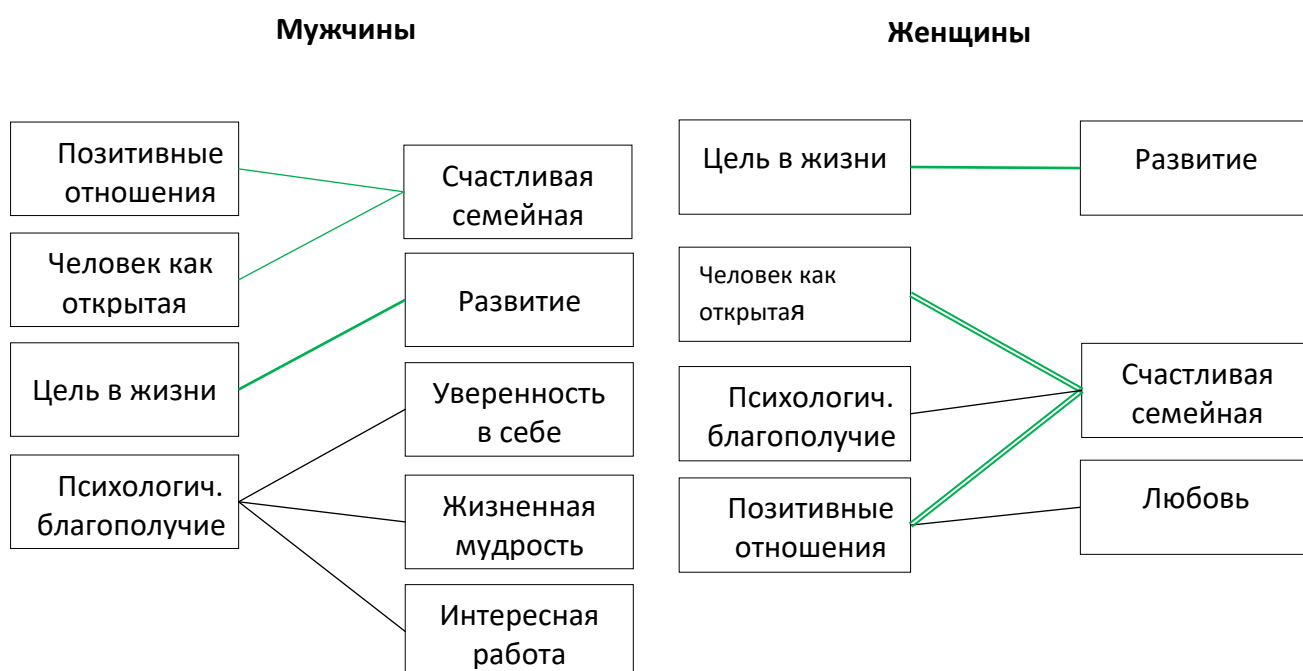
Для выявления взаимосвязи психологического благополучия с ценностными ориентациями мужчин и женщин средней взрослости был рассчитан коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программного пакета для статистического анализа Statistica 13.0.

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.



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.

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.

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.

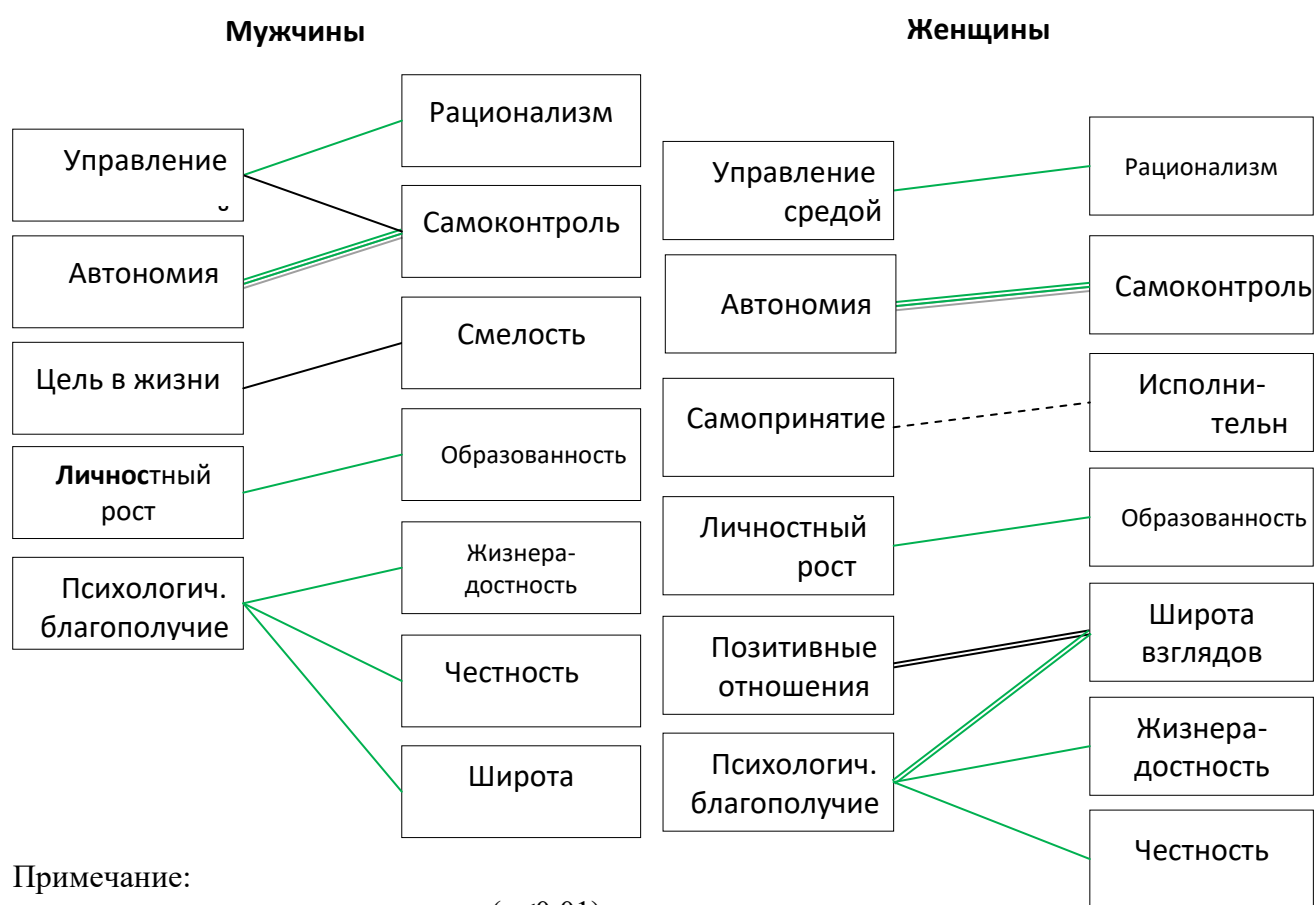
В группе женщин любовь, как терминальная ценность, прямо взаимосвязана с компонентом психологического благополучия – позитивные отношения ($r=0,547$, $p<0,01$). Так, чем большее значение женщина придает духовной и физической близости с любимым человеком, как терминальной ценности, тем более она склонна к заботе и сопереживанию по отношению к близким людям.

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.



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.

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. *Bealth 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.

СТРУКТУРА ИНФОРМАЦИОННОГО ПОВЕДЕНИЯ КАК КОМПОНЕНТ ИНФОРМАЦИОННОЙ КУЛЬТУРЫ ЛИЧНОСТИ

Муртузалиев М. М.

Кафедра биофизики, информатики

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный университет»

Россия, Республика Дагестан, г. Махачкала

Аннотация. В данной статье рассмотрены вопросы воздействия информации на субъекты общества. Это воздействие может провоцировать как желательные так и нежелательные поступки, особенно со стороны молодежи. Потому важно дозирование этой информации. Ставится проблема управления информацией.

Ключевые слова: общество, информация, давление, желание, социальный жар, религия

STRUCTURE OF INFORMATION BEHAVIOR AS A COMPONENT OF INFORMATION CULTURE OF PERSONALITY

Murtuzaliev M. M.

Department of Biophysics, Informatics

Dagestan State University, Russia, Republic of Dagestan, Makhachkala

Abstract. This article discusses the impact of information on the subjects of society. This impact can provoke both desirable and undesirable actions, especially on the part of young people. That is why it is important to dispense this information. The problem is information management.

Keywords: society, information, pressure, desire, social fervor, religion

Введение

Для профилактики терроризма и экстремизма, особенно в молодежной среде очень важное место занимает информация. Информация может провоцировать некие действия молодежи, которые могут быть

несовместимыми с действующими законами. Управление информацией стало сегодня очень актуальным. Информация создает давление. В нашем обществе сложились отношения, которые я называю мотивирующим давлением общества. Они многолики и многогранны. Современное общество порождает массу желаний и соблазнов. Оно дает современному человеку массу инструментов для того, чтобы реализовать эти желания и окунуться в океан соблазнов.

Мотивирующее давление общества очень трудно дозировать и потому иногда оно захлестывает через край, порождая желания, которые никак не сможет реализовать подавляющее большинство граждан. И тогда мотивирующее давление общества порождает массу страданий граждан, которые уже сильно мотивированы на успех, но в реальности не имеют возможности получить то, о чем мечтают. А, кроме того, даже умеренное мотивирующее давление общества может стать избыточным для определенной части индивидуумов, менее других имеющих устойчивость к соблазнам общества в силу особенностей психического или физического характера.

Разнообразные проявления избыточности мотивирующего давления общества мы называем термином «социальный жар». Как и любой жар, социальный жар есть серьезный признак нездоровья общества. Тема избыточного мотивирующего давления общества и вызванных им страданий многогранна. Мы же хотели бы в основном остановиться на той части проблем, которая наиболее актуальна для современной России. Значительная часть индивидуумов современного общества проводит свою жизнь в попытках достичь того, что чем соблазняет, что пропагандирует современное общество. Другая же часть не имеет возможности реализоваться и «сгорает» в огне несбыточных желаний, реализовать которые наяву нет никаких объективных возможностей.

В современной России весьма значительная, возможно - основная часть социальных проблем связана с теми сферами человеческой жизни, которые

традиционно считаются частным, личным делом человека, а потому – слабее изучены и как бы находятся «в тени» иных общественных процессов. Вследствие исторических причин в нашем обществе не накоплены или утрачены традиционные механизмы контроля за процессами в определенных сферах человеческой жизнедеятельности. Собственно, контролируемая социумом (т.е. посредством государства) сфера человеческой жизни оказывается достаточно узкой и потому в нее, в эту сферу не попадают некоторые, ранее казавшиеся второстепенными, а сегодня - критически важные сферы жизнедеятельности. Такие, как, например, отдых человека, проведение им досуга, межличностная коммуникация в этой области и его личное осознание и понимание приоритетов сферы собственного досуга.

С точки зрения общества отдых человека - его личное дело и обществу нет нужды вмешиваться в эту сферу. Если, конечно, в этой сфере индивидум не переступает грань закона. Во всех остальных случаях государство не выработало свода законов и не предлагает моделей проведения человеком своего досуга. Отношение к сфере досуга индивидуума менялось в течение эпох человеческой истории, порой - радикально. Но в значительной части оно оставалось личным делом человека и общество (государство) не вмешивалось в нее, или по крайней мере, соблюдало в этом вмешательстве определенную границу. Наиболее либеральны в этом вмешательстве современные законы. К примеру, традиционное право, мораль, обычаи и религия существеннее вмешиваются в эту сферу жизнедеятельности человека и накладывают более серьезные ограничения чем законы.

Так, Ислам осуждает употребление алкоголя и табакокурение, Ислам и Христианство поощряют многодетность и осуждают гомосексуальные связи, Православие осуждает стремление к избыточному потребительству и т.д. В современном российском обществе, гораздо более терпимом к порокам «частной жизни» произошла коагуляция вследствие наложения двух титанических процессов. Общество сохранило мобилизационный характер,

приобретенный в советские период истории. Но при этом мобилизация оказалась направленной внутрь общества, на потребление материальных благ или же (этой проблемы мы коснемся ниже) - потребление образов. Проникая в общество, в сознание индивида с самой незащищенной стороны - со стороны отдыха, не контролируемого государством, «социальный жар» вызвал массовое саморазрушение - алкоголизм, неограниченное стяжательство, наркоманию, эпидемию самоубийств, сердечных и нервных болезней и т.д.

В современной России даже в условиях экономического кризиса больше всего мы страдаем, бодем или умираем не от переработки, голода, холода, недоеданий или безработицы. В десятки раз чаще причиной личных трагедий в России становится погоня за удовольствием. К примеру, употребление алкоголя, наркотиков или просто переедание. «Отрыв, улёт, кайф, жизнь без тормозов» – так в бытовой коммуникации именуют главную проблему современной России. [1].

Разгульный «отдых» без соблюдения моральных или физиологических ограничений становятся главной причиной сотен тысяч смертей каждый год и, в целом, депопуляции страны. Россияне умеют работать. Особенно поражает способность жить и работать в высоком темпе у жителей больших городов. Зато именно в крупных городах личная жизнь ведется «по остаточному принципу». Нередко она состоит из переписки в социальных сетях и встреч с визави по интернет-контактам. Стресс напряженной и тяжелой работы можно «лечить» только полноценным отдыхом и достаточным сном. Нельзя безнаказанно работать по двенадцать часов в сутки. Рано или поздно организм даст сбой. Вместе с тем, мы практически не умеем отдыхать. Почти каждый раз наш отдых – это еще более сильное испытание для организма, чем наша работа. К примеру, бутылка водки, распитая вечером – худшее завершение трудового дня из всех возможных.

Начиная с детского сада, затем в школе, в институте мы проходим процесс «социализации». Нас учили жить в коллективе и работать. Но нас

никто и никогда не учил правильно отдыхать. Что же такое «правильный» отдых? Это нечто иное, чем шумный вечер в ресторане, где выпивается много спиртного, а наутро болит голова и стыдно вспомнить, кому и чего ты наговорил вчера. Как правильно отдыхать, нас не учили ни в школе, ни в институте, ни в коллективе. Нас не учили этому родители. Потому что не умели сами. Как получить наслаждение от общения с природой? Как получать радость от беседы с близкими и дорогими людьми? Как получить удовольствие от созерцания красивой картины или вида цветущего луга? Этим простым истинам мы не обучены. А, между тем, реклама ежесекундно навязывает нам стереотипы наслаждений, бесполезных или, даже, опасных для здоровья.

Таблица 1.

**Численность россиян, пострадавших от различных форм
«злоупотребления досугом» или увечий, полученных в трудовом процессе,
в 2023 году [2]**

Число погибших от злоупотребления алкоголем	Около 20 тысяч	Число погибших в результате несчастных случаев на производстве	2,9 тыс. чел.
Число погибших от употребления наркотиков	Свыше 30 тысяч	Количество граждан, пострадавших вследствие производственных травм с потерей трудоспособности на один день и более или летальным исходом	71
Число погибших вследствие случайных отравлений алкоголем	18 тысяч	Инвалидизация вследствие производственных травм и производственных болезней	10
Число наркоманов в России, млн. чел. (по разным оценкам)	От 1,3 до 5,5 млн.		
Число людей, страдающих алкоголизмом, млн. чел	2,3		

Чаще всего наше стремление «расслабиться» превращается в причинение вреда собственному организму. В результате число россиян, погибших от экстремального отдыха выше числа тех, кто «сгорел» на работе.

В XX веке и в начале XXI столетия достижения науки и техники открыли чрезвычайно сильные средства для воздействия на психику человека, что открыло новые возможности для воздействия на массы людей и, даже, программирования массового поведения. В этом смысле достижения техники широко используются, в основном - в коммерческих целях. В России эти проблемы оказались наиболее сильными и даже приобрели взрывной характер. Одна из важнейших причин нынешнего положения дел в России - злоупотребление информацией. Изобилие информации, любой, неважно – позитивной или негативной, опасно.

Современное общество называют «информационным», за то обилие и ту роль, которую в нем играет информация. В настоящее время ее стало так много, она стала так навязчива, что на человека давит своеобразный «атмосферный столб» из самой различной информации, одновременно использующей все его органы чувств. Но природа создавала нас не для информационного общества. Современный «хомо сапиенс» сложился в результате эволюции тысячи лет назад.

Информационная «эра» – время взрывного прогресса средств доставки информации наступило для нас лишь двадцать-тридцать лет назад. Это ничтожно короткий промежуток времени и человеческий организм, наш мозг не успели адаптироваться к взрывной мультипликации информационных потоков. Кроме того, сегодня информационные каналы перегружены негативом, который создает и углубляет давящее ощущение социального стресса. Именно это ощущение непрерывного стресса порождает желание уйти в загул, забыться, ощутить себя свободным от давящего груза общих проблем. Вовсе не собственная банальная предприимчивость управляет сегодня сознанием и действиями россиян. Соблазн и страх, привитые и поддерживаемые

информационными потоками – вот истинный источник запредельной мотивации и многих социальных болезней.

Литература / References:

1. Волкан В., Оболонский А. Национальные проблемы глазами психоаналитика с политическими комментариями \ \ ОНС. 2012. №6.
2. Данные мониторинга RLMS // Социология межэтнической толерантности \ Отв.ред Л.И. Орлова. М., 2016.
3. Volkan V., Obolonsky A. National problems through the eyes of a psychoanalyst with political comments \ \ ONS.-2012. No.6
4. RLMS monitoring data//Sociology of interethnic tolerance\Ed. by I.Orlova.- М, 2016/

**КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ, КОМОРБИДНЫХ
С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ**

Нурходжаев С. Н.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт,
Республика Узбекистан, г. Ташкент*

Аннотация. В работе 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.

CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF DEPRESSIVE DISORDERS COMORBID WITH PERSONALITY DISORDERS

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 преморбиды 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 – СМИЛ (MMPI) [Собчик Л.Н., 2002], шкалы SIGH-SAD [WilliamsJ., LinkM., RosenthaN.E. et al., 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. Ирмухамедов Т.Б. Особенности эмоциональной сферы у детей саутистическими расстройствами. Российский педиатрический журнал. 2019; 22(5). С.284-285.

2. 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 имени В.М. Бехтерева. СПб.: Альта Астра, 2017. 103 с.

3. 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.

4. 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.

5. Нурходжаев, С.Н. Клинико-динамические аспекты аффективных и личностных расстройств у женщин с фармакорезистентными депрессиями // Омский психиатрический журнал 4 (14), 2017. С.9-11.

6. Ротштейн, В. Г., Богдан, М. Н., Долгов, С. А. Депрессии и коморбидные расстройства / под редакцией А.Б. Смулевича. М., 1997. 308 с.

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

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ИПОХОНДРИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

Помыткина Т. Е., Ларионова Т. В., Юферова Е. А.

Кафедра поликлинической терапии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. За последние годы во всем мире отмечается тенденция людей к гиперответственному отношению к своему здоровью. Это приводит к увеличению случаев развития ипохондрии, являющейся психическим расстройством, характеризующимся наличием страха серьезного неизлечимого заболевания. Данное расстройство относится к соматоформному и свидетельствует о его невротической природе. Цель когнитивной терапии ипохондрии: помочь пациентам осознать, что их главная проблема — это страх перед болезнью, а не реальная уязвимость перед заболеваниями.

Ключевые слова: ипохондрия, тревога о здоровье, осознанность, страх, защитное поведение, когнитивно-поведенческая терапия.

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY IN THE TREATMENT OF HYPOCHONDRIACAL DISORDER

Pomytkina T. E., Larionova T. V., Yuferova E. A.

Department of outpatient therapy

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. In recent years, there has been a worldwide tendency for people to have a hyper-responsible attitude towards their health. That leads to an increase in cases of hypochondria, which is a mental disorder characterized by the presence of fear of a serious incurable disease. This disorder belongs to the somatoform and indicates its neurotic nature. The goal of cognitive therapy for hypochondria is to help patients realize that their main problem is fear of illness, and not real vulnerability to diseases.

Keywords: hypochondria, health anxiety, awareness, fear, protective behavior, cognitive behavioral therapy.

Введение

Ипохондрия проявляется в дезадаптивной или деструктивной тревоге о здоровье, выраженной в постоянном и преувеличенном страхе перед серьезными, чаще всего неизлечимыми заболеваниями, такими как онкологические, сердечно-сосудистые, урологические заболевания, а также тяжелые психические расстройства. Страх основан на неправильной интерпретации физических симптомов и может приводить к функциональной нетрудоспособности, которая проявляется ощущением «жизни как во сне» и страхом перед телесными ощущениями. Такое поведение, направленное на поиск болезней, трудно поддается лечению и приводит к чрезмерному использованию медицинских ресурсов — от частых лабораторных анализов до вызова скорой помощи. Примечательно, что тревога о здоровье не уменьшается даже в случае реального заболевания; переоценка вероятности и серьезности угроз для здоровья сохраняется [5, С.47].

Методы исследования: для нашей работы мы использовали данные литературных источников и интернет-ресурсов по данной теме.

Результаты и их обсуждение

Выраженная степень тревоги о здоровье является довольно распространенным явлением среди населения, охватывая от 1 до 4%. До 25–39% пациентов, обращающихся к врачам, могут испытывать высокий уровень беспокойства о своем здоровье. Как и в случае большинства тревожных расстройств, патогенез ипохондрии до конца не ясен. Однако исследования показали, что факторами риска являются недавние стрессовые события, такие как потеря родителя, свидетельство несчастных случаев, развод, чувство уязвимости, увольнение, расставание с партнером, переезд, сепарация от родителей, а также наличие соматических заболеваний как у самого пациента,

так и у близких ему людей. Люди, испытывающие хронический стресс, болевой синдром или перенесшие психологическую травму, могут утратить способность доверять своим телесным ощущениям, что затрудняет регуляцию эмоций и общее благополучие. Для отображения факторов, поддерживающих развитие этого расстройства, используется когнитивно-поведенческую модель П. Салковскиса [9].

Также следует учитывать когнитивную модель тревоги по поводу болезней предложенную Альбертом Чжуньян Хиггинс-Ченом и соавт. [4, С.49]. Тревога о здоровье усиливается со временем из-за самоподкрепляющегося цикла беспокойства и защитного поведения. Навязчивые мысли или страх болезни вызывают тревогу, которая побуждает пациента либо искать утешения, либо избегать проблемы. Временное облегчение от таких действий лишь усиливает первоначальные навязчивые мысли и поведение, не давая пациенту осознать, что страх был необоснованным. Когнитивные искажения делают пациентов особенно восприимчивыми. Повышенная нетерпимость к неопределенности заставляет их искать медицинскую помощь, даже если вероятность заболевания крайне низка. Усиленная бдительность к телесным симптомам и катастрофическое их истолкование приводят к постоянному мониторингу своего состояния и поиску признаков серьезных заболеваний. Основные убеждения о здоровье могут быть искажены и негибки, например: «здоровье — это полное отсутствие физических или психических симптомов», «тело не должно испытывать никаких ощущений». Психотерапия систематически меняет такие убеждения и поведение [10].

В отличие от МКБ-10, в DSM-V (американское диагностическое руководство по психическим расстройствам) термин «ипохондрия» был заменен на:

1) Расстройство искаженной интерпретации соматических симптомов (disorders somatic symptom);

2) Болезнь-ориентированное тревожное расстройство или страх заболевания, характеризующийся озабоченностью, страхом серьезной болезни, несмотря на заверения врача (illness anxiety disorder) [2, С.50].

Эти расстройства различаются тем, что для первого необходимы соматические симптомы (например, функциональные нарушения), в то время как для второго диагноз не требует наличия физических проявлений. Например, тревожное расстройство, связанное с болезнью, включает людей, сильно обеспокоенных развитием рака, инсульта, деменции или инфаркта, но не имеющих отчетливых телесных симптомов [8].

Цель когнитивной терапии ипохондрии - помочь пациентам осознать, что их главная проблема - это страх перед болезнью, а не реальная уязвимость перед заболеваниями.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) - это немедикаментозный метод психотерапии, помогающий пациентам отличать реальные угрозы от воображаемых и восстановить адекватное восприятие своего состояния. Экспозиционная терапия направлена на уменьшение избыточного защитного поведения через проработку проблем, вызывающих ипохондрию. Также применяются техники, снижающие когнитивное и соматическое возбуждение, и работа с дисфункциональными убеждениями, такими как «все здоровы, а я болен», «я завидую здоровым людям», «я боюсь, что буду болен» [1].

Рандомизированные исследования подтверждают, что КПТ, особенно в очной форме, обладает как терапевтическими, так и экономическими преимуществами. Пациенты с тревогой о здоровье часто предпочитают психологическое лечение фармакологическому, так как оно не вызывает у них чувства гиперответственности и переносится легче [7].

Таким образом, психотерапевтическое лечение основывается на систематической дистанционной экспозиционной терапии, которая охватывает как ситуации, так и физические ощущения, используя подход «тигры сверху и снизу». Все упражнения, связанные с воздействием, выполняются многократно

и в различных контекстах, при этом пациенту рекомендуется обращать внимание на свои мысли, эмоции, поведенческое сопротивление и преимущества избегания во время выполнения упражнений [6. с. 37].

С начальной фазы лечения в качестве средства используется тренировка осознанности, например, техника «глаза новичка», которая помогает пациентам лучше управлять тревогой. Важно, что эта техника используется не для отвлечения от тревожных ощущений, а для их осознанного восприятия [6. с. 37].

Психотерапия в этом подходе не направлена на позитивное мышление или техники отвлечения, как в других формах КПТ. Здесь осознанность тренируется как инструмент для наблюдения за мыслями и эмоциями без попыток их изменить, что снижает избыточное поисковое поведение, такое как «что-то делать», «знать», «понимать». Этот подход напоминает телесно-ориентированную терапию осознанности (Mindful Awareness in Body-Oriented Therapy, МАВТ), которая фокусируется на interoцептивной осведомленности. [6. с. 37].

В середине и конце курса экспозиционной терапии пациентам предлагается применять навыки осознанности для повышения терпимости к триггерным внутренним реакциям, связанным с телесными ощущениями и мыслями. Хотя в клинической психологии до сих пор не до конца понятно, как осознанность оказывает психотерапевтическое воздействие, предполагается, что это связано с увеличением осведомленности о различных условных триггерах тревоги. Кроме экспозиционной терапии и техник повышения осознанности, когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) включает в себя психообразование на основе когнитивно-поведенческих моделей тревоги, а также разработку плана по предотвращению рецидивов [6. с. 38].

Согласно DSM-V, расстройство, связанное с искаженной интерпретацией соматических симптомов, наиболее схоже с ипохондрическим синдромом. Однако оба этих расстройства являются новыми диагностическими

категориями для российской психотерапевтической практики, и существует крайне ограниченное количество исследований, охватывающих все аспекты, включая эпидемиологические данные и бремя болезни. Кроме того, насколько известно, пока не опубликовано ни одного исследования, посвященного протоколам лечения этих расстройств [3, с.76].

Ипохондрия, характеризующаяся постоянной тревогой о здоровье, представляет собой серьезное психическое расстройство, связанное с неправильной интерпретацией физических симптомов. Она ведет к постоянному страху перед тяжелыми заболеваниями, даже при отсутствии объективных признаков болезни. Это состояние усугубляется со временем, создавая замкнутый круг тревожности и защитного поведения.

Метод КПТ показали свою эффективность в борьбе с ипохондрией. Экспозиционная терапия и тренировка осознанности помогают пациентам распознать свои навязчивые страхи и научиться отличать мнимые угрозы от реальных. КПТ не только снижает тревожные симптомы, но и уменьшает частоту использования медицинских ресурсов, что способствует улучшению качества жизни пациентов.

Заключение

Проведенные исследования подтверждают, что психологическое лечение ипохондрии имеет значительные преимущества по сравнению с фармакологическими методами. Особое внимание в терапии уделяется осознанности и устранению когнитивных искажений, что позволяет пациентам восстановить контроль над своим эмоциональным состоянием.

Литература/References:

1. Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety-Related Disorders: A Meta-Analysis of Recent Literature / S. Bhattacharya, C. Goicoechea, S. Heshmati [et al.] // Curr. Psychiatry Rep. – 2023. – Vol. 25 (1). – P. 19–30.

2. Бек Дж. Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям / Бек Дж. СПб. : Питер, 2020. 416 с.

3. Thought characteristics in patients with severe health anxiety: A comparison with obsessive–compulsive disorder and healthy controls / T. B. Gehrt, L. Frostholm, M-L. Obermann, D. Berntsen // *Psychology of Consciousness: Theory, Research and Practice*. – 2023. – Vol. 10. – P. 76–87.

4. Кнаус У. Дж. Когнитивно-поведенческая терапия тревоги / У. Дж. Кнаус. СПб. : Литагент Весь, 2019. 304 с.

5. Мелехин, А. И. Вирусная тревога (virus Anxiety): обследование и психотерапевтическая тактика / А. И. Мелехин // *Материалы Научно-практической конференции, Тула, 16 окт. 2020 г. Тула: Тульский государственный университет, 2020. С. 46–54.*

6. Мелехин А.И. Дезадаптивная тревога о здоровье: применение лечебной дистанционной когнитивно-поведенческой терапии / А. И. Мелехин // *Российский журнал телемедицины и электронного здравоохранения. 2023. Т. 9, № 2. С. 29–39.*

7. Newby, J. M. The impact of internet-delivered cognitive behavioural therapy for health anxiety on cyberchondria / J. M. Newby, E. McElroy // *J. Anxiety Disord.* – 2020. – Vol. 69. – P. 102–150.

8. Price, C. J. Interoceptive Awareness Skills for Emotion Regulation: Theory and Approach of Mindful Awareness in Body-Oriented Therapy (MABT) / C. J. Price, C. Hooven // *Front. Psychol.* – 2018. – Vol. 9. – P. 798.

9. Salkovskis, P. M. Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioural approach to hypochondriasis / P. M. Salkis, H. M. Warwick // *Behaviour Research and Therapy*. – 1986. – Vol. 24 (5). –P. 597–602.

10. Severe Illness Anxiety Treated by Integrating Inpatient Psychotherapy With Medical Care and Minimizing Reassurance / A. T. Higgins-Chen, S. B. Abdallah, J. B. Dwyer [et al.] // *Front Psychiatry*. – 2019. – Vol. 10. – P. 150.

**СОЦИАЛЬНАЯ СРЕДА КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ
ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ В РАМКАХ
ПСИХОВЕГЕТАТИВНОГО СИНДРОМА.**

Помыткина Т. Е., Березин Е. Е., Сахаров Д. С.

Кафедра поликлинической терапии

*ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

Аннотация. Анализировались данные научной литературы и результаты анкетирования, направленные на выявления и изучения влияния социальной среды на формирование пароксизмальных состояний, выражающихся в тревожности, агрессивности, ригидности. Данные экспериментальных исследований указывают на взаимосвязь социальных факторов, на формирование психических и неврологических расстройств.

Ключевые слова: социальная среда, неврозы, тревожность, пароксизмальные состояния, волнение.

**SOCIAL ENVIRONMENT AS A FACTOR IN THE FORMATION OF
PAROXYSMAL STATES WITHIN THE FRAMEWORK OF
PSYCHOVEGETATIVE SYNDROME.**

Pomytkina T. E., Berezin E. E., Sakharov D. S.

Department of Polyclinic Therapy

Kemerovo State Medical University

Ministry of Health of Russia, Kemerovo, Russia

Abstract. The data of the scientific literature and the results of the questionnaire aimed at identifying and studying the influence of the social environment on the formation of paroxysmal states expressed in anxiety, aggressiveness, rigidity were analyzed. The data of experimental studies indicate the relationship of social factors to the formation of mental and neurological disorders

Keywords: Social environment, neurosis, anxiety, paroxysmal states, excitement.

Цель исследования: изучить по данным научной литературы и анкетирования влияние социальной среды на формирование психических и неврологических расстройств.

Материалы и методы исследования: были проанализированы статьи с баз научной литературы PubMed. При поиске были использованы ключевые слова: неврозы, социальная среда, синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), психопатии, тревожность, так же использовалась специально разработанную анкету из пятнадцати вопросов, направленную на выявление взаимосвязи социальной среды как триггера пароксизмальных состояний. Анкетирование проводилось при помощи Гугл-Формы анонимной анкеты, которая была составлена совместно с кафедрой клинической психологии КемГУ [6, с.95-98], 91 студента высших учебных заведений в возрасте 18-45 лет (медиана 24), из которых 25,3% мужчин и 74,7% женщины, проживающих по всей России. Обработка результатов анкетирования в программе Excel и Statistica.

Результаты и их обсуждение

Анализ научной литературы по теме исследования показал, что социальный фактор в виде: круга общения, уровня оказываемого внимания на личность, эмоционального фона внутри этого круга, безусловно, оказывает непосредственное влияние на человека. Все эти факторы могут оказывать влияние на появление психических расстройств, в дальнейшем перерастающих в неврологические заболевания. Основными клиническими проявлениями является соматическая симптоматика в виде: тревожности, ригидности к окружающему миру, появлению периодических панических атак, что приводит к появлению пароксизмальных состояний неясного генеза. Участники с СДВГ обладали более неадекватным представлением о беспокойстве с признаками ригидности.

Наиболее полный фактический материал содержался в статье O'Rourke SR, Bray AC, Anastopoulos AD. Anxiety Symptoms and Disorders in College

Students With ADHD. J Atten Disord. 2020 Oct;24. В данном источнике приводится оригинальное исследование симптомов и расстройств тревоги у студентов с СДВГ [5, с.5-8].

В другой научной статье исследовали влияние социальной поддержки на молодых людей с уже имеющимися симптомами СДВГ, в которой был сделан вывод, что отсутствие социальной среды оказывает негативное влияние на индивидуум, усиливая снижение самооценки, ощущение одиночества, формированию суицидальных мыслей, но не подталкивает личность криминальным движению и использованию психоактивных веществ [1, с.10].

В работе по выявлению социализированности людей с явными признаками СДВГ, было выявлено, что их коммуникативные качества и способность к нормальной адаптации в социуме, на порядок ниже, чем у студентов без симптомов СДВГ. Подводя итоги данной работы, авторы, отметили, что ранний скрининг и вмешательство в процесс социализации позволит предотвратить усиление симптомов СДВГ по средствам занятия более центрального положения в коллективе с последующим расширением круга общения [4, с.8-12].

При исследовании влияния неблагоприятных факторов на течение СДВГ были взяты такие параметры как негативные взаимоотношения в семье, школе и ВУЗе. С этиологической точки зрения, каждый из этих параметров последовательно накладывает свой отпечаток на усиление симптомов СДВГ, несмотря на сложность их интерпретации в рамках социальных факторов, из-за индивидуального и субъективного восприятия эмоционального фона какой-либо из социальных сред. При подведении итогов была выявлена корреляция между социальными средами разных уровней и симптоматикой СДВГ, но также авторы не отрицают воздействия генетических предрасположенностей и экологических факторов [2, с.9].

Другая группа исследователей пришла к иному выводу. Среди группы резидентов, на которую был оказан более высокий уровень невзгод, только у

30% подтвердилась прямая взаимосвязь этих факторов с формированием невротических расстройств, что может свидетельствовать о том, что социальное окружение не важно для формирования неврозов, а более высокую значимость имеет интрапсихические и личностные факторы [3, с.4-6].

На следующем этапе исследования был проведен онлайн опрос, который показал, что у более половины респондентов наблюдается прямая взаимосвязь социального фактора (Семья, ВУЗ) и наличия психоневрологических расстройств. В 40% случаев респонденты отмечают наличие приступов неожиданного страха с явными признаками волнения (50% респондентов), более 44% отмечают приступы страха смерти.

При выявлении конкретных социальных факторов было установлено, что в опросе приняли участие 75% женщин и 25% мужчин, в возрасте от 18 до 45 лет, обучающихся в высших учебных заведениях. Большая часть респондентов (78%) отрицают у себя наличие психических и неврологических заболеваний, 10% наблюдаются у психотерапевта, 10% невролога и 5% у психолога, остальные у врачей данных специальностей не наблюдаются. Приступы беспричинного страха отмечаются у 42% опрошенных.

Симптомы ОКР отмечаются у 30% опрошенных. Приступы панических атак отмечают 48% опрошенных, 41% часто испытывают переживания. Большая часть анкетированных предпочитает большой круг общения. 46% анкетированных имеют большой круг общения, как в ВУЗе, так и вне ВУЗа, что может указывать на прямую взаимосвязь формирования психоневрологических расстройств.

Факторы социальной среды в виде: круга общения, эмоциональной составляющей внутри этого круга, уровня оказываемого влияния на человека могут влиять на формирование психовегетативного синдрома, выраженного в виде: беспричинного страха, частых приступов немотивированных волнений, что в дальнейшем может приводить к серьезным неврологическим патологиям. Анализируя результаты анкетирования, можно выделить группу риска людей, с

наиболее вероятным возникновением пароксизмальных расстройств. В этот круг будут входить 40% опрошенных с приступами неожиданного страха, у 30% опрошенных, испытывающих панические атаки, а также у 30% опрошенных имеющих обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР). Пароксизмальные состояния в виде эпилепсии, панических атак, тревожно-депрессивного расстройства, безусловно могут быть существенно связаны с социальной средой человека.

Можно выделить следующие факторы, которые оказывают влияние на формирование данных состояний:

1) Стресс и тревога: социальная среда как источник.

2) Социальная поддержка: отсутствие социальной поддержки, а также отрицательное воздействие социума на личность приводят к неврологическим расстройствам.

3) Культурные факторы: Соблюдение социальных норм, табу, представление о психическом равновесии.

4) Экономические условия: экономическая стабильность в пределах семьи как фактор формирования эмоционального фона.

5) Образование и информированность: уровень образования и способность его применения внутри социума для формирования эмоциональной стабильности.

Заключение

В целом, социальная среда является важным аспектом, который может как способствовать, так и предотвращать развитие пароксизмальных состояний. Поддержка со стороны общества и семьи, а также создание условий для снижения стресса могут оказать положительное влияние на психическое здоровье.

Литература / References:

1. The role of psychosocial adversity in the aetiology and course of attention deficit hyperactivity disorder / S. Gómez-Cano, J. P. Zapata-Ospina, M. Arcos-Burgos, J. D. Palacio-Ortiz // Rev. Colomb. Psiquiatr. (Engl Ed). – 2023. – Vol. 52 (1). – P. 65–72.
2. Henderson, S. Social relationships, adversity and neurosis: an analysis of prospective observations / S. Henderson // Br. J. Psychiatry. – 1981. – Vol. 138. – P. 391–398.
3. Social Network Analysis Reveals the Negative Effects of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Symptoms on Friend-Based Student Networks / J. W. Kim, B. N. Kim, J. I. Kim [et al.] // PLoS One. – 2015. – Vol. 10 (11): e0142782.
4. O'Rourke, S. R. Bray AC, Anastopoulos AD. Anxiety Symptoms and Disorders in College Students With ADHD / S. R. O'Rourke, A. C. Bray, A. D. Anastopoulos // J Atten Disord. – 2020. – Vol. 24 (12). – P. 1764-1774.
5. Янко Евгений Владимирович. Школьная дезадаптация как фактор формирования аддиктивного поведения: диссертация ... кандидата психологических наук : 19.00.04. Томск, 2002. 123 с.

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.

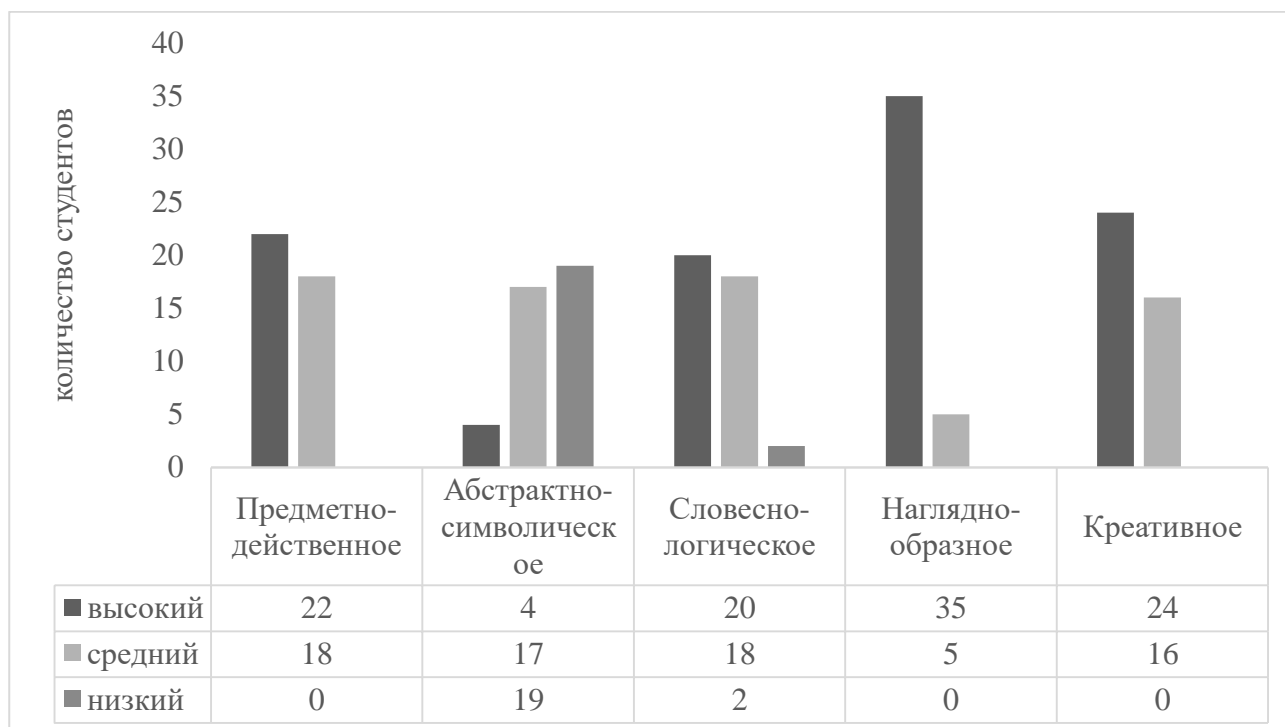


Рис.1. - Результаты, полученные по методике «Тип мышления»
(в модификации Г.В. Резапкиной).

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.

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(*)

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.

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 в 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.

ПСИХОЛОГ БУДУЩЕГО: ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ И ЛИЧНОСТНЫЕ КАЧЕСТВА

Прихода И. В., Скляр П. П.

Кафедра психологии и конфликтологии

ФГБОУ ВО «Луганский государственный университет

имени Владимира Даля», Россия,

Луганская Народная Республика, г. Луганск

Аннотация. В данной научно-теоретической статье с актуальных позиций современной психологической теории и практики научно обобщены и системно проанализированы профессиональные компетенции и личностные

качества психолога будущего. Установлено, что психолог будущего должен быть универсально-гибридным специалистом, органично сочетающим в себе высокий уровень профессиональной компетентности и личностного развития.

Ключевые слова: психолог будущего, профессиональные компетенции, личностные качества.

PSYCHOLOGIST OF THE FUTURE: PROFESSIONAL COMPETENCIES AND PERSONAL QUALITIES

Prikhoda I. V., Sklyar P. P.

*Department of psychology and conflictology
Lugansk State University named after Vladimir Dahl»,
Russia, Lugansk People's Republic, Lugansk*

Abstract. In this scientific-theoretical article, from the actual positions of modern psychological theory and practice, the professional competencies and personal qualities of a psychologist of the future are scientifically generalized and systematically analyzed. It is established that the psychologist of the future should be a universally hybrid specialist, organically combining a high level of professional competence and personal development.

Keywords: the psychologist of the future, professional competencies, personal qualities.

Введение

Стремительное и неуклонное развитие научно-технического прогресса последнего десятилетия, сопровождающееся активным и последовательным формированием инновационно-технологического уклада экономики государства обновлённого типа и возникновением новых общественных парадигм (социальной, политической, идеологической, культурологической и т. д.), предъявляет свои специфические требования к профессиям будущего [11].

Это обусловлено не только постоянными и динамичными изменениями рынка труда, способствующими естественному исчезновению старых, возникновению новых и модификации современных профессий, но и насущной необходимостью появления будущего специалиста совершенно новой генерации – профессионала и личности, органично сочетающего в себе строго определённые профессиональные компетенции и остро необходимые личностные качества [12].

Всё вышеуказанное в полной мере и, прежде всего, относится к группе человекоориентированных профессий, то есть профессий, тем или иным образом непосредственно связанных с человеком и его жизнедеятельностью [4].

Профессия психолога относится именно к этой группе профессий и, давно и прочно заняв своё место, неизбежно состоит в первом ряду, поскольку в центре её пристального и постоянного внимания неизменно находится человек [3].

Объект исследования – профессия психолога будущего.

Предмет исследования – профессиональные компетенции и личностные качества психолога будущего.

Цель исследования – научно обобщить и системно проанализировать профессиональные компетенции и личностные качества психолога будущего.

Гипотеза исследования: профессия психолога будущего будет более востребованной и перспективной при обязательном и последовательном соблюдении комплекса следующих социальных, психологических и педагогических условий:

1. Установлении, исследовании и рассмотрении процесса профессиогенеза психолога будущего как системной, комплексной и междисциплинарной проблемы социальной, психологической и педагогической теории и практики.

2. Определении, обобщении, систематизации и анализе профессиональных компетенций психолога будущего.

3. Определении, обобщении, систематизации и анализе личностных качеств психолога будущего.

В соответствии с объектом, предметом, целью и гипотезой исследования определены следующие **задачи исследования**:

1. Установить, исследовать и рассмотреть процесс профессиогенеза психолога будущего как системную, комплексную и междисциплинарную проблему социальной, психологической и педагогической теории и практики.

2. Определить, обобщить, систематизировать и проанализировать профессиональные компетенции психолога будущего.

3. Определить, обобщить, систематизировать и проанализировать личностные качества психолога будущего.

Методы исследования: научное обобщение и системный анализ специализированных литературных источников, электронных информационных ресурсов и результатов собственных социально-психологических, психолого-педагогических и социально-педагогических теоретических и эмпирических исследований.

Результаты исследования

Сегодня мы живём в эпоху стремительных и неотвратимых изменений, где потребности и ожидания клиентов в области психического здоровья продолжают активно и постоянно эволюционировать. Так какой же он на самом деле, психолог будущего? Попытаемся разобраться...

Предполагается, что психолог будущего будет представлять собой специалиста совершенно нового поколения – универсально-гибридного специалиста интегративного типа, органично сочетающего в себе высокий уровень профессиональной компетентности и личностного развития [7].

Он будет обладать специфическими характеристиками, а именно:

I. Профессиональными характеристиками (набором строго определённых профессиональных компетенций) [1; 2; 5; 8; 10]:

1. Иметь высшее профессиональное образование соответствующего образовательного уровня (бакалавриат, специалитет, магистратура) и/или дополнительное профессиональное образование соответствующей профессиональной квалификации (профессиональная переподготовка).

2. Развиваться и совершенствоваться в профессии (проходить курсы повышения профессиональной квалификации; посещать образовательные семинары и тренинги; поддерживать профессиональные взаимоотношения с коллегами; проходить интервизию и супервизию).

3. Заниматься научно-исследовательской деятельностью (научно обобщать и системно анализировать специализированные литературные источники и электронные информационные ресурсы; осуществлять собственные теоретические и эмпирические исследования; участвовать в научно-исследовательских проектах; заниматься научно-публикационной деятельностью).

4. Владеть современными информационно-коммуникационными методами и средствами, методиками и техниками, сервисами и системами (использовать в профессиональной деятельности электронные ресурсы и дистанционные технологии, мессенджеры и социальные сети, мобильные приложения и искусственный интеллект).

5. Владеть основами финансовой и экономической деятельности (знать исходные положения налогового законодательства в части индивидуального предпринимательства и самозанятости; владеть основными элементами бизнес-планирования и бизнес-администрирования; знать основные принципы менеджмента и маркетинга, предпринимательской деятельности и государственно-частного партнёрства).

6. Знать основы административного и трудового права (знать основные законодательные и подзаконные акты, нормативно-правовые и программно-нормативные документы в сфере здравоохранения и социального развития,

образования и науки; владеть основными элементами административных и трудовых правоотношений).

II. Личностными характеристиками (набором остро необходимых личностных качеств) [2; 5; 6; 9; 13]:

1. Иметь определённые черты личности (обладать энтузиазмом по отношению к работе, её целям и задачам, форме и содержанию, процессу и результату; обладать работоспособностью, прилежанием, педантичностью, дисциплинированностью, способностью к критике и самокритике, беспристрастием; уметь ладить с людьми).

2. Обладать нравственными качествами (иметь уважительное отношение к людям; обладать доброжелательностью, порядочностью, честностью, чуткостью, отзывчивостью, альтруистичностью, гуманностью, интеллигентностью, патриотичностью; разделять традиционные ценности).

3. Обладать коммуникативными качествами (уметь понимать других людей и психологически корректно воздействовать на них; уметь работать с людьми, разбираться в характерах; обладать психологической интуицией, жизненным опытом).

4. Обладать эмоциональными качествами (иметь эмоциональную стабильность и психологическую устойчивость; обладать непринужденностью, естественностью и искренностью в общении, устойчивостью к острому и хроническому стрессу, способностью к сопереживанию и состраданию).

5. Обладать волевыми качествами (иметь волевые установки и моральную устойчивость; обладать настойчивостью, методичностью, постоянством, терпеливостью, толерантностью, самообладанием; уметь «держат удары судьбы» и «подниматься после падения»).

Заключение

В результате проведенного научного обобщения и системного анализа проблемы профессиональной компетентности и личностного развития

психолога будущего можно сделать следующие предварительные-промежуточные **выводы**:

1. Процесс профессиогенеза психолога будущего 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 его оптимизации.

2. Психолог будущего должен обладать следующими профессиональными компетенциями: иметь высшее профессиональное или дополнительное профессиональное образование психологического профиля; развиваться и совершенствоваться в профессии; заниматься научно-исследовательской деятельностью; владеть современными информационно-коммуникационными методами и средствами, методиками и техниками, сервисами и системами; владеть основами финансовой и экономической деятельности; знать основы административного и трудового права.

3. Психолог будущего должен обладать следующими личностными качествами: иметь определённые черты личности; обладать нравственными, коммуникативными, эмоциональными и волевыми качествами.

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) процессу профессиогенеза психолога будущего. 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 процесса профессиогенеза психолога будущего.

Литература / References:

1. Бекетова Е. С. Профессиональная подготовка будущих практических психологов (глубинно-психологический аспект) / Е. С. Бекетова // Научная дискуссия: вопросы педагогики и психологии. 2016. № 12 (57). С. 171-175.

2. Бондаренко А. Ф. Личностное и профессиональное самоопределение отечественного психолога-практика / А. Ф. Бондаренко // Московский психотерапевтический журнал. 1993. № 1. С. 63-76.

3. Грецов А. Г. Выбираем профессию: советы практического психолога: учебное пособие / А. Г. Грецов. – Санкт-Петербург: Изд-во «Питер», 2005. 216 с.

4. Гуманизация высшего образования: проблемы и перспективы: коллективная монография / под общ. ред. И. В. Приходь, Н. В. Фунтиковой. Луганск : Изд-во «Ноулидж», 2023. 400 с.

5. Иванова Н. Г. Особенности личностно-профессионального становления будущих психологов технических и гуманитарных вузов : автореферат диссертации на соискание учёной степени кандидата психологических наук: специальность 19.00.13 – Психология развития, акмеология / Н. Г. Иванова; СГТУ. Красноярск, 2006. 23 с.

6. Косарева А. Б. Индивидуально-личностные особенности готовности студентов-психологов к самореализации в будущей профессиональной деятельности: автореферат диссертации на соискание учёной степени кандидата психологических наук : специальность 19.00.00 – Общая психология, психология личности, история психологии / А. Б. Косарева; РУДН. Москва, 2010. 22 с.

7. Котух Е. В. Профессиональная подготовка будущего психолога: интегративный подход / Е. В. Котух // Научный журнал «РЕМ: Psychology. Educology. Medicine». 2020. № 3. С. 32-44.

8. Левкова Т. В. К вопросу о профессиональной подготовке будущих психологов / Т. В. Левкова // Международный научно-исследовательский журнал. 2017. № 8 (62), Часть 2 (Август). С. 107-110.

9. Поваренков Ю. П. Психологическое содержание профессионального становления человека : монография / Ю. П. Поваренков. Москва: Изд-во УРАО, 2002. 160 с.

10. Прихода И. В. Концептуальные основы модернизации профессиональной подготовки будущих психологов в системе высшего психологического образования / И. В. Прихода // Педагогика и медицина в воспитательном пространстве: проблемы, возможности и перспективы : сборник материалов Международной междисциплинарной научно-практической конференции, к 135-летию со дня рождения А. С. Макаренко (г. Кемерово, 10 ноября 2023 г.) / отв. ред. Г. В. Акименко, Л. В. Гукина. Кемерово: КемГМУ, 2023. .С. 331-343.

11. Прихода И. В. Профессии будущего как социально-психологическая и квалификационно-кадровая проблема / И. В. Прихода // Общественные и гуманитарные науки: междисциплинарный диалог: материалы V Межрегиональной научно-практической конференции, посвящённой Дню Героев Отечества (г. Кемерово, 09 декабря 2023 г.) / отв. ред. Д. Ю. Кувшинов, Н. Н. Ростова, Л. В. Гукина, М. Г. Марьина. Кемерово: КемГМУ, 2023. С. 198-203.

12. Профессиогенез личности в пространстве образовательных трансформаций: коллективная монография / под общ. ред. И. В. Приходы, Н. В. Фунтиковой. Луганск : Изд-во ЛГУ им. В. Даля, 2022. 362 с.

13. Фонарев А. Р. Психология личностного становления профессионала : автореферат диссертации на соискание учёной степени доктора психологических наук : специальность 19.00.13 – Психология развития, акмеология / А. Р. Фонарев. Калуга: КГПУ им. К. Э. Циолковского, 2004. 46 с.

МЕДИКМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Рохмистрова Н. С.

*Центральная научно-исследовательская лаборатория
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

Аннотация. Статья посвящена проблеме посттравматического стрессового расстройства в России. Рассмотрены основные симптомы, стадии и последствия данного расстройства. Проведен краткий литературный обзор основных лекарственных средств и стратегий лечения, используемых для терапии упомянутого заболевания. Рассмотрены малоэффективные и нерекомендуемые стратегии лечения посттравматического стрессового расстройства.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, ПТСР, флувоксамин, флуоксетин, пароксетин, сертралин, венлафаксин, дулоксетин.

DRUG THERAPY OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER: A LITERATURE REVIEW

Rokhmistrova N. S.

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. This article covers the problem of post-traumatic stress disorder in Russia. The main symptoms, stages and consequences of this disorder are considered. A brief literature review of the main drugs and treatment strategies used to treat this disease is provided. Ineffective and non-recommended treatment strategies for post-traumatic stress disorder are reviewed.

Keywords: post-traumatic stress disorder, PTSD, fluvoxamine, fluoxetine, paroxetine, sertraline, venlafaxine, duloxetine.

Введение

Диагноз, который в настоящее время принято называть посттравматическим стрессовым расстройством, поскольку мы стали более углубленно изучать реакцию на стресс и ее долгосрочное воздействие на тело и мозг. Первые задокументированные симптомы, наблюдаемые у военнослужащих, были описаны австрийским врачом Джозефом Ауэнбрюггером во время Семилетней войны (1756-1763 гг.) [25, С. 16836]. Как самостоятельный диагноз посттравматическое стрессовое расстройство было выделено в 1980 г. [26, С. 385].

В структуре ПТСР присутствуют два типа нарушений:

1. Кратковременные (обратимые расстройства, длящиеся от нескольких секунд до нескольких часов);
2. Длительные (нарушения, затрагивающие личность пациента) [3, С. 54].

Критерием ПТСР по МКБ-10 является воздействие стрессорного события или ситуации (как кратковременно, так и длительно) исключительно угрожающего или катастрофического характера. У пациента могут наблюдаться стойкие воспоминания или «оживление» стрессора в виде навязчивых реминисценций, повторяющихся снах, ярких воспоминаний. Больной может избегать или стремиться избегать ситуаций или обстоятельств, ассоциирующихся со стрессором. Также может наблюдаться психогенная амнезия (частичная или полная) в отношении важных аспектов стрессовой ситуации. Кроме того, у пациента может наблюдаться затруднение засыпания или сохранения сна, раздражительность или вспышки гнева, затруднение концентрации внимания, повышение уровня бодрствования, повышение уровня тревоги, депрессии различной степени тяжести. Для постановки диагноза описанные симптомы должны сохраняться в течение 6 месяцев и более [5, С. 50].

Посттравматическое стрессовое расстройство близко сопряжено с риском суицидального поведения. У пациентов наблюдается чувство «вины

выжившего», нарушение социальных связей, сильное чувство потери и безнадежности, пессимизм по отношению к будущему, болезненное содержание кошмаров, ограничение или полное прекращение социальных контактов, рецидивирующая депрессия. Все это так или иначе повышает риск совершения суицида [2, С. 27].

В настоящее время в России к проблеме ПТСР проявляется все больше интереса. Напряженная обстановка последних лет делает проблему довольно распространенной, а тенденция к хронизации процесса и расширение симптоматики приводят к снижению эффективности существующих схем терапии [4, С. 845].

Цель исследования – обобщение информации об основных лекарственных препаратах для лечения посттравматического стрессового расстройства, схемах усиления терапии и недостатках данных схем.

Объекты и методы исследования

Методами и объектами данного исследования являются анализ литературных источников и обобщение научной литературы.

Результаты и их обсуждение

Согласно наиболее актуальным и последним исследованиям, препараты флуоксетин, венлафаксин и пароксетин показали наибольшую эффективность в качестве монотерапии при лечении симптомов посттравматического стрессового расстройства. Относительные преимущества использования селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) или селективных ингибиторов обратного захвата норадреналина (СИОЗН) заключаются в хорошей переносимости данных групп препаратов [30, С. 547].

Флуоксетин относится к категории специфических ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) и может эффективно смягчать депрессивное поведение у пациентов с большим депрессивным расстройством. Начальная доза при терапии флуоксетином составляет 10-20 мг и постепенно наращивается в ходе лечения до 80 мг [22, С. 263]. Исследования показали, что

связанные с ПТСР нейropsychиатрические симптомы сопровождались повышением миелинизации в задней теменной коре и гиппокампе. Флуоксетин оказывает глубокое воздействие на нейropsychологическое поведение и нарушения миелиновой системы. Дальнейшие механические эксперименты показали, что флуоксетин может напрямую влиять на олигодендроглиальную дифференцировку, повышая регуляцию передачи сигналов [37, С. 1043]. Однако, при проведении тестов на мышах, демонстрирующих поведенческое отчаяние, моделирующих состояние тревоги и депрессии, флуоксетин в качестве монотерапии не смог показать статистически значимого улучшения показателей. Значимое улучшение показателей наблюдалось при приеме флуоксетина в комбинации с физическими упражнениями [31, С. 1]. Хотя флуоксетин является препаратом первой линии для лечения симптомов ПТСР, эффективная частота улучшения симптомов ПТСР редко превышает 60%, и менее 20-30% пациентов могут достичь полной ремиссии после лечения. Следовательно, терапевтический эффект флуоксетина при симптомах ПТСР имеет некоторые ограничения [38, С. 8875087].

Еще один антидепрессант из группы СИОЗС, пароксетин, показал схожие с флуоксетином результаты в тестах пассивного избегания и модели воздействия травматического стресса, однако, пароксетин при применении пароксетина наблюдался более стойкий эффект. Пароксетин с 5 по 11 день введения подавлял изменения в поведении, связанные со стойким избеганием и стойкой сенсibilизацией к страху. Усиление тревожного поведения наблюдалось только в группе мышей, получающих значительный удар током (1,5 мА) в качестве стрессора [11, С. 2310].

Клинические испытания в группе физически здоровых женщин в возрасте от 18 до 75 лет, переживших сексуальное насилие, показали, что лечение пароксетином в начальной дозе 10-20 мг с постепенным увеличением до 50 мг привело к улучшению симптомов ПТСР, а также усилению функции DMN и

областей обработки зрительных данных в дополнение к медиальной префронтальной коре/передней поясной извилине [13, С. 100615].

Препарат сертралин показал статистически значимые показатели улучшения состояния при ПТСР. В группе из 200 добровольцев обоих полов, получавших сертралин в течение 24 месяцев в начальной дозировке 50 мг с постепенным титрованием дозы до 200 мг, значительно снизились показатели тревоги и депрессии [39, С. 294]. Кроме того, отмечалась высокая приверженность лечению. Также при применении сертралина с исследуемой группой добровольцев в течение 6-12 месяцев лечения значительно снизились случаи злоупотребления алкоголем и наркотическими веществами (что часто наблюдается у пациентов с диагнозом ПТСР) [23, С. 365]. Исследование, проведенное в группе, состоящей из 195 ветеранов боевых действий, показало, что лечение сертралином также может снижать чувство «вины выжившего» [8, С. 101666].

Еще один мощный селективный ингибитор обратного захвата серотонина, не оказывающий влияния на другие механизмы захвата моноаминов – флувоксамин. Основными показаниями данного препарата являются обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) и паническое расстройство. Однако, исследования показывают, что в дозе 300 мг в течение 8 недель при диагнозе ПТСР флувоксамин показал значительные улучшения, облегчая такие симптомы, как социальная фобия, навязчивые мысли, нарушения сна, суицидальное поведение. Флувоксамин отличается высоким профилем переносимости: на фоне его приема значительно менее выражены сердечно-сосудистые явления, астения, сексуальная дисфункция [16, С. 937; 35, С. 507].

Антидепрессанты из других групп также являются приемлемой альтернативой селективным ингибиторам обратного захвата серотонина. Препарат венлафаксин относится к селективным ингибиторам обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН).

В группе из 834 добровольцев с клиническим диагнозом ПТСР по сравнению с пароксетином, сертралином, флуоксетином и топираматом венлафаксин показал более стойкую ремиссию в острой фазе (при постоянном приеме в течение 12 недель) [32, С. 13244].

В двойном слепом рандомизированном контролируемом исследовании была оценена эффективность пролонгированного действия венлафаксина среди взрослых добровольцев с диагнозом ПТСР, сопровождающимся частой хронической головной болью (среднее количество дней с головной болью в месяц составляло 14). Препарат в дозе 150 мг/день продемонстрировал более высокую эффективность в снижении частоты головных болей по сравнению с плацебо [34, С. 312]. В тесте принудительного плавания мышей венлафаксин показал более мощное антидепрессивное действие по сравнению с клонидином. Кроме того, на молекулярной модели была показана более мощная стыковка энантиомеров венлафаксина с человеческими транспортерами серотонина, норадреналина и дофамина [27, С. 4]. Интересным преимуществом венлафаксина является широта терапевтического диапазона дозировки. Начальная доза при ПТСР составляет 37,5 мг, ее можно длительно и плавно повышать до 225 мг и более, что также может сгладить выраженность побочных эффектов в начале приема препарата и повысить приверженность лечению [12, С. 1824381].

Имеется сообщение о лечении ПТСР дулоксетином. Препарат является селективным ингибитором обратного захвата серотонина и норадреналина, а также оказывает слабое влияние на захват дофамина. Однако, дулоксетин не показал каких-либо преимуществ перед венлафаксином и оказывал воздействие в основном на симптомы депрессии [19, С. 234].

Также проводились некоторые исследования по поводу использования буспирона при диагнозе ПТСР. Буспирон является синтетическим производным азапирона, имеет выраженное сродство к бензодиазепиновым рецепторам. У части пациентов отмечалась умеренная реакция на прием препарата в средней

дозе 40 мг: не наблюдалось ухудшения симптом, но и улучшения отмечены незначительные. Улучшения отмечались только при одновременном приеме с сертралином [7, С. 24; 28, С. 112380].

Кроме монотерапии антидепрессантами из разных групп существуют стратегии усиления терапии [30, С. 543]. Одна из таких стратегий заключается в усилении действия антидепрессантов из групп СИОЗС и СИОЗСН добавлением в схему лечения миртазапина. Миртазапин является антидепрессантом смешанного действия, оказывает усиление серотонинергической передачи, а также умеренно блокирует гистаминовые H_1 -рецепторы. При приеме миртазапина в комбинации с СИОЗС и СИОЗСН при посттравматическом стрессовом расстройстве отмечалось усиление противотревожного действия основной терапии, улучшение сна и аппетита, снижение суицидального поведения и улучшение показателей антидепрессивного действия [17, С. 595584; 29, С. 391].

Вторая стратегия – назначение празозина в качестве препарата первой линии для лечения ночных кошмаров. Исследование в группе добровольцев с нарушениями сна, связанными с поставленным диагнозом ПТСР, празозин показал эффективность при следующих симптомах: ночные кошмары, нарушение пробуждения (частые предрассветные пробуждения, сопровождающиеся тахикардией, гипервентиляцией, тревогой, потоотделением), трудности с возвращением ко сну [10, С. 114840; 18, С. 728]. Эффективной альтернативой празозину при плохой его переносимости является доксазозин пролонгированного действия с более длительным периодом полувыведения [33, С. 777].

Также существует несколько нерекомендуемых стратегий лечения ПТСР:

1. Применение нормотимиков (соли лития, антиконвульсанты). По данным ранних исследований, вальпроевая кислота позволяла добиться уменьшения навязчивых воспоминаний и ночных кошмаров у ветеранов боевых действий [36, С. 617]. Однако, более свежие исследования опровергают

эффективность применения вальпроевой кислоты и вальпроатов при ПТСР [15, С. 85]. Эффективность карбамазепина, применяемого как антиконвульсант и нормотимик при ПТСР, также была опровергнута свежими исследованиями [9, С. 387].

2. Применение атипичных нейролептиков. В некоторых источниках сообщалось об эффективности атипичных нейролептиков (арипразол, зипрасидон, кветиапин, оланзапин, рисперидон и др.) в отношении симптомов депрессии и нарушений сна при ПТСР [6, С. 62]. Однако, недавние исследования не показали клинически значимых улучшений при применении данной группы препаратов в качестве монотерапии. Имеется сообщение об успешном опыте применения рисперидона в качестве стратегии усиления основного лечения [14, С. 1980; 24, С. 1802920].

3. Применение бензодиазепинов. В русскоязычных источниках сообщается об успешном применении бензодиазепинов для снятия острых состояний при ПТСР [1, С. 70]. Однако, недавние зарубежные исследования говорят о лишней нежелательной заторможенности при приеме бензодиазепинов при ПТСР [20, С. 289]. Кроме того, при длительном приеме данной группы препаратов высок риск развития лекарственной зависимости [21, С. 416].

Заключение.

Несомненно, посттравматическое стрессовое расстройство – проблема, требующая большего внимания к патогенезу развития и к стратегиям ее лечения в нынешних реалиях. Необходим комплексный подход к лечению, заключающийся в сочетании фармакотерапии и когнитивно-поведенческой терапии со специалистом. Важную роль в лечении и ремиссии играет и реабилитация таких пациентов, так как ПТСР – сложный диагноз, включающий в себя достаточно большое количество симптомов и долгосрочных последствий в изменении психики человека.

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. Бурчинский С.Г. Роль и место бензодиазепинов в фармакотерапии посттравматического стрессового расстройства // Международный неврологический журнал. 2018. вып. 98. № 4. С. 68-74.
2. Ковачев О.В. Посттравматическим стрессовые расстройства потерпевших от преступлений и других экстремальных ситуаций // Прикладная юридическая психология. 2009. № 2. С. 24-37.
3. Леонова К.О. Посттравматическое расстройство лиц, переживших утрату: теоретико-исторический аспект // Вестник магистратуры. 2021. № 2-2. вып. 113. С. 54.
4. Потемкина К.Н. Фармакотерапия посттравматического стрессового расстройства // Материалы всероссийского научного форума студентов с международным участием «Студенческая наука». 2022. Т. 5. вып. 3. С. 845-846.
5. Резник А.М. Обзор исследований внешних факторов и генетических предпосылок боевого посттравматического стрессового расстройства // Вестник Медицинского института непрерывного образования. 2022. № 4. С. 46-54.
6. Резник А.М., Фастовцов Г.А. Психофармакотерапия ветеранов войн с посттравматическим стрессовым расстройством // Российский психиатрический журнал. 2010. № 3. С. 59-65.
7. Русановский В.В., Тадаева З.Г., Потемкина К.Н., Кривошеин А.Е., Пантюшина Т.А., Гоменюк А.А., Ширинова Г.Э. Актуальная фармакотерапия при посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР) // Universum: медицина и фармакология. 2022. вып. 84. № 1. С. 22-26.

8. Allard C.B., Norman S.B., Straus E., Kim H.M., Stein M.B., Simon N.M., Rauch S.A.M. Reductions in guilt cognitions following prolonged exposure and/or sertraline predict subsequent improvements in PTSD and depression // *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry*. 2021. Vol. 73. P. 101666.

9. Ashis G.M., Kohn S.R., Henderson M., Brown N.L. SSRIs versus non-SSRIs in post-traumatic stress disorder: an update with recommendations // *Drugs*. 2004. Vol. 64. N. 4. Pp. 383-404.

10. Bajor L.A., Balsara C., Osser D.N. An evidence-based approach to psychopharmacology for posttraumatic stress disorder (PTSD) - 2022 update // *Psychiatry Res*. 2022. Vol. 317. P. 114840.

11. Bentefour Y., Bennis M., Garcia R., M'hammed S.B. Effects of paroxetine on PTSD-like symptoms in mice // *Psychopharmacology (Berl.)*. 2015. Vol. 232. N. 13. Pp. 2303-2312.

12. Bisson J.I., Olf M. Prevention and treatment of PTSD: the current evidence base // *Eur. J. Psychotraumatol*. 2021. Vol. 12. N. 1. P. 1824381.

13. Bremner J.D., Ortego R.A., Campanella C., Nye J.A., Davis L.L., Fany N., Vaccarino V. Neural correlates of PTSD in women with childhood sexual abuse with and without PTSD and response to paroxetine treatment: A placebo-controlled, double-blind trial // *J. Affect. Disord. Rep*. 2023. Vol. 14. P. 100615.

14. Cipriani A., Williams T., Nikolakopoulou A., Salanti G., Chaimani A., Ipser J., Cowen P.J., Geddes J.R., Stein D.J. Comparative efficacy and acceptability of pharmacological treatments for post-traumatic stress disorder in adults: A network meta-analysis // *Psychol. Med*. 2018. Vol. 48. N. 12. Pp. 1975-1984.

15. Davis L.L., Davidson J.R.T., Ward L.C., Bartolucci A., Bowden C.L., Petty F. Divalproex in the treatment of posttraumatic stress disorder: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial in a veteran population // *J. Clin. Psychopharmacol*. 2008. Vol. 28. N. 1. Pp. 84-88.

16. Figgitt D.P., McClellan K.J. Fluvoxamine. An updated review of its use in the management of adults with anxiety disorder // *Drugs*. 2000. Vol. 60. N. 4. Pp. 925-954.

17. Garakani A., Murrough J.W., Freire R.C., Thom R.P., Larkin K., Buono F.D., Iosifescu D.V. Pharmacotherapy of anxiety disorders: current and emerging treatment options // *Front. Psychiatry*. 2020. Vol. 11. P. 595584.

18. Geldenhuys C., van den Heuvel L.L., Steyn P., Seedat S. Pharmacological management of nightmares associated with posttraumatic stress disorder // *CNS Drugs*. 2022. Vol. 36. N. 7. Pp. 721-737.

19. Gueorguieva R., Chekroud A.M., Krystal J.H. Trajectories of relapse in randomized, placebo-controlled trials of treatment discontinuation in major depressive disorder: an individual patient-level data meta-analysis // *Lancet Psychiatry*. 2017. Vol. 4. N. 3. Pp. 230-237.

20. Guina J., Rossetter S.R., DeRhodes D.J., Nahhas R.W., Welton R.S. Benzodiazepines for PTSD: A systematic review and meta-analysis // *J. Psychiatr. Pract.* 2015. Vol. 21. N. 4. Pp. 281-303.

21. Gutierrez L., Ghadimi S., Krall A., Hamson E., Grinberg A.M., Moore A.M., Dzierzewski J.M., Alessi C., Martin J.L., Fung C.H. Posttraumatic stress disorder risk and benzodiazepine dependence in older veterans with insomnia symptoms // *Clin. Gerontol.* 2022. Vol. 45. N. 2. Pp. 414-418.

22. Hancu G., Carcu-Dobrin M., Budau M., Rusu A. Analytical methodologies for the stereoselective determination of fluoxetine: An overview // *Biomed. Chromatography*. 2018. Vol. 32. N. 1. P. 263.

23. Hien D.A., Levin F.R., Ruglass L.M., Lopez-Castro T., Papini S., Hu M.-C., Cohen L.R., Herron A. Combining seeking safety with sertraline for PTSD and alcohol use disorders: A randomized controlled trial // *J. Consult. Clin. Psychol.* 2015. Vol. 83. N. 2. Pp. 359-369.

24. Hoskins M.D., Bridges J., Sinnerton R., Nakamura A., Underwood J.F.G., Slater A., Lee M.R.D., Clarke L., Lewis C., Roberts N.P., Bisson J.I.

Pharmacological therapy for post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis of monotherapy, augmentation and head-to-head approaches // *Eur. J. Psychotraumatol.* 2022. Vol. 12. N. 1. P. 1802920.

25. Hudays A., Gallagher R., Hazazi A., Arishi A., Bahrain G. Eye movement desensitization and reprocessing versus cognitive behavior therapy for treating post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis // *Int. J. Environ. Public. Health.* 2022. Vol. 19. N. 24. P. 16836.

26. Krediet E., Boston T., Breeksema L., van Schagen A., Passie T., Vermetten E. Reviewing the potential of psychedelics for the treatment of PTSD // *Int. J. Neuropsychopharmacol.* 2020. Vol. 23. N. 6. Pp. 385-400.

27. Malikowska N., Fijalkowski L., Nowaczyk A., Popik P., Salat K. Antidepressant-like activity of venlafaxine and clonidine in mice exposed to single prolonged stress - a model of post-traumatic stress disorder. Pharmacodynamic and molecular docking studies // *Brain Res.* 2017. Vol. 1673. Pp. 1-10.

28. Malikowska-Racia N., Popik P., Salat K. Behavioral effects of buspirone in a mouse model of posttraumatic stress disorder // *Behav. Brain Res.* 2020. Vol. 381. P. 112380.

29. Nunez N.A., Joseph B., Pahwa M., Kumar R., Resendez M.G., Prokop L.J., Veldic M., Seshadri A., Biernacka J.M., Frye M.A., Wang Z., Singh B. Augmentation strategies for treatment resistant major depression: A systematic review and network meta-analysis // *J. Affect. Discord.* 2022. Vol. 302. Pp. 385-400.

30. Schrader C., Rosse A. A review of PTSD and current treatment strategies // *Mo. Med.* 2021. Vol. 118. N. 6. Pp. 546-551.

31. Shafia S., Nikkhah F., Akhoundzadeh K. Effect of combination fluoxetine and exercise on prefrontal BDNF, anxiety-like behavior and fear extinction in a female rat model of post-traumatic stress disorder (PTSD): a comparison with male animals // *Behav. Brain Funct.* 2023. Vol. 19. N. 1. P. 1.

32. Shiner B., Leonard C.E., Gui J., Cornelius S.L., Schurr P.P., Hoyt J.E., Young-Xu Y., Watts B.V. Comparing medications for DSM-5 PTSD in routine VA practice // *J. Clin. Psychiatry*. 2020. Vol. 81. N. 6. P. 13244.

33. Skeie-Larsen M., Stave R., Gronli J., Bjorvatn B., Wilhelmsen-Langelend A., Zandi A., Pallesen S. The effect of pharmacological treatment of nightmares: A systematic literature review and meta-analysis of placebo-controlled, randomized clinical trials // *Int. J. Environ. Res. Public. Health*. 2022. Vol. 20. N. 1. P. 777.

34. Smitherman T.A., Black A.K., Davis C.N. Treatment of PTSD and chronic daily headache // *Curr. Treat. Options. Neurol*. 2014. Vol. 16. N. 10. P. 312.

35. Thakur A., Choudhary D., Kumar B., Choudhary A. A review on post-traumatic stress disorder (PTSD): symptoms therapies and recent case studies // *Curr. Mol. Pharmacol*. 2022. Vol. 15. N. 3. Pp. 502-516.

36. Viola J., Ditzler T., Batzer W., Harazin J., Adams D., Lettich L., Berigan T. Pharmacological management of post-traumatic stress disorder: clinical summary of a five-year retrospective study, 1990-1995 // *Mil. Med*. 1997. Vol. 162. N. 9. Pp. 616-619.

37. Yin C., Luo K., Zhu X., Zheng R., Wang Y., Yu G., Wang X., She F., Chen X., Li T., Chen J., Bian B., Su Y., Niu J., Wang Y. Fluoxetine rescues excessive myelin formation and psychological behaviors in a murine PTSD model // *Neurosci. Bull.* - 2024. Vol. 40. N. 8. Pp. 1037-1052.

38. Yu Y.H., Ou C.Y., Shyu B.C., Huang A.C.W. Basolateral amygdala but not medial prefrontal cortex contributes to chronic fluoxetine treatments for PTSD symptoms in mice // *Behav. Neurol*. 2020. Vol. 25. P. 8875087.

39. Zoellner L.A., Roy-Byrne P.P., Mavissakalian M., Feeny N.C. Double randomized preference trial of prolonged exposure versus sertraline for treatment of PTSD // *Am. J. Psychiatry*. 2019. Vol. 176. N. 4. Pp. 287-296.

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.

*Tashkentp 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 катамнестический. 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 принимала 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.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С ПАНДЕМИЕЙ COVID-19

Сквира И. М., Абрамов Б. Э.

*«Гомельский государственный медицинский университет»,
Республика Беларусь, г. Гомель*

Аннотация. В данной статье анализируется взаимосвязь и взаимовлияние психического здоровья и пандемии COVID-19 и значимость в этих процессах достоверной информации. Обосновывается возрастающая роль государства в борьбе с инфодемией и укреплении здоровья населения.

Ключевые слова: психическое здоровье, пандемии COVID-19, инфодемия, социально-психологическая дезадаптация, социальная компетентность.

PSYCHOLOGICAL AND MENTAL DISORDERS ASSOCIATED WITH THE COVID-19 PANDEMIC

Skvira I. M., Abramov B. E.

Gomel State Medical University, Republic, of Belarus Gomel

Abstract. This article analyzes the relationship and mutual influence of mental health and the COVID-19 pandemic and the importance of reliable information in these processes. The increasing role of the state in combating the infodemic and strengthening public health is substantiated.

Keywords: mental health, COVID-19 pandemics, infodemic, socio-psychological maladjustment, social competence.

Недавняя пандемия заставила под другим углом рассматривать вклад специалистов, работающих в сфере психического здоровья, в борьбу с недугом. Бремя проблемного настроения в общей популяции в то время выросло на 30% в отношении как тревоги, так и депрессии, а у медработников наблюдались практически у половины [1, с. 18]. ВОЗ еще в начале пандемии признала, что

существует пробел между востребованностью психологической помощи и возможностями её оказания.

Как показала практика, подготовиться, как следует, не получилось ни в одной стране. Ещё в доковидные времена обратили внимание на то, что ограничительные меры хоть и препятствовали распространению вируса, но провоцировали эмоциональное неравновесие у людей.

Пандемия подтвердила: почти вдвое выросла вероятность развития депрессивных, тревожных расстройств и расстройств, связанных со стрессом. Во всем мире увеличился уровень гнева, выросло потребление алкоголя, снизилась самооценка. Возникли вопросы организационные: кто, где и когда будет лечить душевно больных пациентов с COVID-19. Появилась идея о внедрении дистанционных методов. В самом начале пандемии обратили внимание на компоненты психологического ответа на это событие. Выяснилось, что симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и феномены психологического стресса (переживание невозможности расслабиться, трудности засыпания, беспокойство) в сумме определяли форму дезадаптивного реагирования практически у 50% обследованных. Вместе с этими проявлениями имели место депрессия, тревожные расстройства, обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) и другие [1, с. 18].

В последние десятилетия психиатрия, в рамках клинко-эпидемиологического раздела в контексте организации психиатрической помощи населению, обращается к конструкту «продолжительность нелеченого заболевания» (duration of untreated illness, DUI). Под этим термином понимается время, в течение которого нуждающийся человек, имея признаки болезни, почему-то не получает специализированной помощи. По данным О.А. Скугаревского (2022), DUI для генерализованного тревожного расстройства составляет порядка 9 лет, ПТСР - 12 лет, для социальной фобии - 20 лет и т.д.

Эти цифры имеют важное значение и когда речь идет о COVID-19. На фоне нелеченого ПТСР после перенесенного заболевания головной мозг и организм не могут восстановиться. В частности, из-за:

- повышенной активности симпатической нервной системы;
- повышенной активности мозговых сетей, связанных с использованием мозговых сетей, связанными с исполнительским контролем, решением проблем, эмоциональной регуляцией;
- дефицитарности работы мозговых сетей, вовлеченных в вознаграждение;
- нелеченый ПТСР оборачивается иммуносупрессией, а значит делает организм поврежденным воздействию новых инфекционных агентов.

Ковидная пандемия акцентировала, что над возможностью адаптации человека следует работать больше, чем над навыками совладания. Это длительный процесс подстраивания к новым условиям с учетом индивидуальных особенностей (аффективных, когнитивных, поведенческих, физических и духовных). Адаптивность - не черта личности. Это сложный механизм, обеспечивающий сопротивляемость и своего рода психологический рост субъекта, столкнувшимся с таким тяжелым потрясением, как COVID-19. В реализации механизмов адаптивности значимыми являются две группы процессов:

- нейробиологические (гены, эпигенетика, системы стрессового ответа, иммунные механизмы, нейрональные механизмы (сети));
- культурные: бытующие в обществе системы убеждений, способы адаптации.

С медико-психологической точки зрения адаптивность - посредник между личностными особенностями и уровнем психологического здоровья. С позиции личностного конструкта высокий уровень адаптивности человека определяется свойственной некоторым людям слабой степенью выраженности отрицательных эмоций (низкий невротизм). Большую «психологическую

выживаемость» в ситуации конфронтации со стрессом обеспечивают хороший самоконтроль (высокая осознанность), открытость новому опыту и низкая мотивация поддержания хороших отношений с другими («низкая приятность»).

По мере «привыкания» к пандемии, от тревожных опасений неминуемо тяжелых последствий, контагиозности, что было актуально в её начале, происходит сдвиг в сферу поведенческих реакций (одиночество, отвержение с депрессией и тревогой). Такая инверсия акцентов сопутствовала снижению комплаенса в терапии, риску агрессивных и суицидальных реакций.

Анализ многочисленных наблюдений периода пандемии показал, что наличие психических расстройств (от органических до невротических) увеличивало вероятность заболеть коронавирусной инфекцией в 1,45 раза. С другой стороны, наличие любого психического расстройства связано с увеличением вероятности летального исхода от COVID-19 примерно в 2 раза.

Феномен горевания тоже приобрел некоторые особенности: горевали из-за того, что физическая и психическая привязанность перестала быть конгруэнтной: человек вынужден был физически отдаляться от родственников, уходя на карантин и сохраняя психологическую привязанность к ним. Стигматизированное горе - отдельная проблема. Горюющий человек мог посчитать себя ответственным за смерть близкого, которого он мог заразить.

COVID-19 - нейротропный вирус. В 2020 году он принес 53 млн. новых случаев депрессии и 71 млн. случаев тревожных расстройств. Для женщин более характерным было развитие тревоги, депрессии, ПТСР.

Молодые люди в основном сталкивались с депрессивными расстройствами и расстройствами сна. Тревога, депрессия, ПТСР чаще обнаруживались у людей, которые во время болезни имели проблемы с дыхательной системой, астения - у людей с желудочно-кишечными симптомами в остром периоде. Тяжесть неврологической патологии, в том числе обоняния, не была надежным предиктором для психологических симптомов в пост-ковиде [1, С. 19].

Когнитивные жалобы, у перенесших коронавирусную инфекцию, отмечаются часто. По данным метаанализов выяснилось, что во многих случаях они не подтверждались результатами нейропсихологических обследований. Но у тех, кто жаловался на когнитивную дисфункцию, часто обнаруживались феномены тревоги и депрессии.

У каждого пятого пациента с COVID-19 в течение 90 дней развивается психическое заболевание, утверждали авторы исследования, опубликованного в журнале *The Lancet Psychiatry*. Международная группа ученых проанализировала электронные медицинские карты 69 млн. человек, в том числе более 62 тысяч случаев COVID-19. В течение трех месяцев после положительного теста на коронавирус у 20% выживших отмечается впервые установленный диагноз тревоги, депрессии или бессонницы. Исследователи обнаружили значительно более высокий риск деменции. Это примерно в два раза чаще, чем для других групп пациентов за тот же период. Анализ показал, что у людей с ранее существующим психическим заболеванием на 65 % больше шансов получить диагноз COVID-19, чем у людей без него.

Саймен Уэссели, профессор психиатрии Королевского колледжа Лондона, утверждает: вывод о том, что люди с психическими расстройствами подвержены более высокому риску заражения COVID-19, перекликается с аналогичными выводами, полученными при предыдущих вспышках инфекционных заболеваний. Болезнь или страх перед болезнью, потеря близких, социальная изоляция и дистанцирование, экономическая незащищенность, нарушение привычного уклада жизни и распорядка - налицо все факторы риска депрессии и тревоги. Только теперь это приобретает всепланетарный масштаб.

В опросе СДС 62,9 % молодых людей в возрасте от 18 до 24 лет сообщили о тревожном или депрессивном расстройстве, четверть заявили, что они употребляют больше алкоголя, чтобы справиться со стрессом, связанным с

пандемией, а четверть признались, что задумываются о самоубийстве в последние 30 дней [1, С. 19].

В чрезвычайных ситуациях возрастает роль социальной осведомленности, которая рассматривается как личностное качество, формирующее определенную установку и поведение в отношении событий окружающей действительности, что важно в условиях пандемии нового коронавируса, так как выступает условием и фактором развития общества и конкретной социальной группы, социальных межличностных взаимоотношений.

Сущность понятия «социальная осведомленность» заключается в осознании индивидуумом социальных фактов и социальных процессов, особенностей межличностных отношений, что определяет его социальное положение. Социальная осведомленность играет в современном мире все большую роль из-за увеличения информации, которую потребляет человек каждый день. И таким образом информационно-коммуникативные технологии влияют на формирование у человека новых форм социального поведения [2, С. 6].

С понятием «социально-психологическая дезадаптация» тесно связана социальная компетентность, которая является важнейшим фактором, определяющим социальное поведение человека. В условиях пережитой пандемии под социальной компетентностью предлагается понимать готовность людей соблюдать профилактические требования: ношение масок, соблюдение социальной дистанции, использование антисептиков и т.п., а социальное поведение рассматривается как практическая реализация противоэпидемических мер и соответствующее реагирование на нарушение социальных мер и норм со стороны окружающих [2, С. 6].

В преодолении чрезвычайных ситуаций важное место принадлежит информированию населения, созданию условий для эффективной коммуникации - важнейшего компонента мероприятий общественного здравоохранения. Людям, находящимся в неблагоприятной ситуации, даже

больше, чем обычно, нужна точная информация, чтобы они могли адаптировать свое поведение, защитить себя, свои семьи и свое общество от инфекции, её дальнейшей передачи. Ответом на этот запрос стало быстрое и широкомасштабное распространение информации о здоровье через различные СМИ. Но такая информация, к сожалению, нередко оказывается ложной.

Для определения понятия ложной информации ВОЗ ввела специальный термин - «инфодемия» (информация + эпидемия), то есть быстрое и крупномасштабное распространение в основном через СМИ и другие информационные каналы медицинской дезинформации, бороться с которой крайне сложно. Сложность заключается в том, что информация о здоровье, предназначенная для населения, остается противоречивой из-за разных взглядов экспертов на факторы риска и границы безопасности.

Между тем распространители недостоверной информации намеренно используют ложные сведения в целях срыва важных, хотя порой непопулярных ответных мер, на сложившуюся ситуацию. В итоге заведомо ложная информация может нанести вред физическому и психическому здоровью людей. Развитию инфодемии способствует, с одной стороны, наличие переизбытка информации, с другой - её недостаток. Затрудняет её правильное восприятие и то, что часть одной и той же информации может быть достоверной, а часть - ложной.

Борьба с инфодемиями - новая и важная задача, в том числе в системе здравоохранения, при решении проблем, связанным со здоровьем населения.

Недостаточная информация порождает чувство неопределенности, что становится благоприятной почвой для недоверия и конспирологических убеждений, которые приводят к скептицизму как в целом, так и в частном (например: карантин и вакцинация). Эффективность любой коммуникационной стратегии зависит от того, доверяли ли коммуникатору ранее. И прозрачное раскрытие даже негативной информации в этом случае способствует формированию такого психологического состояния, которое сможет защитить

от восприятия неконкретной, неопределенной информации. Отношение между информационным стрессом и здоровьем в нынешней пандемии интересны тем, что представляют собой опыт, переживаемый всей популяцией, поэтому кроме индивидуальной оценки события имеет место коллективная оценка и, по-видимому, в значительной степени диктуется именно общественным мнением. На феномене социального усиления восприятия информации, в том числе на уровне индивидуума, общества и управления влияют факторы её объема и степени разногласий по содержанию. Так, вначале скупые официальные сообщения способствуют разрастанию многообразных слухов. Затем, наоборот, объем предлагаемой информации перерос все пределы и вылился в широчайшее освещение темы в СМИ с демонстрацией многочисленных последствий, содержащих цунами ложных сведений. Дезинформация становится всё изощреннее, трудно отслеживаемой и такой сверхэмоциональной, что в итоге может поставить под угрозу общественное доверие к органам здравоохранения.

Получение адекватной информации необходимо не только населению, но и медицинским работникам, которые сами являются носителями информации. При отсутствии таковой они могут передать свою обеспокоенность пациентам, усиливая накал страстей происходящего. Это может привести к отказу части населения от вакцинации, пренебрежению к рекомендациям по охране здоровья и использованию бездоказательных и опасных методов лечения и профилактики, даже использованию для разжигания социальной и политической нестабильности. Информация, дезинформация и общественное здоровье взаимосвязаны. Меняется мир и меняются стратегии реакции на чрезвычайные ситуации.

Значительная часть населения черпает информацию из социальных сетей, а неточная, ложная информация и откровенная, наглая дезинформация играет негативную роль в восприятии людьми складывающихся ситуаций,

способствует формированию у них недоверия к официальным источникам, которые уступают соцсетям по количеству публикуемых сообщений.

В РБ, к счастью, записи, содержащие научно-доказанные факты, обсуждались чаще и активнее. Однако необходимо не снижать усилия по улучшению ситуации за счет формирования у населения приверженности и доверия к информации, предоставляемой системой общественного здравоохранения. Необходимо быть готовым к возможным будущим катаклизмам и укреплять здоровье нашего населения, в том числе и психическое.

Литература/ References:

1. Янушкевич И. Психическое здоровье в эпоху пост-COVID-19 / И.Янушкевич // Медицинский вестник. 2022. № 23. С. 18–19.
2. Стома И. О. Инфодемия и особенности реагирования на них во время пандемии COVID-19 / И.О. Стома, Т.М. Шаршакова, В.С. Волчек // Здравоохранение. 2024. № 4. С. 5–11.

СПЕЦИФИКА ВЗАИМОСВЯЗИ ЛИЧНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК И СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ СИМПТОМОКОМПЛЕКСА ПТСР У КОМБАТАНТОВ

Тагильцева Е. В., Афанасьева Ю. Н., Прокопенко Е. В.

*Кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии
ФГБУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Новосибирск*

Аннотация. Все чаще участники боевых действий сталкиваются с посттравматическим стрессовым расстройством. Предполагается, что на возникновение посттравматического стрессового расстройства влияют индивидуальные особенности человека. В статье рассматривается взаимосвязь выраженности симптомокомплекса посттравматического стрессового расстройства с личностными характеристиками и совладающим поведением

комбатантов. Данное исследование позволяет углубиться в понимание феномена и его проявлений.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), личностные характеристики, совладающее поведение, комбатанты, боевые действия.

THE SPECIFICS OF THE RELATIONSHIP BETWEEN PERSONAL CHARACTERISTICS AND COPING BEHAVIOR WITH THE SEVERITY OF THE PTSD SYMPTOM COMPLEX IN COMBATANTS

Tagiltseva E.V., Afanasyeva J.N., Prokopenko E.V.

*Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology
Novosibirsk State Medical University, Russia, Novosibirsk*

Abstract. Increasingly, combat participants face post-traumatic stress disorder. It is assumed that the occurrence of post-traumatic stress disorder is influenced by individual characteristics of a person. The article examines the relationship between the severity of the symptom complex of post-traumatic stress disorder and the personal characteristics and coping behavior of combatants. This study allows us to delve deeper into the understanding of the phenomenon and its manifestations.

Keywords: post-traumatic stress disorder (PTSD), personality characteristics, coping behavior, combatants, fighting.

Введение

В настоящее время солдаты, принимающие участие в военных действиях, сталкиваются с множеством уникальных стрессоров. Длительное боевое воздействие, приводит к страху и устойчивой предвкушающей тревоге, опасениям по поводу биологического или химического оружия и непредсказуемости продолжительности боевых действий. По возвращении домой некоторые военные сталкиваются с ночными кошмарами, ощущением постоянной опасности, испытывают трудности с концентрацией внимания, начинают злоупотреблять алкоголем. Другими словами, у комбатантов

проявляется симптоматика посттравматического стрессового расстройства, наличие которой снижает продуктивность профессиональной деятельности [2].

Общественность озабочена проблемой посттравматического стрессового расстройства. Многие авторы, изучающие ПТСР, задаются вопросами о том, каких последствий стоит ожидать от боевой психической травмы, сформируется ли посттравматическое расстройство, вызывающее нарушение адаптации к различным стрессорам и приводящее к дезадаптивному поведению [3]. По результатам психологических исследований, примерно от 20 до 70% участников локальных войн получают тяжелые психологические травмы, обусловленные воздействием уникальных для комбатантов стрессоров, на основе которых в дальнейшем может развиваться психотравма [4].

Литература по факторам риска показывает, что не у всех, кто переживает травматическое событие, развивается ПТСР. Следовательно, становится все более общепринятым, что существуют индивидуальные факторы уязвимости, такие как личностные характеристики, способствующие развитию ПТСР помимо самого травматического события.

За последние несколько десятилетий ряд исследований был сосредоточен на ПТСР, связанном с боевыми действиями, и выявил индивидуальные и социальные факторы риска, эти факторы риска включают молодость на момент травмы, принадлежность к расовому меньшинству, более низкий социально-экономический статус и отсутствие социальной поддержки [1].

Все больше исследований фокусируются на более конкретных факторах, которые невозможно сравнить в разных исследованиях, поскольку нет стандартизированных измерений высокого уровня угрозы, опыта зверств, жестокого обращения и нейтральной или злонамеренной атмосферы межличностных отношений. Таким образом, отдельные исследования могут сообщать о совершенно разной степени связи между данным фактором риска и ПТСР [5].

Объекты и методы исследования

Цель исследования: изучить взаимосвязь выраженности симптомокомплекса ПТСР с личностными характеристиками и совладающим поведением комбатантов.

Методики исследования: анкета, Миссисипская шкала ПТСР (военный вариант), опросник способов совладающего поведения в адаптации НИПНИ им. Бехтерева, опросник Шмишека, Висбаденский опросник (форма А).

Эмпирическое исследование проходило на военной базе г. Красноярска. Выборку составили 44 комбатанта мужчины в возрасте от 21 года до 56 лет, согласившиеся участвовать в боевых действиях, вернувшиеся домой 3 месяца назад (не позднее полугода), с отсутствием психотической симптоматики, отсутствием соматических заболеваний.

Критерий включения в экспериментальную группу: согласие участия в военных действиях (от 3х месяцев до полугода), отсутствие психотической симптоматики, отсутствие соматических заболеваний, подтвержденный диагноз ПТСР.

Критерии исключения: алкогольная аддикция в острой фазе (по рекомендации врача части), участие в военных действиях более полугода.

Результаты и их обсуждение

Для достижения результатов исследования выборка комбатантов была разделена на 2 группы по факту наличия или отсутствия симптомокомплекса ПТСР, выраженность которого измерялась Миссисипской шкалой, диагноз подтверждался у психиатра. В первую группу вошли 28 человек с низкой выраженностью симптомокомплекса ПТСР (63,6% от общего количества испытуемых). Вторую группу составили 16 человек с высокими результатами симптомокомплексом ПТСР (36,4% от общего количества испытуемых).

Таблица 1.
Результаты сравнительного анализа по методике «Висбаденский
опросник» (по критерию U Манна-Уитни)

№ 1	Средние значения		U	Z	Уровень значимости, р
	Группа 1	Группа 2			
Честность	7,0	5,73	82	-3,37	0,01
Контакты	8,85	5,06	5	-5,4	0,01
Доверие	7,32	5,0	27	-4,92	0,01
Сексуальность	8,21	6,68	101	-3,09	0,01
Любовь и принятие	7,78	5,75	35	-4,7	0,01
Конфликт: тело	7,0	7,93	144	-1,99	0,05
Конфликт: контакты	8,17	5,93	30	-4,86	0,01

Примечания: группа 1 – военнослужащие без симптомокомплекса ПТСР, группа 2 – военнослужащие с симптомокомплексом ПТСР. р – уровень статистической значимости, критерий Манна – Уитни.

Таблица 2.
Результаты сравнительного анализа по опроснику Шмишека
(по критерию U Манна-Уитни)

№ 2	Средние значения		U	Z	Уровень значимости, р
	Группа 1	Группа 2			
Застревание	11,82	18,43	35	-4,64	0,01
Тревожность	11,82	18,43	25	-4,88	0,01
Эмотивность	11,67	18,75	33	-4,7	0,01

Примечания: группа 1 – военнослужащие без симптомокомплекса ПТСР, группа 2 – военнослужащие с симптомокомплексом ПТСР. р – уровень статистической значимости, критерий Манна – Уитни.

Таблица 3.
Результаты сравнительного анализа по методике «Способы совладающего поведения» (по критерию U Манна-Уитни)

№ 3	Средние значения		U	Z	Уровень значимости, р
	Группа 1	Группа 2			
Самоконтроль	47,17	62,87	19	-5,03	0,01
Поиск социальной поддержки	47,92	61,43	40	-4,5	0,01
Бегство- избегание	52,46	67,43	15	-5,11	0,01

Примечания: группа 1 – военнослужащие без симптомокомплекса ПТСР, группа 2 – военнослужащие с симптомокомплексом ПТСР. р – уровень статистической значимости, критерий Манна – Уитни.

В результате корреляционного анализа с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена была выявлена статистически значимая обратная взаимосвязь ($p < 0,01$) симптомокомплекса ПТСР с честностью ($r = -0,52$), доверием ($r = -0,75$), сексуальностью ($r = -0,47$), а также конфликтом через контакты ($r = -0,74$). Прямая тенденция к взаимосвязи ($p < 0,05$) между симптомокомплексом ПТСР и конфликтом через тело ($r = 0,31$). А также выявлена статистически значимая прямая взаимосвязь симптомов ПТСР с выраженной тревожностью ($r = 0,74$), эмотивностью ($r = 0,72$) и застреванием ($r = 0,71$), наиболее частым использованием таких стратегий как самоконтроль ($r = 0,76$), поиск социальной поддержки ($r = 0,68$), бегство-избегание ($r = 0,78$).

Выводы:

1. У группы с выраженным симптомокомплексом ПТСР проявлены личностные черты усердие, послушание и долженствование, в то время как

группа с низким уровнем проявления симптоматики ПТСР менее регламентирована и больше ориентирована на контакты.

2. Важно отметить, что у комбатантов с выраженной симптоматикой ПТСР ведущими стратегиями стали самоконтроль, поиск социальной поддержки и бегство-избегание, а ведущие личностные характеристики пунктуальность и эмотивность, в свою очередь у военных с отсутствием симптоматики ПТСР преобладают такие совладающие стратегии как конфронтация, дистанцирование, бегство-избегание, а доминирующими личностными характеристиками стали пунктуальность и демонстративность.

3. У комбатантов выраженность симптоматики ПТСР связана с невозможностью проявлять открытость в контактах, употреблением алкоголя при возникновении внутриличностного напряжения вместо конструктивных действий, высоким уровнем тревожности, предпочтительными совладающими стратегиями – самоконтроль, бегство-избегание и поиск социальной поддержки.

Дальнейшее развитие и изучение темы данной работы мы видим в необходимости разработки эффективных методов поддержки комбатантов, вернувшихся с войны, для профилактики посттравматического стрессового расстройства, проведение индивидуальных психокоррекционных мероприятий и групповых тренингов, направленных на возможность развития открытости и увеличения способности к контактам.

Литература/References:

1. Бойко Е. О., Сочивко Ю. Н. Социальная адаптация комбатантов с посттравматическими стрессовыми расстройствами // Психическое здоровье. 2019. №. 6. С. 52-56.
2. Григорьева П. А. Психологическое сопровождение посттравматического стрессового расстройства у военнослужащих–участников локальных войн: дис. Уральский государственный медицинский университет, 2021.

3. Judkins J. L. et al. Incidence rates of posttraumatic stress disorder over a 17-year period in active duty military service members //Journal of Traumatic stress. 2020. Т. 33. №. 6. С. 994-1006.

4. Lewis S. J. et al. The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in a representative cohort of young people in England and Wales //The Lancet Psychiatry. 2019. Т. 6. №. 3. С. 247-256.

5. Zalta A. K. et al. Examining moderators of the relationship between social support and self-reported PTSD symptoms: A meta-analysis // Psychological bulletin. – 2021. Т. 147. №. 1. С. 33.

ПРИМЕНЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДИК В ИССЛЕДОВАНИИ ЛИЦ В ПЕРИОД ПОСЛЕ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Туйчиев Ш. Т.¹, Набиева У. П.², Абдуллаева В. К.¹

¹*Ташкентский Педиатрический Медицинский институт,
Республика Узбекистан, г. Ташкент*

²*Институт иммунологии и геномики человека АН РУз,
Республика Узбекистан, г. Ташкент*

Аннотация. Цель исследования заключалась в оценке влияния перенесенной инфекции COVID-19 на качество жизни и уровень тревожности у пациентов. В исследовании использовались опросник Всемирной организации здравоохранения для оценки качества жизни (World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-BREF) и шкала Спилбергера-Ханина для измерения реактивной и личностной тревожности. Полученные данные показали, что пациенты, перенесшие COVID-19, испытывали более высокий уровень тревожности и значительно более низкие показатели качества жизни по сравнению с контрольной группой, что указывает на необходимость углубленного изучения психосоциальных последствий постковидного синдрома.

Ключевые слова: постковидный синдром, качество жизни, тревожность, COVID-19, психосоциальные последствия, WHOQOL-BREF, Спилбергер-Ханин.

APPLICATION OF PSYCHOLOGICAL METHODS IN THE STUDY OF INDIVIDUALS DURING THE POST-COVID-19 PERIOD

Tuychiev S.T.¹, Nabieva U. P.², Abdullaeva V. K.¹

¹*Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan*

²*Head of Laboratory, Doctor of Medical Sciences (MD, PhD)*

Abstract. This study aimed to assess the impact of a previous COVID-19 infection on patients' quality of life and anxiety levels. It employed the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF) and the Spielberger-Hanin scale to measure reactive and personal anxiety. The results indicated that patients who had recovered from COVID-19 exhibited higher levels of anxiety and significantly lower quality of life scores compared to the control group, highlighting the need for further investigation into the psychosocial consequences of post-COVID syndrome.

Keywords: post-COVID syndrome, quality of life, anxiety, COVID-19, psychosocial consequences, WHOQOL-BREF, Spielberger-Hanin.

Введение

Количество выздоровевших после COVID-19 продолжает расти во всем мире и в доступной литературе все чаще описываются клинические исходы заболевания, статус больных после госпитализации. Необходимо отметить, что длительно существующие постковидные симптомы в виде длительной астении, резкого снижения памяти, эмоциональные расстройства в виде появления всевозможных фобий, повышенный уровень тревожности, изменение пищевого поведения, потеря обоняния, нарушение вкусовых ощущений, восприятия цветов и оттенков, периферические нейропатии, встречается снижение либидо

и нарушения сна. Особого внимания заслуживает общая слабость, не проходящая даже после ночного отдыха [1]. И здесь дело не только в потере физических сил, страдает одна из функций лобных долей головного мозга: снижение воли – безволие, малодушие, нежелание что-то делать. Требуящим внимание является то, что данная проблема возникает не только у пожилых пациентов, а даже у 20-30-летних молодых людей, которые перенесли COVID-19 «в неярко форме». Систематическое наблюдение после госпитализации пациентов с COVID-19 определяет траекторию физического и психологического бремени симптомов, восстановления показателей биомаркеров крови и визуализации, которые могут быть использованы для информирования о необходимости реабилитации и/или дальнейшего исследования [2].

Трансформация современного общества, высокая динамика изменений социально-экономической и социально-психологической сфер диктует науке значительный темп развития, чтобы адекватно отражать все происходящие изменения. Тематика качества жизни является значимой в междисциплинарном аспекте, однако до конца не изученной относительно представителей различных категорий общества. По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), качество жизни – это восприятие человеком его позиции в жизни в контексте той культуры и системы ценностей, к которым он принадлежит и которые разделяет, в соответствии с целями, ожиданиями, нормами и заботами [5].

Качество жизни, связанное со здоровьем, рассматривается как интегральная характеристика трех сфер функционирования человека: физической, психической и социальной, с точки зрения его субъективного восприятия [3]. Данное понятие разграничивает параметры, относящиеся к медицинской трактовке феномена, и выделяет их из общей концепции [7; 8]. Психологи склонны больше акцентировать внимание на субъективном восприятии своего состояния физического, психологического, социального

благополучия, статуса здоровья и способности вести полноценную жизнь [7; 9]. Важным фактором анализа феномена качества жизни является собственная активность человека [6]. Итогом совместной работы ряда центров в разных странах мира стала разработка методики оценки качества жизни WHOQOL [4].

Реализация этой проблемы предполагается через решение следующих задач: разработка клинического интервью, критериев экспертной оценки для изучения качества жизни, разработка процедуры проведения исследования, предъявления стимульного материала и фиксации результатов применительно к лицам, обследованным в период после инфекции COVID-19.

Объекты и методы исследования

Особенностью данного исследования является комплексность анализа изучаемого феномена: качество жизни предполагается исследовать системно, не только со стороны здоровья либо субъективной удовлетворенности жизнью, но в совокупности его объективных и субъективных показателей, личностных и социокультурных детерминант, жизненной траектории, обеспечивающей его определенный уровень.

Методический комплекс исследования включает разнообразный методический инструментарий. В данной статье мы представим результаты двух используемых методик:

1) Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни (QUALITY OF LIFE (WHOQOL) – BREF) в адаптации института им. В.М. Бехтерева осуществляет оценку шести сфер качества жизни, а также измеряет восприятие респондентом своего качества жизни и здоровья.

Для определения индекса качества жизни респондентам предлагалось ответить на вопросы по краткому опроснику Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) для оценки качества жизни (WHOQOL-BREF, 1998) [1]. Опросник состоит из 26 вопросов, однако в анализе из них учувствуют только 24 (первые 2 вопроса исключены), оценивающие следующие широкие области (домены): физическое здоровье («домен 1», 7 вопросов), психическое здоровье

(«домен 2», 6 вопросов), социальные отношения («домен 3», 3 вопроса), здоровье и окружающая среда («домен 4», 8 вопросов). Каждый вопрос имеет 5-балльную шкалу ответа (Likert шкала), пациента спрашивают о жизни за последние 2 недели до исследования.

Полученная сумма баллов («сырой показатель») приводится к 100 баллам в соответствии с инструкцией:

1) выполняется реверсия 3, 4, 26 вопросов;

2) далее происходит сложение вопросов, в каждом домене находится среднее (допускается отсутствие ответа только на один вопрос в каждом домене);

3) далее среднее умножается на 4 (ответы 1–5 баллов переводятся в оценки 4–20 баллов);

4) из полученного вычитается число 4, и все это умножается на дробь $100/16$ (перевод к 100-балльной шкале).

2) Для определения тревожности была использована шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности Спилбергера в адаптации Ханина (опросник Спилбергера Ханина). Под *личностной тревожностью* понимается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий «веер» ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Как предрасположенность, личная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасные для самооценки, самоуважения.

Ситуативная или реактивная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени.

В исследовании участвовали 2509 респондентов, которые были разделены на две группы: 1 группа, в которой респонденты перенесли COVID-19 инфекцию и 2 группа, респонденты которой не переносили COVID-19 инфекцию на момент проведения исследования. Медиана возраста в обеих исследуемых группах составила 22 года (от 20 до 45 лет). В структуре по полу распределение респондентов было почти одинаковым и составило 88,1% женщин и 11,9% мужчин в 1й группе, и 88,8% женщин и 11,2% мужчины во 2й группе.

Результаты и их обсуждения

В основной группе 72,21% (n=375) испытывали высокую ситуативную тревожность, что выше по сравнению с контрольной 41,71% (n=894). В области личностной тревожности показатели также были выше в основной группе 67,12% (n=831) и 52,73% (n=474) в контрольной группе. Это указывает на возможное наличие тревоги у этих больных.

При этом в систематическом обзоре указывалось, что более 30% больных, перенесших COVID-19 инфекцию, имеют тревогу в той или иной степени. При анализе качества жизни результаты показали на более низкие показатели по всем субшкалам у основной группы.

При анализе результатов краткого опросника индекса качества жизни ВОЗ во всех сферах преобладали повышенный и средний уровень в обеих наблюдаемых группах. Результаты опросников приведены в таблице 1.

По результатам опросника тревожности Спилбергера Ханина 5,94% (n=149) испытывали легкую ситуативную тревожность, среднюю и тяжелую ситуативную тревожность испытывали 33,16% (n=832) и 60,9% (n=1528) соответственно. По сфере личностной тревожности результаты показали 2,15% (n=54), 33,12% (n=831) и 64,72% (n=1624) легкой, средней и тяжелой тревожности соответственно.

Таблица 1.

**Результаты исследования, проведенного с применением краткого
опросника ВОЗ для оценки индекса качества жизни**

Физическое и психическое благополучие					
	Высокий	Повышен- ный	Сред- ний	Понижен- ный	Низкий
Основная группа	8%	39%	50%	3%	0%
Контрольная группа	21%	50%	27%	0%	1%
Самовосприятие					
	Высокий	Повышенны й	средни й	Пониженны й	низки й
Основная группа	8%	39%	43%	10%	0%
Контрольная группа	22%	46%	28%	4%	0%
Микросоциальная поддержка					
	Высокий	Повышенны й	средни й	Пониженны й	низки й
Основная группа	8%	28%	47%	14%	3%
Контрольная группа	15%	38%	35%	11%	2%
Социальное благополучие					
	Высокий	Повышенны й	средни й	Пониженны й	низки й
Основная группа	5%	36%	49%	9%	1%
Контрольная группа	14%	50%	31%	4%	1%

В основной группе у 96% пациентов наблюдались высокий и средний показатель по субшкале ситуационной тревожности 71% и 25% соответственно, и по субшкале личностной тревожности 64% и 34% соответственно, тогда как у респондентов контрольной группы высокий и средний показатель наблюдались 41% и 50% по субшкале ситуативной тревожности, 53% и 44% по субшкале личностной тревожности у контрольной группы.

Полученные данные подтверждают, что у основной группы тревожность выше по сравнению с контрольной группой и сравнении средних показателей. Результаты показаны в таблице 2.

Таблица 2.
Результаты опросника Спилбергера Ханина для определения
уровня тревожности

Ситуационная тревожность			
	Высокий	средний	низкий
Основная группа	71%	25%	4%
Контрольная группа	41%	50%	9%
Личностная тревожность			
	Высокий	средний	низкий
Основная группа	64%	34%	2%
Контрольная группа	53%	44%	3%

По результатам краткого опросника индекса качества жизни ВОЗ по всем шкалам преобладали средние и повышенные показатели. Так, по сфере физическое и психологическое благополучие 40,4% (n=1015) и 44,0% (n=1104), по сфере самовосприятие 36,6% (n=919) и 42,2% (n=1059), по сфере микросоциальная поддержка (41,6% (n=1045) и 32,3% (n=810), по сфере социальное благополучие 41,1% (n=1031) и 42,0% (1054) составили средние и повышенные показатели. Сравнение процентного соотношения основных показателей подтверждает большую удовлетворенность своим положением у лиц, не перенесших КОВИД-19 инфекцию. Полученные данные позволяют предположить роль психологической и личностной субъективной неудовлетворенности у больных после перенесенного КОВИД-19 инфекции.

Для определения взаимосвязи между выявленной тревожностью и качеством жизни проведен корреляционный анализ между субшкалами результатов опросников. В результате были определены *прямая* средняя

корреляционная зависимость между ФП и СВ (0,65), ФП и МП (0,58), ФП и СБ (0,65). СВ и СБ (0,73) МП и СБ (0,60). Выявлена **обратная** средняя корреляционная зависимость между СТ и ФП (0,57), СВ (0,59), СБ (0,45).

Таблица 3.

Корреляционная зависимость между субферам опросников

	Ситуационная тревожность	Личностная тревожность	Физическое и психологическое благополучие	Самовосприятие	Микросоциальная поддержка
Ситуационная тревожность	1,00				
Личностная тревожность	0,50	1,00			
Физическое и психологическое благополучие (ФП)	-0,57	-0,37	1,00		
Самовосприятие (СВ)	-0,59	-0,30	0,65	1,00	
Микросоциальная поддержка (МП)	-0,33	-0,12	0,58	0,51	1,00
Социальное благополучие (СБ)	-0,45	-0,15	0,65	0,73	0,60

Заключение

Применение психологических методик в комплексном исследовании обеспечило всесторонний анализ изучаемого феномена в соответствии с выделенными параметрами, а также учет особенностей выборки (например, утомляемости респондентов и ограниченность применения объемных тестовых методик)

Выявление психосоматических симптомов играют значительную роль в изменении качества жизни, течения заболевания и эффективности

терапевтических подходов лечения. Поэтому оценка этого вопроса требует дальнейшего изучения.

Литература/References:

1. Augustin, M., Schommers, P., Stecher, M. et al. Post-COVID syndrome in non-hospitalised patients with COVID-19: a longitudinal prospective cohort study. – Текст электронный // The Lancet. URL: [https://www.thelancet.com/journals/lanepa/article/PIIS2666-7762\(21\)00099-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanepa/article/PIIS2666-7762(21)00099-5/fulltext) (дата обращения 02.07.2021).

2. Mandal, S., ARC Study Group. 'LongCOVID': a cross-sectional study of persisting symptoms, biomarker, and imaging abnormalities following hospitalisation for COVID-19 / S. Mandal, J. Barnett, S. E. Brill et al. // Thorax. – 2021. – Vol. 76 (4). – P. 396–398.

3. Morgul, E., Bener, A., Atak, M. et al. COVID-19 pandemic and psychological fatigue in Turkey // International Journal of Social Psychiatry. – 2021. – Vol. 67 (2). – P. 128–135.

4. World Health Organization. Programme on mental health: WHOQOL user manual. – 2012 revision. – World Health Organization, 1998. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/77932>.

5. Yonter, S. J., Alter, K., Bartels, M. N. et al. What Now for Rehabilitation Specialists? // Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. – 2020. – Vol. 101. – P. 2233–2242.

6. Лебедев, М. А., Палатов, С. Ю., Ковров, Г. В. и др. Астения – симптом, синдром, болезнь // Эффективная фармакотерапия. 2014. № 1. С. 30–38.

7. Лебедева, А. А. Теоретические подходы и методологические проблемы изучения качества жизни в науках о человеке // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2012. Т. 9, № 2. С. 3–19.

8. Недогода, С. В. COVID-19: реабилитация / С. В. Недогода. – ВолгГМУ, 2021. 47 с. URL: https://www.volgmed.ru/uploads/files/2021-1/140942-covid-19_reabilitaciya.pdf

9. Рассказова, Е. И. Методика оценки качества жизни и удовлетворенности: психометрические характеристики русскоязычной версии // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2012. Т. 9, № 4. С. 81–90.

**СИСТЕМНО-ДИНАМИЧЕСКИЙ ПОДХОД К
НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОМУ АНАЛИЗУ НАРУШЕНИЙ
ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ
ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Туровская Н. Г.

Кафедра общей и клинической психологии

ФГБУ ВО «Волгоградская государственная медицинская академия»

Минздрава России, Россия, г. Волгоград

Выявление закономерностей нарушения психического развития на фоне церебральной органической патологии различного генеза важно в целях определения стратегии оказания указанной категории детей коррекционной психологической помощи. Особое значение в данный момент приобретают исследования, осуществляемые в рамках нейропсихологического подхода.

Нейропсихологический подход к диагностике и коррекции психического развития, в первую очередь, подразумевает опору на основные положения теории системно-динамической локализации высших психических функций (далее – ВПФ) (Лурия А.Р., Выготский Л.С.). А, следовательно, необходимость как осуществления в процессе нейропсихологического анализа системного подхода, так и учета возрастного фактора развития психики.

Возможность и необходимость системного подхода к анализу особенностей психического развития детей определяется рядом положений.

Во-первых, нормальное развитие ребенка происходит под взаимным системным влиянием двух факторов: биологического и социального. Такой характер влияния определен специфическими особенностями и сущностью

психики, как способностью высокоорганизованной материи отражать объективный мир.

Во-вторых, организм человека является системой, взаимодействие компонентов которой подчиняется принципу нейротрансмиссии (передачи управляющих организмом импульсов посредством нервной системы) [Крайг Г., Бокум Д., 2005].

В-третьих, согласно современным анатомическим представлениям об основных принципах организации мозга как субстрата психики, мозг представляет собой сложную метасистему, состоящую из различных макросистем (проекционных, ассоциативных, интегративно-пусковых, лимбико-ретикулярных); каждая из них строится из разных микросистем (микроансамблей). Интегративная деятельность систем разных уровней обеспечивается их иерархической зависимостью, а также горизонтально-горизонтальными и вертикально-горизонтальными взаимодействиями [Хомская Е.Д., 2002].

В-четвертых, высшие психические функции – сложные системные образования. Основные характеристики ВПФ – опосредованность, осознанность, произвольность – представляют собой системные качества, характеризующие эти функции как «психологические системы», которые создаются путем надстройки новых образований над старыми с сохранением последних в виде подчиненных структур внутри нового целого (Выготский Л.С., 1956; Лурия А.Р., 1969) [Хомская Е.Д., 2002].

В-пятых. Системная локализация высших психических функций предполагает их многоэтапную иерархическую многоуровневую мозговую организацию, что неизбежно вытекает из сложного многокомпонентного состава функциональных систем, на которые опираются высшие психические функции (Лурия А.Р., 1969) [Хомская Е.Д., 2002, с.38].

В-шестых, одной из закономерностей развития ВПФ является их системное формирование (развитие ВПФ протекает не изолированно, а во взаимодействии с той

или другой группой ВПФ). На первом плане развития высших психических функций стоит не столько развитие каждой психической функции («развитие по чистой линии»), сколько изменение межфункциональных связей (Выготский Л.С., 1960) [Цветкова Л.С., 2006, с.37].

В-седьмых, возможной причиной несформированности психической деятельности у детей является неблагополучие в развитии функциональных систем. В одних случаях это может быть неполнота состава функциональной системы, в других - задержка консолидации тех частей мозга, совместная работа которых обеспечивает те или другие психические свойства функции, в - третьих - дезинтеграция той или иной функциональной системы, в – четвертых - задержка высших уровней интеграции функциональных органов [Цветкова Л.С., 2006, с.59].

В-восьмых, дефект развития ребенка имеет системное строение (Выготский Л.С., 1960). В аномальном развитии можно выделить две группы симптомов: первичные – нарушения, непосредственно вытекающие из биологического фактора болезни и вторичные, возникающие опосредованно в процессе аномального социального развития [Лебединский В.В., 2003].

Использование нейропсихологического подхода к диагностике нарушений психических функций подразумевает проведение синдромного, факторного и топического анализов этих нарушений. Однако осуществление данных видов анализа в работе с детьми имеет ряд специфических особенностей.

Влияние возрастного фактора на характер протекания нервно-психических расстройств было давно замечено в клинике мозговых нарушений. Незрелость развития мозга, слабость гематоэнцефалического барьера обуславливают повышенную восприимчивость центральной нервной системы ребенка к различным вредностям [2, с.7].

Время поражения головного мозга, по мнению В.В. Лебединского, является одним из параметров, определяющих специфику психического

дизонтогенеза ребенка. Замечено, что чем раньше произошло поражение, тем больше объем повреждения и вероятнее явления недоразвития функций, чем позднее - тем меньше объем поражения и более характерны явления повреждения с распадом структуры психической функции. Поражение мозга может привести и к регрессу функции, которая находится в этот период в сензитивном периоде развития (Лебединский В.В., 2003).

В процессе синдромного анализа не следует забывать о гетерохронии в развитии психических функций. Трудности выполнения ребенком тех или иных нейропсихологических проб могут быть обусловлены возрастнo-нормативной незрелостью соответствующей функциональной системы. Возрастные нормативы выполнения проб нейропсихологического исследования описаны в работах Н.Г.Манелис (1999), А.В.Семенович (2002), Ж.М.Глозман (2008).

Понятно, что сочетание явлений повреждения с недоразвитием создает более обширный характер нарушений, не укладывающихся в четкие рамки топической диагностики. Устанавливаемая как с помощью клинической оценки, так и нейропсихологическими процедурами, дифференциация «эффекта очага» от «эффекта фона» (А.Н. Корнев) оказывается чрезвычайно значимой для понимания патологии ребенка [1, с.43].

Влияние возрастного фактора на специфику топического анализа в детском возрасте определено также изменением структуры как нейрофизиологических, так и психологических систем по мере созревания головного мозга ребенка (А.Р.Лурия, 1962). В связи с этим встает вопрос о возможности использования данных о мозговой организации ВПФ у взрослых в процессе проведения нейропсихологического исследования детей. К сожалению, однозначного ответа на данный вопрос в отечественной науке до сих пор нет.

Отдельные авторы утверждают, что топический анализ нарушения ВПФ у детей мало отличается от аналогичного анализа нарушений у взрослого (Э.Г. Симерницкая, 1985; В.В. Лебединский, 2002; Ю.В. Микадзе, 2008). Так, Э.Г.

Симерницкая утверждает: «Нейропсихологические гипотезы должны строиться у детей, как и у взрослых, с учетом характера, объема и локализации мозгового повреждения» [1, с.45].

Однако ряд других авторов предостерегает от непосредственного использования данных о локализации ВПФ, полученных во взрослой клинике, в процессе выявления патологии детского мозга. Так, А.В. Семенович отмечает, что одни и те же патологические стигмы у детей и взрослых, как правило, имеют разную мозговую организацию. Более того: «То, что у взрослых является следствием гипофункции соответствующей зоны мозга, у детей может свидетельствовать в пользу ее гиперфункции. Аналогичный (по форме) взрослому патологический симптомокомплекс у детей... иногда – свидетельство начала функционального растормаживания инактивной прежде зоны мозга» [3, с.49].

Неравнозначность нейропсихологических симптомов с точки зрения топической диагностики в детском и взрослом возрасте была выявлена в исследованиях O.L.Zangwill (1960), Красовской О.А. (1980), Симерницкой Э.Г. (1982, 1985), Фишман М.Н. (1989, 2006), А.В. Семенович (2005), Микадзе Ю.В. (2008).

Отдельные авторы отмечают стертость патологической симптоматики, наблюдаемой у детей (В.В. Лебединский, 2002; А.Н. Корнев, 2005). Одной из причин такого феномена является высокая пластичность и способность к компенсации дефекта при поражении детского мозга (Г.Е. Сухарева, 1955; G. Gollnitz, 1970; M. Tramer, 1979; Э.Г. Симерницкая, 1985; В.В. Лебединский, 2002; А.Н. Корнев, 2005; Ю.В. Микадзе, 2008).

Однако И.А. Скворцов, А.Н. Корнев указывают на то, что структурный дефект в веществе мозга может неожиданно проявить себя в критические возрастные периоды детства или при возрастании функциональных нагрузок [1, с.46].

Таким образом, мы должны понимать, что результаты нейропсихологического обследования детей с резидуальной церебрально-органической недостаточностью не статичны, они могут иметь не связанную с внешними факторами как положительную, так и отрицательную динамику.

А.Н. Корнев (2005) также отмечает атипичность клиники очаговых синдромов в детском возрасте, которая существенно меняется с возрастом. В отношении поражения левого полушария с уменьшением возраста ребенка симптоматика становится все более стертой и атипичной, в отношении поражения правого полушария - чем младше ребенок, тем грубее правополушарная симптоматика [1, с.44-45].

Таким образом, обобщая результаты приведенных выше исследований, можно сделать вывод о том, что влияние возрастного фактора на интерпретацию результатов нейропсихологических исследований значительно, что существенно затрудняет проведение топического, но позволяет осуществление синдромного и факторного анализов в детском возрасте. Специфическими особенностями нейропсихологического подхода к изучению нарушений психического развития являются, во-первых, необходимость выявления симптомов распада, регресса и недоразвития функций, во-вторых, важность учета параметров онтогенеза мозговой организации психических функций, более высоких по сравнению со взрослыми возможностями компенсации нарушений в деятельности отдельных участков мозга и, как следствие, возможности стертости и атипичности симптоматики. В третьих, нейропсихологическое обследование детей с резидуальной церебрально-органической недостаточностью должно носить динамический характер вне зависимости от актуального состояния их психического развития с целью своевременного выявления скрытой ранее мозговой патологии.

Литература / References:

1. Бизюк А.П. Компедиум методов нейропсихологического исследования. Методическое пособие. СПб.: Речь, 2005. 400 с.

2. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений. М.: Издательский центр «Академия», 2011. 144 с.
3. Семенович А.В. Введение в нейропсихологию детского возраста: учебное пособие. М.: Генезис, 2018. 319 с.
4. Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста: учеб. пособие; под ред. Л.С.Цветковой. М.: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2006. 296 с.
5. Крайг Г., Бокум Д. Психология развития. СПб.: Питер, 2005. 940 с.
6. Карлов В.А. Эпилепсия. М.: Медицина, 1990. 336 с.
7. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений. М.: Издательский центр «Академия», 2003. 144 с.
8. Хомская Е.Д. Нейропсихология: Учебник. М.: УМК «Психология», 2002. 416 с.

**НАРУШЕНИЯ ЗРИТЕЛЬНО-ПРОСТРАНСТВЕННЫХ ФУНКЦИЙ
В СТРУКТУРЕ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА
ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИИ
ДЮШЕННА**

Федосеева И. Ф.¹, Гончаренко А. В.², Попонникова Т. В.¹
*Кафедра неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики
и медицинской реабилитации.
Кафедра офтальмологии*

*ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

Аннотация. Представлены современные подходы к исследованию состояний высших психических функций у детей и подростков, страдающих прогрессирующей мышечной дистрофией Дюшенна. Выявлены нарушения зрительно-пространственных представлений, сохраняющиеся независимо от

выраженности двигательных ограничений. Когнитивные расстройства различной степени выраженности могут дополнять клиническую картину и ограничивать адаптационный потенциал. Определение характера нарушений нервно-психического развития и применение методов психолого-педагогической коррекции - перспективное направление с точки зрения улучшения качества жизни пациентов.

Ключевые слова: когнитивные нарушения, прогрессирующая мышечная дистрофия Дюшенна, наследственные нервно-мышечные болезни.

DISORDERS OF VISUAL-SPATIAL FUNCTIONS IN THE STRUCTURE OF COGNITIVE DEFICIENCY WITH PROGRESSIVE DUCHENNE MUSCULAR DYSTROPHY

Fedoseeva I.F.¹, Goncharenko A.V.², Poponnikova T.V.¹

¹*Department of neurology, neurosurgery,
medical genetics and medical rehabilitation.*

²*Department of ophthalmology
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

Abstract. The article presents modern approaches to the study of the states of higher mental functions in children and adolescents suffering from progressive Duchenne muscular dystrophy. Visual-spatial representation disorders were identified, which persisted regardless of the severity of motor limitations. Determining the neuropsychic developmental disorders and using methods of psychological and pedagogical correction is a promising direction in terms of improving the quality of life of patients.

Keywords: cognitive disorders, progressive Duchenne muscular dystrophy, hereditary neuromuscular diseases.

Введение. Внимание к вопросам психического развития детей с наследственными нервно-мышечными заболеваниями возросло, что отражает изменение взглядов на систему медицинской, социальной и психолого-

педагогической помощи при данной патологии на фоне достижений молекулярной генетики, развития персонифицированной медицины, разработки новых перспективных методов лечения, существенно влияющих на прогноз [6,7,8,20]. Увеличение продолжительности жизни пациентов определяет необходимость разработки комплексного подхода к их социальной адаптации и формирования междисциплинарного взаимодействия специалистов различного профиля на основе компетентностного подхода [1, 5, 6]. Прогрессирующие двигательные нарушения являются основным клиническим проявлением при мышечной дистрофии Дюшенна. Клинические наблюдения свидетельствуют о возможности сочетания первичного мышечного дефекта с нарушениями поведения, психики и познавательных функций, однако представления об их происхождении до настоящего времени не сформированы. Высказываются различные предположения о генезе нарушений познавательной сферы при нервно-мышечных заболеваниях [12, 15, 17]. Обсуждается роль нарушений дистрофин-гликопротеинового комплекса в развитии спектра аномалий головного мозга, проявляющихся когнитивными расстройствами при отсутствии видимых дефектов головного мозга, при этом не выявлено корреляции тяжести поражения мышц и уровня нарушения интеллекта [2, 18]. Когнитивные особенности и нейропсихологические изменения при прогрессирующей мышечной дистрофии Дюшенна недостаточно изучены, однако, продолжается поиск новых диагностических и прогностических биомаркеров заболевания как с точки зрения генетики, так и с точки зрения нейровизуализации.

Изучение морфо-функциональных аспектов нейропсихологических профилей при дистрофинопатиях с использованием современных методов нейровизуализации показало структурные измерения кортико-мосто-мозжечкового и мозжечково-таламического трактов [13].

Результаты исследования, несмотря на ограничение выборки, подтвердили гипотезу о вовлечении мозжечково-таламо-кортикальных связей в

формирование нейропсихологического профиля при прогрессирующей мышечной дистрофии Дюшенна [13]. Результаты немногочисленных исследований, посвященных нейропсихологическому анализу локализации нарушений когнитивной сферы у детей с наследственными миопатиями, подчеркивают возможное влияние отсутствия адекватной двигательной активности на формирование нейронных связей головного мозга. Часто имеющая место социальная изоляция пациентов также рассматривается как фактор, ограничивающий развитие когнитивных функций [3, 11, 12].

Объекты и методы исследования. С целью оценки уровня психоречевого развития и определения характера нейропсихологического дефицита у детей и подростков с прогрессирующей мышечной дистрофией Дюшенна проведен комплексный анализ 11 клинических случаев данной патологии, подтвержденной данными генетических исследований. Возраст пациентов - от 4 до 15 лет, в среднем составлял $8 \pm 2,3$ лет, период наблюдения – от 1 до 9 лет. Все пациенты периодически получали лечение в условиях специализированного стационара и находились под диспансерным наблюдением невролога в амбулаторных условиях. Трое детей с умеренно выраженными двигательными нарушениями посещали детские коллективы, 8 – находились в домашних условиях, из них 4 ребенка осваивали школьную программу в форме домашнего обучения, 4 – имели выраженные двигательные ограничения и требовали постоянного ухода. У всех больных в динамике заболевания оценивался неврологический статус, а также уровень креатинфосфокиназы в крови.

Для синдромного анализа нарушений высших психических функций использовался адаптированный к данному контингенту больных протокол нейропсихологического обследования, который включал тесты, направленные на оценку зрительно-пространственного, соматосенсорного и предметного гнозиса, динамического праксиса, понимания логико-грамматических конструкций, мышления, кинестетической организации, слухоречевой и

зрительной памяти. Количественная оценка полученных результатов проводилась в сравнительном аспекте с контрольной группой из 5 человек с учетом представленных в литературе возрастных нормативов выполнения отдельных проб [2, 4, 10].

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного исследования у всех пациентов был выявлен нейропсихологический дефицит, который выражался в недостаточности зрительно-пространственной деятельности, а также менее выраженных нарушениях соматосенсорного гнозиса. У обследованных больных независимо от степени тяжести двигательного дефекта отмечено нарушение восприятия предметных изображений, букв, снижение объема непосредственной зрительной памяти, что характеризует фактор зрительно-пространственного восприятия, которое обеспечивается затылочными и затылочно-теменными отделами мозга.

У 4 детей в возрасте 4-7 лет при умеренно выраженных двигательных расстройствах выявлены нарушения пространственной организации движений, ошибки в пробах на конструктивный праксис и восприятие пространственных признаков зрительных стимулов. Также наблюдались ошибки понимания логико-грамматических отношений, что характеризует фактор пространственного восприятия, в формировании которого основную роль играют височно-теменно-затылочные отделы мозга. Пространственные представления не ограничиваются функцией восприятия объема и находят свое отражение в предлогах и сложных логико-грамматических конструкциях, раскрывающих причинно-следственные связи [17]. Необходимо отметить, что у больных более старшего возраста, несмотря на прогрессирование двигательных нарушений, подобные изменения не наблюдались.

У 3 пациентов с выраженными двигательными расстройствами наблюдались дефекты регуляции сложных произвольных движений и действий, нарушения обобщения по ситуативным признакам, фрагментарность анализа, склонность к упрощенным стереотипам. Выявленные нарушения, вероятно, в

значительной степени носят вторичный характер и могут быть частично связаны с адаптацией к прогрессирующим двигательным ограничениям. Значимое снижение интеллекта выявлено у 2 больных с отягощенным перинатальным анамнезом. У 6 обследованных больных факторы объема вербально-акустического восприятия, слухоречевой памяти, программирования, регуляции и контроля значимо не страдали, и результаты проб соответствовали таковым в контрольной группе.

Проведенные ранее исследования установили, что дефицитарность когнитивной сферы детей и подростков с прогрессирующими мышечными дистрофиями более выражена, чем у больных с врожденными структурными миопатиями, что позволило предположить патогенетическое значение нарушений дистрофина в развитии головного мозга у больных с миодистрофиями [2, 19, 20]. При этом анализ возрастной динамики нейропсихологических синдромов обнаружил уменьшение с возрастом степени выраженности отдельных симптомов, входящих в синдромы, относящиеся ко всем блокам мозга независимо от формы наследственных миопатий [2, 9]. Организацию пространственных представлений обеспечивают третичные зоны коры задних отделов больших полушарий мозга, располагающиеся на границе между затылочными, височными и постцентрными областями полушария. Они формируют зону перекрытия корковых отделов зрительного, слухового, вестибулярного и кинестетического анализаторов и, в совокупности с волокнами от ассоциативных ядер зрительного бугра, несущими уже обобщенную на низших уровнях информацию, обеспечивают ассоциативные функции. Эти зоны начинают полноценно функционировать только к семи годам, так как созревают позднее других ассоциативных отделов мозга [4]. Наличие и выраженность тех или иных симптомов нарушения высших психических функций закономерно связаны с возрастными этапами развития. С возрастом уменьшается выраженность и удельный вес симптоматики, относящейся к блоку программирования, регуляции и контроля деятельности.

Симптоматика, связанная со зрительно-пространственным восприятием, свидетельствующая о дефицитности теменных и височно-теменно-затылочных отделов имеет более стойкий характер и сохраняется во всех возрастных группах [2, 14]. Таким образом, представленные клинические наблюдения подтверждают ранее выявленные тенденции.

Заключение. У детей и подростков с прогрессирующей мышечной дистрофией Дюшенна возможны системные нарушения в познавательной деятельности, при этом доминирующим дефектом являются нарушения зрительно-пространственных представлений, сохраняющиеся независимо от выраженности двигательных ограничений. Когнитивные расстройства различной степени выраженности могут дополнять клиническую картину и ограничивать адаптационный потенциал, поэтому определение характера нарушений нервно-психического развития и применение методов психолого-педагогической коррекции представляется перспективным направлением с точки зрения улучшения качества жизни пациентов с орфанной патологией и их семей.

Литература/References:

1. Басова Г.Г., Громакина Е.В., Гончаренко В.А. Преимущества компетентностного подхода в обучении. В книге: Качественное профессиональное образование: современные проблемы и пути решения. Материалы XII Межрегиональной научно-методической конференции. 2020. С. 26-30.
2. Ерохина В.А., Троицкая Л.А., Харламов Д.А., Артемьева С.Б. Особенности развития высших психических функций у детей и подростков с прогрессирующими миодистрофиями и врожденными структурными миопатиями. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2014. Том 6. С.84-88
3. Котельникова А.В., Кукшина А.А. Психосоциальные факторы качества жизни, связанного со здоровьем, у больных с нарушением

двигательных функций [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 1. С. 63–78.

4. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. Учебное пособие. М: Академия, 2006; 384 с.

5. Попонникова Т.В. Студентоцентрическая архитектура образования как трек развития подготовки специалистов // Education. Quality Assurance. 2022. № 2 (27). С. 33-37

6. Субботин А.В., Семенов В.А., Хроленко Д.Е., Попонникова Т.В., Федосеева И.Ф. Наследственные болезни нервной системы и медико-генетическое консультирование. Кемерово, 2007. 117 с.

7. Федосеева И.Ф., Гончаренко В.А., Гончаренко А.В., Попонникова Т.В. Психологические аспекты расстройств аккомодации у подростков с неврозоподобными заболеваниями. В сборнике: 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, 2024. С. 464-472.

8. Федосеева И.Ф., Попонникова Т.В., Галиева Г.Ю., Мошнегуц С.В. Клинический случай редкого нейродегенеративного заболевания с накоплением железа в мозге, тип 4, у ребенка 15 лет. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2019. Т. 64. № 5. С. 109-113.

9. Anderson J.L., Head S.I., Rae C., Morley J.W. Brain function in Duchenne muscular dystrophy. Brain. 2002;125:4–13.

10. Banihani R., Smile S., Yoon G., et al. Cognitive and Neurobehavioral Profile in Boys with Duchenne Muscular Dystrophy. J. Child. Neurol. 2015;30:1472–1482.

11. Battini R., Chieffo D., Bulgheroni S., et al. Cognitive profile in Duchenne muscular dystrophy boys without intellectual disability: The role of executive functions. *Neuromuscul. Disord.* 2018;28:122–128.
12. Colvin M.K., Poysky J., Kinnett K., et al. Psychosocial Management of the Patient with Duchenne Muscular Dystrophy. *Pediatrics.* 2018;142:99–109.
13. Doorenweerd N. Combining genetics, neuropsychology and neuroimaging to improve understanding of brain involvement in Duchenne muscular dystrophy - a narrative review. *Neuromuscul Disord.* 2020 Jun;30(6):437-442.
14. García I., Martínez O., Amayra I., et al. Effects of a neuropsychosocial teleassistance intervention on social cognition and health-related quality of life of pediatric patients with neuromuscular diseases. *J. Pediatr. Psychol.* 2024.1;49(8):525-
15. Cyrulnik S.E., Fee R.J., De Vivo D.C., et al. Delayed developmental language milestones in children with Duchenne’s muscular dystrophy. *J. Pediatr.* 2007;150:474–478.
16. García I., Martínez O., López-Paz J.F., et al. Difficulties in social cognitive functioning among pediatric patients with muscular dystrophies. *Front Psychol.* 2024.4;14:1296532.
17. Hinton V.J., Fee R.J., Goldstein E.M., et al. Verbal and memory skills in males with Duchenne muscular dystrophy. *Dev. Med. Child. Neurol.* 2007;49:123–128.
18. Mohamadian M., Rastegar M., Pasamanesh N., et al. Clinical and Molecular Spectrum of Muscular Dystrophies (MDs) with Intellectual Disability (ID): a Comprehensive Overview. *J. Mol. Neurosci.* 2022;72(1):9-23.
19. Pascual-Morena C., Cavero-Redondo I., Álvarez-Bueno C., et al. Global prevalence of intellectual developmental disorder in dystrophinopathies: A systematic review and meta-analysis. *Dev. Med. Child. Neurol.* 2023;65(6):734-744.
20. Peristeri E., Aloizou A.M., Keramida P., et al. Cognitive Deficits in Myopathies. *Int J Mol Sci.* 2020.27;21(11):3795.

ОСОБЕННОСТИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПРИ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ КИНСБУРНА

Федосеева И. Ф.¹, Гончаренко А. В.², Попонникова Т. В.¹

¹*Кафедра неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики
и медицинской реабилитации*

²*Кафедра офтальмологии*

*ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

Аннотация. Представлены результаты длительного наблюдения клинических случаев энцефалопатии Кинсбурна у детей. Выявлены психопатологические нарушения, которые, по мере регресса очаговых неврологических симптомов определяли особенности психомоторного развития. Наиболее выраженные когнитивные нарушения наблюдались в случаях хронически-рецидивирующего течения и раннего возраста клинического дебюта. Дисбаланс в структуре разных видов психической деятельности обосновывает необходимость анализа психического развития ребенка и коррекционного сопровождения на всех этапах развития болезни.

Ключевые слова: энцефалопатия Кинсбурна, когнитивные нарушения.

FEATURES OF NERVOUS-MENTAL DEVELOPMENT IN KINSBOURNE'S ENCEPHALOPATHY

Fedoseeva I.F.¹, Goncharenko A.V.², Poponnikova T.V.¹

*Department of neurology, neurosurgery, medical genetics
and medical rehabilitation.*

Department of ophthalmology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. The results of long-term observation of clinical cases of Kinsbourne encephalopathy in children are presented. Identified psychopathological disorders determined the characteristics of psychomotor development as focal neurological symptoms regressed. The most pronounced cognitive impairments were observed in

cases of chronic recurrent course and early age of clinical debut. The imbalance in the structure of different types of mental activity justifies the need to analyze the child's mental development and corrective support at all stages of the disease.

Keywords: Kinsbourne encephalopathy, cognitive dysfunction.

Введение

Проблема неспецифических проявлений орфанных заболеваний носит междисциплинарный характер и требует комплексного изучения [4]. Развитие глазодвигательных, моторных, когнитивных нарушений, пароксизмальных состояний в различных сочетаниях и последовательности наблюдаются в клинической структуре нейродегенеративных заболеваний, болезней накопления, иммуннопатологических синдромах [3, 6]. Нарушения высших корковых функций могут быть связаны как с непосредственным поражением структур головного мозга и анализаторов, так и носить вторичный характер, особенно при дебюте заболевания в периоды интенсивно психо-моторного и речевого развития, формируя обширный спектр клинических проявлений [1, 7].

Примером редкого заболевания, сопровождающегося психо-эмоциональными и поведенческими нарушениями, является энцефалопатия Кинсбурна (ЭК). Распространенность этой патологии составляет по разным данным 1 случай на 5-10 млн., что затрудняет изучение и систематизацию эпидемиологических и клинических данных [2]. Диагностика данного синдрома имеет важное значение в связи с высокой вероятностью его паранеопластического происхождения и риском регресса приобретенных навыков, нарушений когнитивного, эмоционального, речевого развития и поведения [13, 16].

Нарушения в психическом развитии могут быть выражены в разной степени - от дефицитарности некоторых функций в пределах нормативного развития до тотального недоразвития [1]. Дебюту энцефалопатии Кинсбурна часто предшествуют инфекционные заболевания. Наличие связи

инфекционного заболевания с развитием симптомов ЭК не исключает наличия опухолевого процесса, что определяет необходимость всестороннего обследования, направленного на исключение онкологической патологии [2, 15]. Неврологическая симптоматика при ЭК проявляется в виде статической и динамической атаксии, миоклонических гиперкинезов и специфических глазодвигательных нарушений, что ограничивает реализацию исходно правильно сформированных двигательных навыков.

Сочетание атаксии, миоклонуса и опсоклонуса является патогномоничным для данной патологии, однако на начальной стадии болезни клиническая картина может быть редуцированной и ограничиваться одним из названных проявлений [16].

Вместе с тем, диагностическое и прогностическое значение могут иметь сопутствующие очаговым симптомам психо-эмоциональные и поведенческие расстройства. На их развитие потенциально влияют сенсорные нарушения на фоне опсоклонуса и потери контроля над двигательными функциями, о чем свидетельствуют нетипичные формы сенсорного поведения и большая чувствительность к слуховым стимулам в структуре нейрокогнитивных эффектов заболевания [1, 5]. В соответствии с современными представлениями, первичный двигательный и сенситивный дефект влияет на все виды психической активности ребенка на когнитивном, поведенческом, личностном и социальном уровнях [5, 11].

Вопросы интеграции глазодвигательных и мозжечково-экстрапирамидных нарушений при ЭК в разные виды активности ребенка и механизмы их влияния на организацию психической деятельности требуют изучения. Как показали проведенные ранее исследования, при развитии ЭК у детей раннего возраста наблюдается задержка психического развития с возможной последующей компенсацией на фоне лечения и реабилитационных мероприятий. В связи с этим обсуждается роль психосоциальных факторов в возникновении и усугублении задержек развития [1].

Как показал ретроспективный анализ, у 30% формируется нормальный интеллект и наблюдается полный регресс симптомов [10]. Большинство детей в исходе ЭК имеют стойкие ограничения качества жизни и социальной адаптации, главным образом за счет задержки развития моторики, остаточных двигательных расстройств, атаксии, нарушений поведения, экспрессивной и рецептивной речи, зрительно-пространственных навыков, тремора, обсессивно-компульсивных расстройств [8, 9].

При этом наряду с основными нарушениями развития формируются и специфические функциональные перестройки, в структуру которых включаются вторичные и третичные компенсаторные компоненты, что определяет необходимость реабилитационных мероприятий и специализированного обучения [1, 5]. Данные о связи стойких когнитивных нарушений с тяжестью клинических проявлений, возрастом дебюта и количеством рецидивов разноречивы, тем не менее, терапевтические стратегии, направленные на снижение рецидивов ЭК, считаются перспективными [5].

Объекты и методы исследования

С целью выявления нарушений психической деятельности и особенностей когнитивного и эмоционально-личностного развития больных с энцефалопатией Кинсбурна проведен комплексный анализ 4 клинических случаев данной патологии с оценкой неврологического статуса и определением уровня познавательного развития, сформированности навыков, обеспечивающих социальную коммуникацию, состояния произвольной активности и эмоционально-волевой сферы. Возраст детей на момент дебюта заболевания составлял от 19 до 36 месяцев, тяжесть ЭК по шкале Пранзателли от 10 до 21 балла, период наблюдения - от 3 до 10 лет. В 1 случае рецидивирующего течения ЭК через 1 год 9 месяцев после начала болезни выявлена нейробластома; после резекции, химиотерапии и иммунотерапии достигнута ремиссия. У 3 пациентов с параинфекционным вариантом ЭК симптоматика регрессировала на фоне иммунотерапии в течение 4-12 месяцев,

у 2 из них имело место рецидивирующее течение. Во всех случаях развивалась когнитивная дисфункция различной степени выраженности, несмотря на ремиссию, регресс двигательных расстройств происходил в среднем в течение 22 месяцев.

Результаты и их обсуждение

В процессе наблюдения в остром периоде отмечены замедление произвольной психо-моторной активности при сохранении ее целенаправленности, трудности при попытке приспособления определенных групп мышц к пространству вследствие нарушения необходимых афферентаций, что проявлялось в конструктивной деятельности, речи и осложняло достижение качественного результата. В ограниченной зоне самостоятельной активности на фоне мозжечковой атаксии пациенты проявляли познавательную деятельность с элементами спонтанности в доступных для себя пределах.

В состоянии дискомфорта и двигательного беспокойства наблюдалось усиление миоклоний. У наблюдавшихся детей с ЭК отмечалось более длительное время реакции и выполнения последовательностей произвольных движений, ограничение их диапазона без нарушений способности программировать ситуационно уместные и адекватные действия и правильно использовать кинестетическую и зрительную информацию при корректировке движений, что согласуется с данными литературы [5].

Нарушения экспрессивной речи в связи с дизартрией, гиперсаливацией и скандированием, затрудняющие вербальную коммуникацию, пациенты компенсировали эмоциональными мимическими проявлениями. Во всех случаях отмечены плаксивость, повышенная возбудимость, эмоциональная лабильность, нарушения сна и недостаток периодов спокойного бодрствования, дисфория, агрессия, сменяющиеся периодами потери интереса к игровой деятельности и общению на фоне психо-эмоционального истощения.

Наблюдавшиеся сложные эмоционально-поведенческие реакции могут указывать на психотравмирующий характер эмоциональных переживаний в связи с острой потерей привычного ощущения стабильности предметов при нарушениях фиксации взора в условиях опсоклонуса, двигательными ограничениями, невозможностью совершения безопасных перемещений, поддержания позы и равновесия, реализации приобретенных навыков. В зависимости от возраста ребенка сенсорные и двигательные расстройства способны вызывать ощущения чуждости и враждебности внешнего мира, неподконтрольности собственного тела, сопряженные с фобиями и дезинтеграцией психических процессов, что может быть самостоятельным источником поведенческих и психо-эмоциональных расстройств при ЭК [1, 5, 12].

Первоначальные двигательные навыки определяются базовыми позотоническими автоматизмами и формируют предпосылки для реализации познавательных функций и включения моторного компонента в зрительное восприятие, сенсорную и моторную речь [5, 12].

Роль дисфункции мозжечка и его связей с другими отделами нервной системы, особенно с корой лобной доли, в формировании клинической картины ЭК доказана в многочисленных исследованиях [12]. Поскольку функциональное значение мозжечка не ограничивается регуляцией статики и координации, преобладание сенсорных и психических феноменов над нарушениями статики и координации в исходе поражений мозжечка в детском возрасте связано с его прямым или опосредованным влиянием на систему восприятия и другие высшие психические функции, что подтверждается данными наблюдений [12, 14].

Заключение

Длительное наблюдение клинических случаев энцефалопатии Кинсбурна у детей выявило наличие психопатологических нарушений, которые, по мере

регресса очаговых неврологических симптомов определяли особенности психомоторного развития.

Наиболее выраженные когнитивные нарушения наблюдались в случаях хронически-рецидивирующего течения и раннего возраста клинического дебюта, однако низкая распространенность синдрома и малочисленность наблюдений не позволяют установить взаимосвязь данных факторов.

Выявленный дисбаланс в структуре разных видов психической деятельности обосновывает необходимость коррекционного сопровождения на всех этапах развития болезни. Анализ психического развития ребенка при первичной манифестации клинических проявлений имеет диагностическое и прогностическое значение, поскольку каждый период онтогенеза характеризуется различными особенностями резистентности и сенситивности нервной системы по отношению к патогенным факторам, что важно для оценки прогноза болезни и планирования реабилитационных мероприятий.

Литература/References:

1. Бурлакова Н.С., Микадзе Ю.В., Федорова Ю.Н., Бембеева Р.Ц., Ильина Е.С., Заваденко Н.Н. Клинико-психологические особенности психического развития детей с опсоклонус-миоклонус-синдромом. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2018;10(2):52-56.
2. Ильина Е.С., Бобылова М.Б. Энцефалопатия Кинсбурна, или синдром опсоклонуса-миоклонуса, в детском возрасте. Лечащий врач. 2006;5:36-38.
3. Попонникова Т.В., Федосеева И.Ф., Галиева Г.Ю., Мошнегуц С.В. Клинический случай редкого нейродегенеративного заболевания с накоплением железа в мозге, тип 4, у ребенка 15 лет //Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2019. Т. 64. № 5. С. 109-113.
4. Субботин А.В., Семенов В.А., Хроленко Д.Е., Попонникова Т.В., Федосеева И. Ф. Наследственные болезни нервной системы и медико-генетическое консультирование. Кемерово, 2007. 117 с.

5. Федорова Ю.Н., Микадзе Ю.В., Бурлакова Н.С. и др. Нарушение движений в структуре разных видов психической деятельности у ребенка с опсоклонус-миоклонус синдромом [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 2. С. 229–245.
6. Федосеева И.Ф., Попонникова Т.В., Галиева Г.Ю., Илясова О.В. Клинические наблюдения поздней младенческой и юношеской форм болезни Ниманна-Пика, тип С. Бюллетень сибирской медицины. 2017.Т.16.3.С.210-217.
7. Федосеева И.Ф., Гончаренко В.А., Гончаренко А.В., Попонникова Т.В. Психопатологические аспекты расстройств аккомодации у подростков с неврозоподобными заболеваниями. В сборнике: 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, 2024. С. 464-472.
8. Chekroud A.M., Anand G., Yong J. et al. Altered functional brain connectivity in children and young people with opsoclonus-myoclonus syndrome. *Dev Med Child Neurol.* 2017; 59(1):98-104.
9. Goh E.L., Scarff K., Satariano S. et al. Evolving Cognitive Dysfunction in Children with Neurologically Stable Opsoclonus-Myoclonus Syndrome. *Children (Basel).* 2020;19;7(9):103.
10. Gorman M.P. IQ predictors in pediatric opsoclonus myoclonus syndrome: a large international cohort study. *Dev Med Child Neurol.* 2020;62(12):1444-1449.
11. Green D., Li M., Lang B. et al. Sensory Processing Difficulties in Opsoclonus-Myoclonus Syndrome: A Pilot Project of Presentation and Possible Prevalence. *J Child Neurol.* 2016;31(8):965-70.
12. Grossman S.N., Rucker J.C. Opsoclonus and ocular flutter: evaluation and management. *Curr Opin Ophthalmol.* 2023;34(6):465-469.

13. Hsu M., Tejani I., Shah N. et al. Review of Opsoclonus-Myoclonus Ataxia Syndrome in Pediatric Patients. *Children*. 2024;11(3):367.
14. Kumar P., Willard V.W., Embry L. et al. Late cognitive and adaptive outcomes of patients with neuroblastoma-associated opsoclonus-myoclonus-ataxia-syndrome: A report from the Children's Oncology Group. *Pediatr Blood Cancer*. 2024;71(7):e31039.
15. Sheridan A., Kapur K., Pinard F. et al. Perfil neuropsicologico en el sindrome opsoclono-mioclono-ataxia como forma de presentacion de tumores neuroblasticos [Neuropsychological profile in opsoclonus-myoclonus-ataxia syndrome presenting as neuroblastic tumours]. *Rev Neurol*. 2016; 16;62(6):249-57. Spanish.
16. Pranzatelli M.R., Tate E.D., McGee N.R. Demographic, Clinical, and Immunologic Features of 389 Children with Opsoclonus-Myoclonus Syndrome: A Cross-sectional Study. *Front Neurol*. 2017;8:468.

**ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ КИБЕРБУЛЛИНГА
И КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ
В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ**

Шарипова Ф. К., Сулейманов Ш. Р.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт,
Республика 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 донологических 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 формирования 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 психоэмоционального 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 неблагополучной 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 психоэмоциональном 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 развитию 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: онлайн-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.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Яковлев А. С., Яковлева А. А.

Кафедра психиатрии и наркологии

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. Шизофрения представляет собой серьёзное психическое расстройство, основным методом лечения которого является применение антипсихотических препаратов в рамках психофармакотерапии. Однако для повышения эффективности терапии также могут быть включены психосоциальные вмешательства, такие как когнитивно-поведенческая терапия, семейная психотерапия, психообразование, обучение социальным навыкам и профессиональная реабилитация. Целью данного исследования было обобщить результаты различных психосоциальных вмешательств в контексте лечения шизофрении.

Ключевые слова: шизофрения, психотерапия, когнитивно-поведенческая терапия, семейная психотерапия, психообразование.

PSYCHOLOGICAL COMPONENT OF THE REHABILITATION PROCESS OF MENTALLY ILL PERSONS

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 нейролептиков, 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 нейролептиками ($n = 110$).

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: ФГБОУ «Кемеровский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2023. С. 471-478.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Абдуллаев Ибодулла Кучкарович – д.м.н., профессор, профессор кафедры социальной гигиены и общественного здравоохранения. Ташкентская медицинская академия. Ургенчский филиал, Республика Узбекистан, г. Ургенч

Абдуллаева Василя Каримбековна - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ургенч

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 клинической 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

Аскарлова Роза Исмаиловна, старший преподаватель, кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии и фтизиатрии, Ташкентская медицинская академия. Ургенчский филиал, Республика Узбекистан, г. Ургенч

Бабарахимова Сайёра Бориевна, психиатр, психотерапевт, ассистент кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, 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 Абай, Республика Казахстан, г. Семей

Бакун Николай Николаевич, аспирант, Государственное учреждение образования «Академия последиplomного образования», Республика Беларусь, г. Минск

Березин Егор Евгеньевич, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

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

Василенко Маргарита Анатольевна, ассистент кафедры психиатрии и психосоматики, ГОБУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Курск

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

Воеводин Иван Валерьевич, д.м.н., ведущий научный сотрудник, НИИ психического здоровья Томского НИМЦ, Россия, г. Томск

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

Григорьева Нина Иннокентьевна, клинический ординатор, ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Новосибирск,

Данилова Наталья Степановна, старший преподаватель, кафедра социальной и семейной психологии Белорусского государственного педагогического университета им. М. Танка, Институт психологии, Республика Беларусь, г. Минск

Жабарова Люция Алиевна, доктор философии по психологическим наукам (PhD), старший преподаватель кафедры «Социальная психология», Национальный университет Узбекистана им. М.Улугбека, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Иванова Анжелика Владимировна, медицинский психолог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер» имени профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

Кирина Юлия Юрьевна, к.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Красножен Светлана Владимировна, доцент кафедры интегративной и восстановительной медицины, к.м.н., доцент, ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Минздрава России, Россия, г. Донбасс

Кулемзина Татьяна Владимировна, заведующий кафедрой интегративной и восстановительной медицины, д.м.н., профессор ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Минздрава России, Россия, г. Донецк

Курязов Акбар Курамбаевич, к.м.н., доцент, заведующий кафедрой стоматологии, Ташкентская медицинская академия. Ургенчский филиал. Республика Узбекистан, г. Ургенч

Ларионова Татьяна Владимировна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

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

Лукашов Василий Витальевич, оператор научной роты, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Россия, г. Санкт-Петербург

Лукашук Юлия Васильевна, магистрант кафедры психологии, направление психологического консультирования, ФГБОУ ВО «Херсонский государственный педагогический университет», Россия, г. Херсон

Муртузалиев Муртузали Магомедович, д-р экон. наук, профессор ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный университет», Республика Дагестан, г. Махачкала

Набиева Умида Пулатжановна, д.м.н., доцент, заведующий лабораторией, АН РУз, Институт Гематологии и геномики человека, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Никитин Павел Игоревич, заместитель главного врача, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н. П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

Никитенко Ксения Дмитриевна, студент, ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Курск

Нурходжаев Сабир Насирходжаевич, старший научный сотрудник-исследователь кафедры психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент.

Помыткина Татьяна Евгеньевна, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой поликлинической терапии, последиplomной подготовки и сестринского дела ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

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

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

Рохмистрова Надежда Сергеевна, младший научный сотрудник, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Сафарбаев Бобурбек Бахтиёрович, психолог, Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Республика Узбекистан, г. Ургенч

Сахаров Даниил Станиславович, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Селедцов Александр Михайлович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Сквира Иван Михайлович, д.м.н., доцент, заведующий курсом психиатрии, Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, г. Гомель

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

Титиевский Сергей Владимирович, д.м.н., проф., профессор кафедры психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии с лабораторией психического здоровья ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Минздрава России, Россия, г. Донецк

Туйчиев Шерзад Таирович, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии, психотерапии, 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

Юркевич Наталья Александровна, старший преподаватель, кафедра социальной и семейной психологии Белорусского государственного педагогического университета им. М. Танка, Институт психологии, Республика Беларусь, г. Минск

Юферова Елизавета Андреевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Яковлева Алина Андреевна, ассистент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Яковлев Антон Сергеевич, ассистент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научное издание

V Международная междисциплинарная
научно-практическая конференция

**«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ,
НАРКОЛОГИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ»,**
(к 160-летию со дня рождения Алоиса Альцгеймера)
4 октября 2024 г.

16+

Редактор А. С. Смирнов

Подписано в печать 10.10.2024. Формат 60x84 1/16.

Печать офсетная. Бумага офсетная № 1. Печ. л. 26,68

Тираж 500 экз. Заказ № 103234

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