



федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Кемеровский государственный медицинский университет»

КУЗБАССКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ НАРКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР

имени профессора Н.П. КОКОРИНОЙ

IV Международная научно-практическая конференция

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХИАТРИИ, НАРКОЛОГИИ И ПСИХОЛОГИИ



Кемерово 2023

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: материалы IV Международной научно-практической конференции (Кемерово, 20 октября 2023 г.) / отв. ред. А. А. Лопатин, А. М. Селедцов, Г. В. Акименко, Ю. Ю. Кирина, Л. В. Гукина, А. С. Яковлев. – Кемерово: КемГМУ, 2023. - 491 с.

В сборник научных трудов вошли доклады ученых, практикующих врачей, клинических психологов, аспирантов и ординаторов по актуальным проблемам психиатрии, наркологии, медицинской психологии, особенностям психических и поведенческих расстройств у различных возрастных и социальных групп населения, представленные на IV Международной научно-практической конференции. Излагаются современные и перспективные методы диагностики, лечения и профилактики психических и поведенческих расстройств, аспекты межведомственного взаимодействия, социальные и правовые аспекты организации психиатрической и наркологической помощи населению, в том числе детскому.

Для психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов, социальных работников, организаторов здравоохранения, врачей общесоматической практики.

Авторы несут ответственность за достоверность представленных данных, неправомерное использование объектов интеллектуальной собственности и объектов авторского права в соответствии с действующим законодательством.

Материалы публикуются в авторской редакции.

ISBN: 978-5-8151-0313-9

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>

(дата обращения 1.10.2023)

© Кемеровский государственный
медицинский университет, 2023

© Кузбасский клинический
наркологический диспансер, 2023

СОДЕРЖАНИЕ

Айрапетов М. И.	9
ОТМЕНА ДЛИТЕЛЬНОЙ АЛКОГОЛИЗАЦИИ ИЗМЕНЯЕТ УРОВЕНЬ ЭКСПРЕССИИ ГЕНА HMGВ1 СРЕДИ ЭМОЦИОГЕННЫХ СТРУКТУР ГОЛОВНОГО МОЗГА У КРЫС	
Байкеев Р. Ф., Карпов А. М., Хасанов Р. Ш., Бильге У., Бикмуллин Т. Г., Ахметзянов И. И., Гурьянова Т. В.	17
ВЫЯВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИЕЙ ПО ДАННЫМ ЭКГ	
Богданов С. И., Нархов Д. Ю., Нархова Е. Н.	31
ГАДЖЕТОЗАВИСИМОСТЬ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО И ТЕХНИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТОВ: СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ	
Бреус А. В., Вемберг С. А., Помыткина Т. Е.	46
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ В ПЕРИОД ЮНОСТИ	
Валиуллина Е. В.	52
ВИКТИМНОСТЬ И ВИКТИМНОЕ ПОВЕДЕНИЕ С ПОЗИЦИИ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ	
Вильдгрубе С. А., Крамаренко Е. В., Фирсова Г. М.	61
ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ И ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С ССЗ	
Володина К. А., Носова Н. А.	68
СВЯЗЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ И МОТИВОВ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ У СТУДЕНТОВ: ПИЛОТАЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ	
Гаюрова Ю. А.	83
ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ МОЛОДЕЖИ В ОБЩЕСТВЕ СОЦИАЛЬНОЙ РЕГРЕССИИ	

Герман А. М. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛИЧНОСТИ В ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ	98
Гукина Л. В. ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКОВ ДИАЛОГИЧЕСКОЙ КОММУНИКАЦИИ У БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ ПРИ ОБУЧЕНИИ ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ	105
Ережепбаев К. Т., Сапаева Ш. А. АРТ-ТЕРАПИЯ – ЛЕЧЕНИЕ ТВОРЧЕСТВОМ ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ОТКЛОНЕНИЯМИ	113
Жилякова Т.Н., Кремлёва О. В. ТИП ЛИЧНОСТИ D ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ	120
Золотова И. А., Малафеевская И. А. ИССЛЕДОВАНИЕ ВЫРАЖЕННОСТИ НЕВРОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ И ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ К МАТЕРИНСТВУ У ЖЕНЩИН С НАРУШЕННОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИЕЙ	128
Иванова А. В. ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВЫЕ ПРЕДИКТЫ СОЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕН БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ	138
Казакова А. Е., Селедцов А. М. ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЭПИЛЕПСИИ	145
Карпова Э. Б., Лабес А. И. СЕКСУАЛЬНАЯ НЕУДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ И АЛЕКСИТИМИЯ: ГЕНДЕРНЫЕ И ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ	153

- Карташова П. М. 163
**РАННИЙ ДЕТСКИЙ АУТИЗМ: ПРОБЛЕМАТИКА
И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ**
- Кирина Ю. Ю., Акименко Г. В., Яковлев А. С. 170
**ТРАВМАТИЗАЦИЯ СТРАХОМ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
ПОСЛЕДСТВИЯ ПАНДЕМИИ**
- Кормилина О. М., Теркулов Р. И., Мингазов И. Ф. 181
**О СОСТОЯНИИ И ДИНАМИКЕ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ
СПИРТСОДЕРЖАЩЕЙ ПРОДУКЦИЕЙ НАСЕЛЕНИЯ
СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА**
- Кормилина О. М., Теркулов Р. И., Мингазов И. Ф. 193
**НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ НАРКОСИТУАЦИИ В 2022 ГОДУ В
СИБИРСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ ПО ИТОГАМ ДОКЛАДА
ГОСУДАРСТВЕННОГО АНТИНАРКОТИЧЕСКОГО КОМИТЕТА**
- Критинина В. С., Елькина И. Ю. 204
**ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИЕ ОТНОШЕНИЯ КАК ФАКТОР
РИСКА РАЗВИТИЯ РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО
ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ**
- Лайлой С., Курбонова С. М., Хайдарзода Б. М. 211
**ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА И ОБЩЕСТВА.
АКТУАЛЬНЫЕ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ**
- Макеева О. А. 219
**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРУШЕНИЙ
ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ
КОРРЕКЦИИ**
- Матвеева И. А., Лазюк И. В., Пономаренко И. В. 226
**ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛОКУС КОНТРОЛЯ С КОПИНГ-
СТРАТЕГИЯМИ, УРОВНЕМ АГРЕССИВНОСТИ И
ТРЕВОЖНОСТИ У ПОДРОСТКОВ С
ГАСТРОЭНТОРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Мингазов И. Ф., Кормилина О. М., Теркулов Р. И. ПОД ДАВЛЕНИЕМ ОБЪЕКТИВНЫХ ОБСТОЯТЕЛЬСТВ. СМЕРТНОСТЬ ОТ ПРИЧИН СМЕРТИ, СВЯЗАННЫХ С НАРКОТИКАМИ	226
Мингазов И. Ф., Кормилина О. М., Теркулов Р. И. О МАРКЕРАХ НАРКОТИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ	249
Миненок В. А., Левченко Е. В. ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ И ОТНОШЕНИЯ К БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН НА 36 НЕДЕЛЕ БЕРЕМЕННОСТИ	260
Мурадалиева К. С., Скиртач И. А. МЕТОДЫ КОГНИТИВНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ И ИХ ЭФФЕКТИВНОСТЬ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	264
Мухаметова А. И., Васильев В. В. ДИНАМИКА ЛИЧНОСТНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК У ПАЦИЕНТОВ С СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПРОЦЕССЕ ИНТЕГРАТИВНОЙ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ	273
Отсус А. Е. РЕАКЦИИ НА БОЛЕЗНЬ ПРИ COVID-19	282
Петрова Т. Э. ПРИМЕНЕНИЕ НЕЙРОФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА ДЛЯ ПСИХОКОРРЕКЦИИ НЕАДАПТИВНЫХ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ И СОСТОЯНИЙ В КОНТЕКСТЕ СОЦИАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ У ПОДРОСТКОВ	305
Прихода И. В., Скляр П. П. ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ РЕГУЛЯЦИИ СФЕРЫ	311

**ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ**

Рахимов А. К., Аскарова Р. И. 322

**ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ
БОЛЬНЫМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Ростовцева М. Е. 329

**ВЛИЯНИЕ ТАНАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ
НА ПСИХИЧЕСКОЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

Рохмистрова Н. С. 344

**УПОТРЕБЛЕНИЕ ПСИХОВАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ СРЕДИ
СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ: ЧЕМ ОПАСНА ТАКАЯ «МОДА»**

Ряполова Т. Л., Трошина Е. О, Лубенская О. А. 363

**ВЛИЯНИЕ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА НА ПСИХИЧЕСКОЕ
БЛАГОПОЛУЧИЕ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА**

Селедцов А. М., Акименко Г. В., Кирина Ю. Ю. 371

**ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКИХ ДИСФУНКЦИЙ В УСЛОВИЯХ
ПАНДЕМИИ COVID-19**

Селина Е. И, Фарходова С. Ш. 380

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ
ПАЦИЕНТОВ. ВЛИЯНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО
ПРОЦЕССА**

Титиевский С. В., Гашкова Л. А., Побережная Н. В., 386

Черепков В. Н.

ПОСТПАНДЕМИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО

Токарева О. Г., Ряполова Т. Л., Бойченко А. А. СОСТОЯНИЕ НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ У СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА В УСЛОВИЯХ МНОГОМЕРНОГО СТРЕССА	403
Уварова О. Н. АРТ-ТЕРАПИЯ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ РАССТРОЙСТВ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ	410
Умняшкин В. Г., Дорошева Е. А. ВЛИЯНИЕ ВОСЬМИНЕДЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ СНИЖЕНИЯ СТРЕССА, ОСНОВАННОЙ НА ОСОЗНАННОСТИ (MINDFULNESS) НА КОМПОНЕТЫ ОСОЗНАННОСТИ И ПОКАЗАТЕЛИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ	418
Хаджилаева Ф. Д. ВЛИЯНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ ЛЮДЕЙ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ	427
Хаятов Р. Б., Рахматова Ф. У. ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В СТРУКТУРЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ	440
Чумичева Н. В. ФЕНОМЕНОЛОГИЯ ДЕСТРУКЦИИ РЕВНОСТИ: СИСТЕМНАЯ ПСИХОАНАЛИТИКА	455
Яковлев А. С., Яковлева А. А. ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА ПРОБЛЕМА ПСИХОФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ	471
СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ	479

ОТМЕНА ДЛИТЕЛЬНОЙ АЛКОГОЛИЗАЦИИ ИЗМЕНЯЕТ УРОВЕНЬ ЭКСПРЕССИИ ГЕНА Hmgb1 СРЕДИ ЭМОЦИОГЕННЫХ СТРУКТУР ГОЛОВНОГО МОЗГА У КРЫС

Айрапетов М. И.

ФГБНУ «Институт экспериментальной медицины»,

Россия, г. Санкт-Петербург

ФГБВОУВПО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ,

Россия, г. Санкт-Петербург

Аннотация. Цель работы заключалась в оценке состояния экспрессии гена Hmgb1 в условиях длительной алкоголизации и при отмене этанола в ряде эмоциогенных структур головного мозга у крыс. Моделирование хронической алкоголизации выполнено путем спаивания крыс 20%-ым раствором этанола в качестве единственного источника жидкости в течение 1 мес. Образцы мозга изымали через 1 месяц алкоголизации; на 1-е, 7-е и 14-е сутки отмены алкоголя. Длительное употребление этанола (2 мес.) привело к повышению уровня мРНК Hmgb1 в стриатуме мозга крыс. Отмена алкоголя изменила содержание мРНК Hmgb1 в стриатуме и миндалевидном теле мозга крыс на 1-е и 14-е сут. отмены алкоголя. Полученные новые данные дополняют имеющиеся сведения о патогенетических механизмах развития алкоголизма. Исследование механизмов нейроиммунной сигнализации может открыть новые диагностические возможности (например, на основе содержания уровня Hmgb1), а также новые фармакологические мишени для фармакотерапии алкоголизма.

Ключевые слова: мозг, крысы, алкоголизм, стриатум, гиппокамп, миндалина, цитокины, Hmgb1.

WITHDRAWAL OF LONG-TERM ALCOHOLIZATION CHANGES THE LEVEL OF HMGB1 GENE EXPRESSION AMONG EMOTIONOGENIC BRAIN STRUCTURES IN RATS

Airapetov M. I.

Institute of Experimental Medicine, Russia, Saint-Petersburg

S. M. Kirov Military Medical Academy, Kirov, Russia, Saint-Petersburg

Abstract. The aim of the work was to evaluate the state of Hmgb1 gene expression under conditions of long-term alcoholization and ethanol withdrawal in a number of emotionogenic brain structures in rats. Modeling of chronic alcoholization was performed by mating rats with 20% ethanol solution as the only source of fluid for 1 month. Brain samples were withdrawn after 1 month of alcoholization; on the 1st, 7th, and 14th days of alcohol withdrawal. Prolonged ethanol consumption (2 months) resulted in increased Hmgb1 mRNA levels in rat brain striatum. Alcohol withdrawal altered Hmgb1 mRNA content in the striatum and amygdaloid body of rat brain on the 1st and 14th days of alcohol withdrawal. The obtained new data supplement the available information on the pathogenetic mechanisms of alcoholism development. The study of neuroimmune signaling mechanisms may open new diagnostic possibilities (e.g., based on Hmgb1 levels), as well as new pharmacological targets for pharmacotherapy of alcoholism.

Keywords: brain, rats, alcoholism, striatum, hippocampus, amygdala, cytokines, Hmgb1.

Введение. Хроническое воздействие алкоголя служит причиной многочисленных патологических изменений, наблюдаемых в ЦНС [1-3]. В последнее время существует интерес к изучению патологических механизмов нейроиммунных взаимодействий в головном мозге в условиях экспериментальной длительной алкоголизации [3-8]. В этом отношении белок HMGB1 (high mobility group box-1) рассматривается как возможная мишень для

фармакологической коррекции таких изменений [5]. Белок HMGB1 состоит из двух тандемных ДНК-связывающих доменов и С-терминального хвоста; гиперацетилирование по остаткам лизина способствует транслокации белка из ядра в цитоплазму, где он накапливается и упаковывается в секреторные везикулы [9, 10]. Экспортируясь во внеклеточное пространство, он связывается со специфическими рецепторами, регулируя ряд внутриклеточных каскадов реакций. Так, HMGB1 является эндогенным агонистом TLR2 (toll-like receptor 2, toll-подобный рецептор 2), а также TLR4 и TLR5 [11-13]. Кроме того, образуя комплексы с некоторыми молекулами микро-РНК, способен влиять на активность TLR3, TLR7 и TLR9 [10, 14]. Запуск путей TLRs-сигнализации запускает внутриклеточные каскады реакций, что приводит к повышению уровня экспрессии ряда провоспалительных генов и развитию нейровоспалительного процесса в тканях ЦНС [3-4, 11]. Существуют сведения, что уровень HMGB1 может служить биомаркером при ряде расстройств центральной нервной системы [10]. Целью нашей работы послужило оценить уровень экспрессии гена *Hmgb1* в условиях длительного воздействия алкоголя, а также при отмене этанола в эмоциогенных структурах головного мозга (стриатум, гиппокамп, миндалевидное тело) крыс.

Материалы и методы. В экспериментах с хронической алкоголизацией взрослых крыс-самцов (n=42) подвергали полунасилованной алкоголизации 20%-ым раствором этанола в качестве единственного источника жидкости в течение 1 мес. при неограниченном доступе к сухому корму. Контрольная группа животных (n=10) получала воду. Первую группу из 8 алкоголизированных крыс декапитировали через 1 месяц алкоголизации, остальных на 1-е, 7-е и 14-е сутки абстиненции соответственно. Мозг выделяли на холоду. Образцы необходимых структур мозга (стриатум, гиппокамп, миндалевидное тело) хранили при температуре -80°C. Выделение суммарной РНК проводили с использованием реагента *Extract RNA* («Евроген», Россия) в

полном соответствии с инструкцией производителя. Обработку проб ДНКазой проводили с использованием ДНКазы («Promega», США) в полном соответствии с инструкцией производителя.

После обработки ДНКазой концентрацию полученной РНК измеряли на спектрофотометре «Implen NanoPhotometer P 330» («Implen», Германия), по отношению A260/A280 (в норме $\geq 1,9$) оценивали чистоту выделенного препарата. Синтез кДНК проводили методом ОТ в 25 мкл реакционной смеси с использованием обратной транскриптазы M-MuLV («Евроген», Россия). ПЦР с детекцией в режиме реального времени проводили на амплификаторе Mx3005P («Stratagene», США) в 10 мкл реакционной смеси, содержащей SYBR Green Master Mix («Евроген», Россия), смесь специфических прямых и обратных праймеров («Beagle», Россия) (табл.). Полученные данные нормировали к уровню мРНК *Gapdh*. Для статистической обработки полученных количественных данных применяли программное обеспечение Graph Pad Prism v.6. Для сравнения групп использовали критерий достоверности Манна-Уитни для малых независимых выборок. Различия считали значимыми при значении $p < 0,05$.

Таблица 1.

Последовательность праймеров

Ген	Праймеры	
	Прямой (5'-3')	Обратный (5'-3')
<i>Gapdh</i>	CGGAGACGAATGGAAATTAG	AAATCCGTTACACCCGAC
<i>Hmgbl</i>	CTCTGATGCAGCTTATACGA	AAAAGACTAGCTCCSCTTG

Результаты и обсуждение. В работах Crews F.T. и Vetreno R.P. [12] в ходе моделирования подростковой алкоголизации было показано, что этанол увеличивает содержание мРНК и белка HMGB1 в коре головного мозга крыс подросткового возраста, которая сохранялась впоследствии у взрослых крыс. Было сделано предположение, что воздействие алкоголя в подростковом

возрасте приводит к усилению активности врожденной иммунной системы, которая сохраняется на повышенном уровне в мозге взрослых крыс [12]. Позже была выдвинута гипотеза, что белок HMGB1 может быть участником повышенной активации системы врожденной иммунной системы, ввиду того что является эндогенным агонистом ряда рецепторов врожденной иммунной системы, в частности к TLR4. Воздействие этанола в подростковом возрасте крыс увеличивало содержание белков TLR4 и HMGB1 в префронтальной коре мозга, которая сохранялась на повышенном уровне в мозге взрослых грызунов [12].

В другой работе Whitman В.А. и соавт. показали [13], используя антагонист к белку HMGB1, что повышение содержания белка HMGB1 приводит к повышению уровня мРНК провоспалительных цитокинов в префронтальной коре мозга у хронически алкоголизированных мышей. Однако авторы в работе сообщают, что они допускает иных результатов, которые можно будет ожидать в других структурах головного мозга.

Длительная алкоголизация мышей также вызвала повышение уровня мРНК HMGB1 в мозжечке. Кроме того, в мозжечке наблюдался повышенный уровень мРНК рецепторов к HMGB1 (TLR2, TLR4, TLR9 и RAGE) и уровень мРНК провоспалительных цитокинов (про-IL1 β , TNF α , CCL2) [8]. В одной из работ с длительной алкоголизацией крыс было отмечено, что уровень белка HMGB1 не изменился в лобной коре мозга крыс в группах длительной алкоголизации и 1-го дня отмены алкоголя, однако понизился в группе 28-го дня отмены этанола. Кроме того, в работе отмечено, что содержание ни одного из исследуемых про- и противовоспалительных цитокинов не было изменено на 28-е сут. отмены алкоголя в лобной коре мозга крыс [15].

Результаты нашего исследование также продемонстрировали то, что в исследуемых нами структурах головного мозга происходят разнонаправленные изменения в экспрессии генов Hmgb1 в условиях длительной алкоголизации и в

период отмены алкоголя на разных сроках (рис.). Так, в условиях длительной алкоголизации (1 мес.) уровень экспрессии гена *Hmgb1* в амигдале и гиппокампе остается без изменений, однако повышен в стриатуме мозга крыс (рис.).

Отмена алкоголя вызвала значимые изменения в содержании мРНК *Hmgb1* в стриатуме и миндалевидном теле мозга крыс. В стриатуме отмечено повышение уровня мРНК на 1-е и 14-е сут. отмены алкоголя, однако на 7-е сут. содержание мРНК было на уровне значений контрольной группы. В миндалевидном теле уровень мРНК был повышен лишь на 1-е сут. отмены алкоголя, на 7-е и 14-е сут. уровень мРНК оставался без изменений. В гиппокампе отмечается некоторая тенденция к повышению мРНК *Hmgb1* на 1-е и 7-е сут. отмены (рис.).

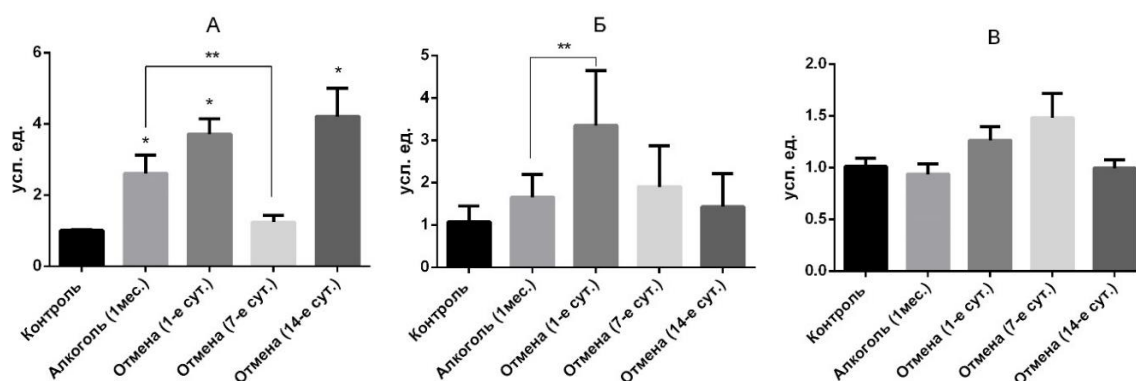


Рис.1. - Уровень мРНК *Hmgb1* в стриатуме (А), миндалевидном теле (Б) и гиппокампе (В) мозга крыс.

(* $p < 0.05$ по отношению к группе контроля, ** $p < 0.05$ по отношению к группе длительной алкоголизации).

Заключение. Длительное употребление этанола приводит к повышению уровня мРНК *Hmgb1* в стриатуме мозга крыс. Отмена алкоголя значимо изменяет содержание мРНК *Hmgb1* в стриатуме и амигдале мозга крыс на 1-е и 14-е сут. отмены алкоголя. Полученные нами сведения о состоянии экспрессии

гена *Hmgb1* в ряде эмоциогенных структур головного мозга могут свидетельствовать об участии этого гена в поведенческие дисфункции, которые наблюдаются в условиях длительной алкоголизации и в состоянии абстиненции. Механизм реализации взаимосвязи *Hmgb1* с поведенческими дисфункциями еще предстоит изучать. Полученные нами новые данные дополняют имеющиеся сведения о патогенетических механизмах развития алкоголизма. Исследование механизмов нейроиммунной сигнализации может открыть новые диагностические возможности (например, на основе содержания уровня *Hmgb1*), а также новые фармакологические мишени для фармакотерапии алкоголизма.

Финансирование

Работа выполнена в рамках государственного задания Минобрнауки России (2022-2025 гг.) «Поиск молекулярных мишеней для фармакологического воздействия при аддиктивных и нейроэндокринных нарушениях и создание новых фармакологически активных веществ, действующих на рецепторы ЦНС», шифр FGWG-2022-0004.

Литература / References:

1. Шабанов, П.Д., Калишевич, С.Ю. Биология алкоголизма. СПб.: Лань, 1998. 272 с.
2. Шабанов П.Д., Лебедев А.А., Стрельцов В.Ф. Гормональные механизмы подкрепления. СПб.: Элби-СПб, 2008. 208 с.
3. Crews F.T., Walter T.J., Coleman L.G., Vetreno R.P. Toll-like receptor signaling and stages of addiction // *Psychopharmacology*. 2017. Т. 234. № 9-10. С. 1483-1498. DOI:10.1007/s00213-017-4560-6
4. Airapetov M., Eresko S., Lebedev A., Bychkov E., Shabanov P. The role of Toll-like receptors in neurobiology of alcoholism // *Biosci Trends*. 2021. V. 15. №. 2. P. 74-82. DOI:10.5582/bst.2021.01041.

5. Айрапетов М.И., Ереско С.О., Сексте Э.А., Лебедев А.А., Бычков Е.Р., Шабанов П.Д. Употребление алкоголя приводит к активации нейроиммунной системы посредством белка Hmgb1 // Наркология. 2019. Т. 18. № 3. С. 96-102. DOI: 10.25557/1682-8313.2019.05.96-102

6. Айрапетов М.И., Ереско С.О., Бычков Е.Р., Лебедев А.А., Шабанов П.Д. Уровень экспрессии Toll-подобных рецепторов изменяется в эмоциогенных структурах мозга крыс в условиях длительной алкоголизации и при отмене этанола // Медицинская иммунология. 2020. Т. 22. № 1. С. 77-86. DOI: 10.15789/1563-0625-EOT-1836

7. Coleman L.G., Zou J., Qin L., Crews F.T. HMGB1/IL-1 β complexes regulate neuroimmune responses in alcoholism // Brain, Behavior and Immunity. 2018. V. 72. №11. P. 61-77. DOI:10.1016/j.bbi.2017.10.027

8. Lippai D., Bala S., Petrasek J., Csak T., Levin I., Kurt-Jones E., Szabo G. Alcohol-induced IL-1 β in the brain is mediated by NLRP3/ASC inflammasome activation that amplifies neuroinflammation // J. Leukoc Biol. 2013. V. 94. № 1. P. 171-182. DOI: 10.1189/jlb.1212659

9. Goodwin G.H., Sanders C., Johns E.W. A new group of chromatin-associated proteins with a high content of acidic and basic amino acids // Eur. J. Biochem. 1973. V. 38. № 1. P. 14-19. DOI: 10.1111/j.1432-1033.1973.tb03026.x

10. Ranzato E., Martinotti S., Patrone M. Emerging roles for HMGB1 protein in immunity, inflammation, and cancer // ImmunoTargets and Therapy. 2015. V. 4. №5. P. 101-109. DOI:10.2147/itt.s58064

11. Pascual M., Baliño P., Aragón C.M.G., Guerri C. Cytokines and chemokines as biomarkers of ethanol-induced neuroinflammation and anxiety-related behavior: role of TLR4 and TLR2 // Neuropharmacology. 2015. V. 89. № 2. P. 352-359. DOI: 10.1016/j.neuropharm.2014.10.014

12. Vetreno R.P., Crews F.T. Adolescent binge drinking increases expression of the danger signal receptor agonist HMGB1 and Toll-like receptors in the adult

prefrontal cortex // *Neuroscience*. 2012. V. 226. №12. P. 475-488. DOI: 10.1016/j.neuroscience.2012.08.046

13. Whitman B.A., Knapp D.J., Werner D.F., Crews F.T., Breese G.R. The cytokine mRNA increase induced by withdrawal from chronic ethanol in the sterile environment of brain is mediated by CRF and HMGB1 release // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2013. V. 37. № 12. P. 2086–2097. DOI:10.1111/acer.12189

14. Yanai H., Ban T., Wang Z. HMGB proteins function as universal sentinels for nucleic-acid-mediated innate immune responses // *Nature*. 2009. V. 462. №. 7269. P. 99-103. DOI: 10.1038/nature08512

15. Sanchez-Alavez M., Nguyen W., Mori S., Wills D.N., Otero D., Ehlers C.L., Conti B. Time course of microglia activation and brain and blood cytokine/chemokine levels following chronic ethanol exposure and protracted withdrawal in rats // *Alcohol*. 2019. V. 76. №5. P. 37-45. DOI:10.1016/j.alcohol.2018.07.005

ВЫЯВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИЕЙ ПО ДАННЫМ ЭКГ

Байкеев Р. Ф.¹, Карпов А. М.², Хасанов Р. Ш.², Бильге У.³,
Бикмуллин Т. Г.⁴, Ахметзянов И. И.⁴, Гурьянова Т. В.⁴

¹*Кафедра психотерапии и наркологии*

ФГАОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Казань

²*ФГАОУ ВО «Казанская государственная медицинская академия»*

Минздрава России, Россия, г. Казань

³*Кафедра биostatистики и медицинской информации*

Университет Акдениз, Турция, Анталия

⁴*ООО Медицинский центр «ИМИН», Россия, г. Казань*

⁴*Республиканская Государственная Клиническая Психиатрическая
Больница им. Бехтерева МЗ РТ, Россия, г. Казань*

Аннотация. Депрессивное расстройство (также называемое депрессией) является распространенным расстройством психического здоровья. Он характеризуется длительными периодами депрессивного настроения или потерей интереса или способности получать удовольствие от обычных занятий. Депрессия в основном диагностируется на основании анамнеза и клинических проявлений или определенной картины симптомов, то есть анализа крови на большое депрессивное расстройство (БДР) не существует. Цель исследования: разработать технологию выявления пациентов с депрессией на основе данных ЭКГ. Заключение: Такой параметр электрокардиограммы, как QT (мс), позволяет выявить пациентов с депрессией. Информативность составляет 71,8%.

Ключевые слова: пациент, большое депрессивное расстройство, ЭКГ, идентификация.

IDENTIFICATION OF PATIENTS WITH DEPRESSION USING ECG DATA

Baikееv R. F., Karpov A. M., Khasanov R. Sh., Bilge U., Bikmullin T. G.,
Akhmetzyanov I. I.

*Department of Psychotherapy and Narcology
Kazan State Medical University, Russia, Kazan
Kazan State Medical Academy, Russia, Kazan*

Department of Biostatistics and Medical Informatics

Akdeniz University, Türkiye. Antalya

Medical Center «IMIN» Russia, Kazan

Tatarstan Republican Clinical Psychiatric Hospital, Russia, Kazan

Abstract. Depressive disorder (also called depression) is a common mental health disorder. It is characterized by long periods of depressed mood or loss of interest in or ability to enjoy usual activities. Depression is mainly diagnosed by history and clinical presentations, or a specific pattern of symptoms, which is to say there is no blood test for Major Depressive Disorder (MDD) DD. Aim of study: to develop a technology for identifying patients with depression based on ECG data.

Conclusion: An electrocardiogram parameter such as QT (ms) allows one to identify patients with depression. The information content is 71.8%.

Keywords: patient, major depressive disorder depression, ECG, identification.

Introduction.

Definition of depression. The clinical definition is based on the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders (DSM-5). «Depression» is diagnosed if there is «a period of at least two weeks when a person experienced a depressed mood or loss of interest or pleasure in daily activities, and had a majority of specified symptoms, such as: 1. Feelings of moving in slow motion due to lack of energy, 2. Feelings of worthlessness, 3. Loss of interest in activities previously enjoyed, 4. Prolonged sadness, 5. Significant weight gain or loss, 6. Sleeping too much or too little». This definition excludes grief after mourning. Depression can stick around for years if left untreated and can lead to physical symptoms or even thoughts of suicide.

What Are the Causes of Depression?

There is no one single cause for the onset of depression because a combination of genetic, biological, environmental, and psychological factors all play a role. These include:

1. The brain's physical structure or chemistry.
2. Serotonin levels are out of balance,
3. History of depression in the family,
4. Genetic reasons,
5. History of other disorders or concurrent mental health conditions,
6. Stressful or major life events,
7. Hormone changes,
8. Certain physical conditions: chronic pain or headaches,

9. Certain medications. In general, a key issue in the pathogenesis of depression is the anatomical location of the cause of depression: brain cells or peripheral organs.

Traditionally, the biological theory of depression argues that biological dysfunction in the body causes depression. Often it is claimed that mental illness results from a 'chemical imbalance' in the brain. However, there is little evidence that biological factors cause depression. The psychological theory of depression looks beyond biological correlates and focuses on cognitive and behavioral processes in depression. Both approaches have informed treatment approaches, the biological theory has led to the development of antidepressant medications, and the psychological theory has informed therapeutic treatment approaches like cognitive behavioral therapy. Timely treatment and prevention of MDD depression in CVD MDD in CVD can improve both quality of life and longevity [8].

Diagnosis of Major depressive disorder (MDD).

These days, a routine doctor's visit with your general health practitioner may be all it takes to receive a diagnosis. Routine screening for MDD using the 2-item patient health questionnaire (PHQ-2) followed by focused screening with the PHQ-9 is recommended. Codes of MDD are presented in ICD-10. Depression is mainly diagnosed by history and clinical presentations, or a specific pattern of symptoms, which is to say there's no blood test for MDD.

Frequency of Depression.

The World Health Organization estimates that depressive disorders are the third leading cause of disease burden, accounting for a 4.3% of the global burden of diseases by 2030 [19]. The World Psychiatric Association (WPA) Collaborating Centers have developed a 2021–2024 Work Plan focusing on multi-morbidities in patients with severe mental disorders, in collaboration with the WPA Working Group on Physical Comorbidities.

Russian Federation: Now two thirds of Russians under 35 feel depressed. The national average is 46% [18].

Türkiye: According to the data of the Ministry of Health of Turkey (MoH), 17 percent of the population face mental health issues, 3.2 million people suffer from depression, and antidepressant consumption has increased by 56 percent in five years.

Pathogenesis of MDD.

The structure of the pathogenesis of MDD is conventionally divided into 2 groups: 1. Genetic [16], 2. Epigenetic. Epigenetics refers to processes affecting gene expression and translation that do not involve changes in the DNA sequence and include DNA methylation (DNAm) and microRNAs (miRNAs) as well as histone modifications [11].

Major depressive disorder (MDD) and cardiovascular disease (CVD).

The frontal lobe cortex and the functioning of the cardiovascular system are reciprocally connected as elements of neuro-visceral integration [17]. This integration is asymmetric [6, 14]. Today, every fifth patient with cardiovascular pathology has MDD. Overall, patients with cardiovascular disease (CVD) are 3 times more likely to suffer from MDD compared to the general population. Among hospitalized patients with CVD, 20% exhibit psychiatric features of MDD, and 20% report symptoms of depression. Moreover, MDD increases the risk of coronary heart disease (hazard ratio = 1.63) and stroke (hazard ratio = 1.94) [4, 7, 21]. Analysis of data from the UK Biobank showed that genetic factors determine the risk of developing of cardiovascular disease and are not associated with an increased risk of developing MDD. The analysis showed that a combination of environmental factors are the link between CVD and MDD, and changes in such indicators as interleukin-6, C-reactive protein, and triglycerides are associated with MDD [9].

MDD and CVD are considered systemic syndromes with multiple feedback mechanisms, including metabolism of cortisol and monoamines, size of hippocampus, neurodegeneration and insomnia [20].

A multidisciplinary approach to the management of patients with CVD with concomitant MDD is an area that will improve their care. The obviousness of this is clear from the fact that there is a close connection between the hemodynamics of the brain and cognitive function. Heart failure, atherosclerosis, vascular occlusion and disease of the small arteries supplying the brain disrupt the functioning of the neurovascular system and the blood brain barrier (BBB). Disruption of the VBB causes inflammation, oxidative stress, and neuronal accessibility to neurotoxic proteins.

The exact pathophysiological mechanisms and causal relationships of CVD and MDD require further study [13]. The lack of objective methods for diagnosing of MDD prompted scientists to search for parameters of the human body recorded instrumentally. ECG was one of these methods.

It has been established that heart rate (HR) variability (HRV) is a biological marker of the autonomic nervous system, in particular, a decrease in HRV indices is typical for patients with MDD; HRV serves as a probable biomarker of depression [15].

Aim of study: To develop a technology for identifying patients with depression based on ECG data.

Materials and methods.

Normal: clinically healthy people (44 persons) – 13 men and 31 women.

Clinical group (41 persons): 7 men and 34 women. With the following diagnoses:

F.06.3, F06.8, F06.36, F06.49, F.06.61, F06.378, F06. 828, F.07.08, F.21.3, F31.3, F32.0, F32.01, F32.1, F32.2, F32.8, F32.10, F32.11, F33.0, F33.00, F33.1, F33.2, F33.9, F33.10, F.33.11, F33.20, F33.33, F41.2, F43.21, F.06.3.

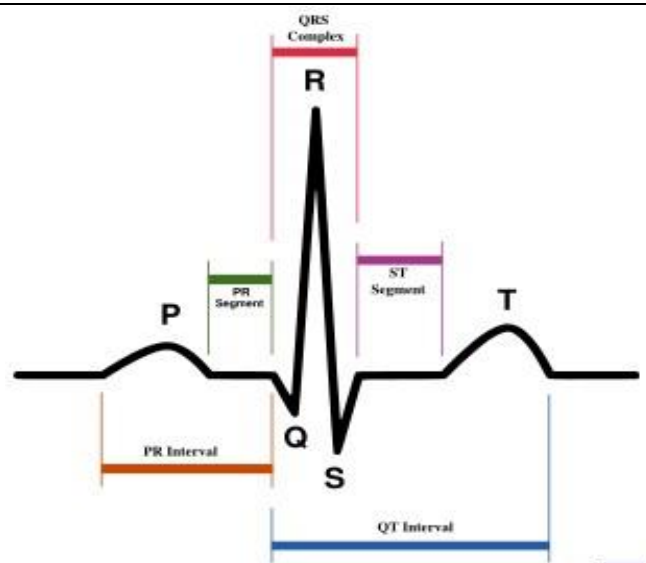


Fig 1. Typical ECG graph.

The duration of QRS (ms), QT (ms) and QT-QRS= ST(ms) intervals of ECG (Fig.1) were analysed.

Statistical analysis. R package version 3.4.1 was used to carry out the statistical analyses and visualizations. Shapiro Wilks test was used to test normality in continuous variables. p value below 0.05 was considered statistically significant for all analyses. In the analysis of difference between numerical data of two independent groups, Wilcoxon Test is used when the data did not fit into normal distribution. SPSS program package version 21.0 was used to carry discriminant analysis.

Results

When QT , QRS and S-T data are examined we found that Shapiro Wilks Test established that QT Depression group is normally distributed, while others do not fit into normal distribution (Figure 2-4).

We also found a difference in the QT ($p=0.001$), QRS ($p=0.006$) and S-T ($P=0.033$), values, between the control group and patients with depression. The QT , QRS and S-T values are higher in depression groups. Statistical results of the study are presented in Figures 5-7.

According to discriminant analysis: the information content of identifying patients with depression according to QRS+QT+ST (ms) data is 67.1%, QRS (ms) – 58% , ST (ms) -63,5 % , QT (ms) - 71.8% ($P=0.001$).

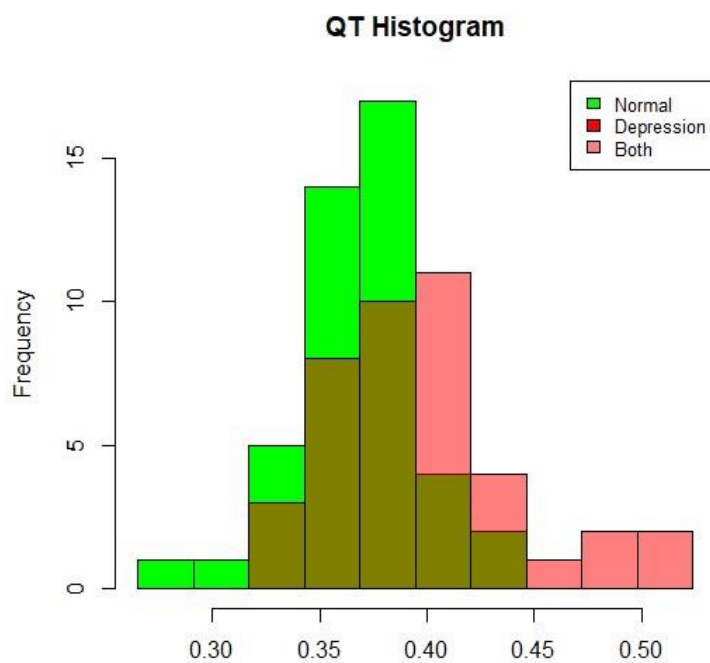


Fig. 2.

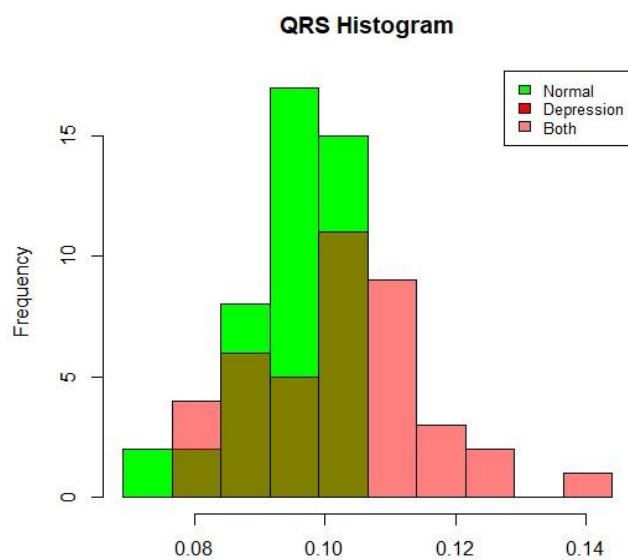


Fig. 3.

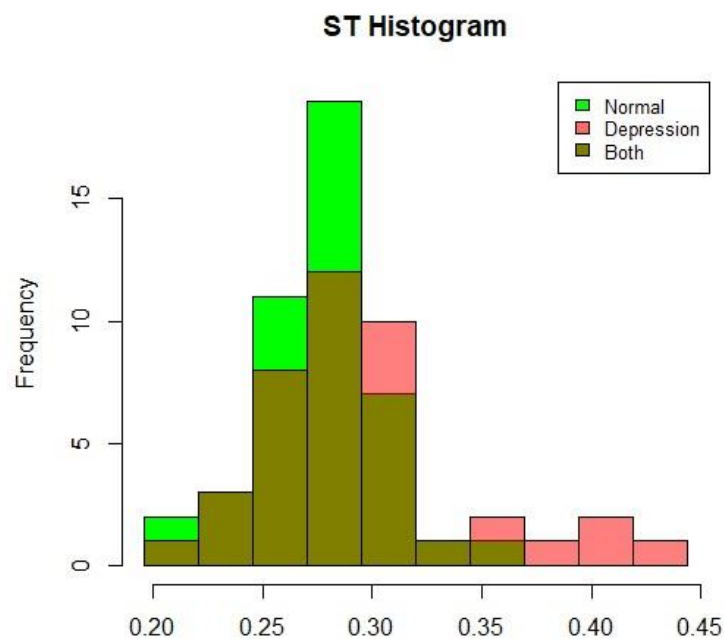


Fig. 4.

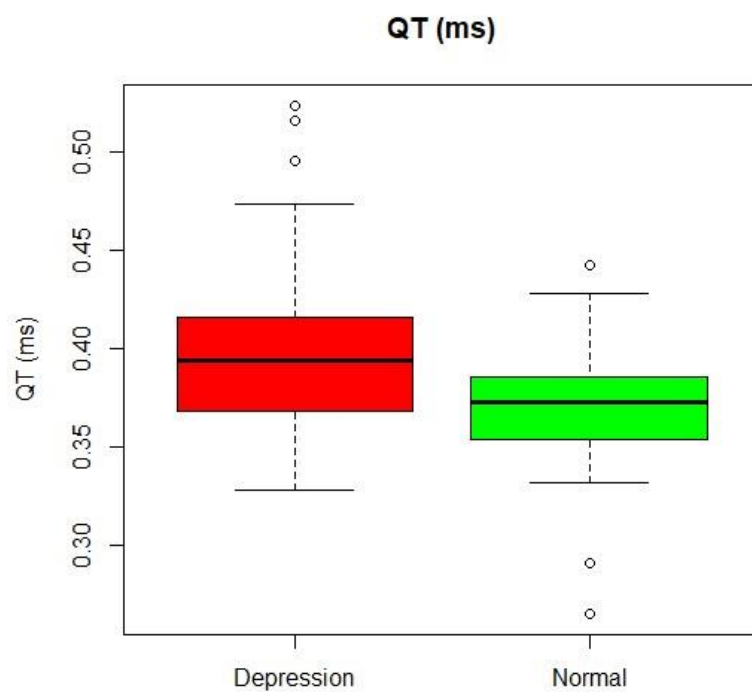


Fig. 5.

QT. Comparison of normal and depression groups

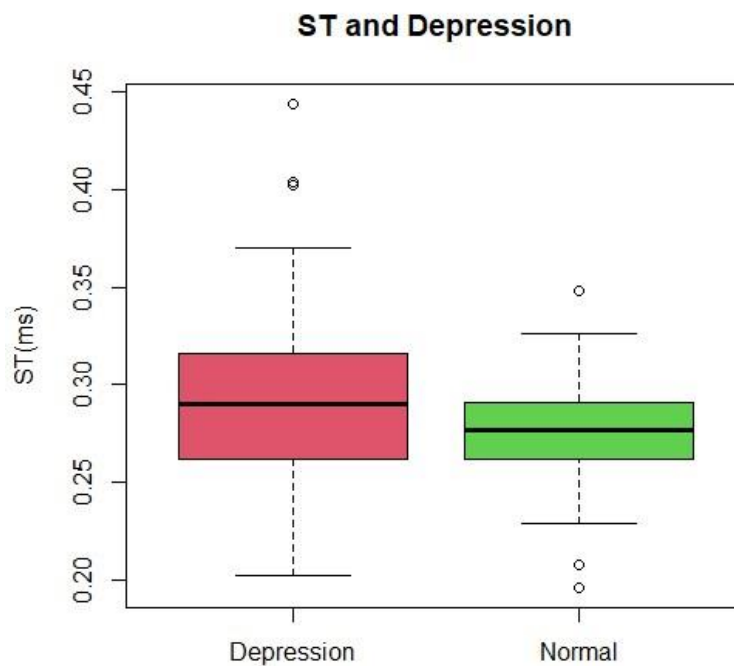


Fig. 6. ST. Comparison of normal and depression groups

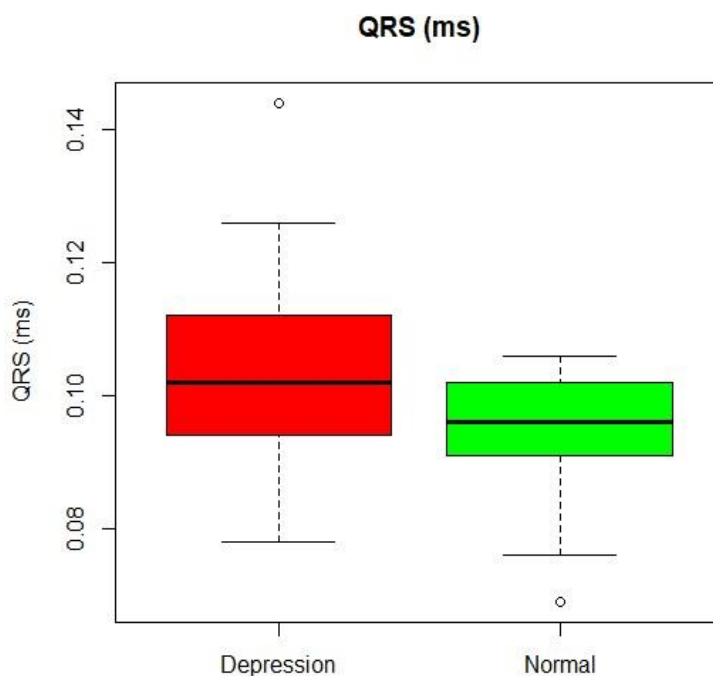


Fig. 7. QRS. Comparison of normal and depression groups

Discussion.

Understanding the problem of the relationship between depression and changes in heart function comes down to the following: 1. The heart, through the blood vessels, provides the supply of substrates and oxygen to the brain for metabolic pathways involved in the generation of ATP. The brain makes up 1/50th of the body by weight, while it consumes 20% of ATP, and 70% of ATP is used to operate ion pumps.

In terms of heart-brain communication, it is known that the efferent (descending) pathways in the autonomic nervous system are involved in the regulation of the heart. It should be taken into account that the majority of n.vagus fibers are afferent (ascending). These ascending fibers are not more connected with any other organ than with the heart. This fact means that the heart sends more information to the brain than the brain to the heart.

Recent research shows that the neural connections between the heart and brain are more complex than previously thought. The intrinsic nervous system of the heart (INSH) has short-term and long-term memory, and (INSH) can function independently of signals from the central nervous system [2].

Normal heart rhythm is regulated by the sinoatrial (SA) node, a specialized cluster of myocardial conducting cells located in the superior and posterior walls of the right atrium in close proximity to the orifice of the superior vena cava. The SA node has the inherently highest rate of depolarization and is known as the pacemaker of the heart. It initiates sinus rhythm and determines the normal electrical pattern that accompanies contraction of the heart muscle.

MDD is associated with autonomic nervous system (ANS) dysfunction, which is characterized by decreased parasympathetic (PNS) activity and increased sympathetic nervous system activity. In the study [10], HRV was used as an indicator of a decrease in PNS activity, and skin conductivity and salivary α -amylase activity were used as an indicator of SNS activation. Differences were identified in these

parameters: a significant decrease in HRV ($g = -0.87$; 95% CI $[-1.39; -0.35]$) and an increase in HR ($g = 0.66$; 95% CI $[0.14; 1.18]$) [10]. HRV analysis allowed to differentiate patients with unipolar depression (UD) from patients with bipolar depression II (BP). Patients with BP depression demonstrated a significantly lower value of R-R intervals, variance (total HRV), low frequency (LF)-HRV, and high frequency (HF)-HRV but higher LF/HF ratio compared to those with UD [4].

QT interval is the distance from the beginning of the QRS complex to the end of the T wave. From the point of view of electrophysiology, it reflects the sum of the processes of depolarization (electrical excitation with a change in cell charge) and subsequent repolarization (accumulation of ATP, its consumption, process of polarization, depolarization (contraction of ventricles muscle, restoration of electrical charge) of the ventricular myocardium. This parameter is often called electrical systole of the heart. The most important factor determining the duration of the QT interval is a heart rate. The dependence is nonlinear and inversely proportional.

The QRS complex corresponds to the work of the ventricles of the heart, that is, ATP consumption occurs. The QT complex covers both the period of ventricular contraction and their recovery in terms of ATP accumulation. The ST Segment represents the interval between ventricular depolarization and repolarization.

The resulting information 71.8% reflects that except heart depression has the multifactorial nature, this part of nature may account for about 30% of the cause-and-effect relationship: genetic, hormonal, and physiological factors which are overlap in both MDD and CVD pathophysiology [1].

Many biological and behavioral mechanisms have been investigated, none of them seem to account for more than a small proportion of the risk [3].

Conclusion.

An electrocardiogram parameter such as QT (ms) allows one to identify patients with depression. The information content is 71.8%.

References.

1. Bucciarelli V, Caterino AL, Bianco F, et al. Depression and cardiovascular disease: The deep blue sea of women's heart// Trends Cardiovasc Med. 2020. vol30(3). P.170–176.
2. Cameron O. Visceral Sensory Neuroscience. Interoception// Oxford University Press. New York (NY). 2002.
3. Carney, R., Freedland, K. Depression and coronary heart disease// Nat Rev Cardiol. 2017. Vol.14. P.145–200.
4. Chaddha A, Robinson EA, Kline-Rogers E, et al. Mental health and cardiovascular disease// The American Journal of Medicine. 2016. Vol.129(11). P.1145–1193.
5. Chang, Hsin-An & Chang, Chuan-Chia & Kuo, Terry & Huang, San-Yuan. Distinguishing bipolar II depression from unipolar major depressive disorder: Differences in heart rate variability// The World Journal of Biological Psychiatry. 2013. Vol 16:5.P.351-360
6. Foster P. S. and Harrison D. W. Magnitude of cerebral asymmetry at rest: covariation with baseline cardiovascular activity// Brain and Cognition. 2006. vol.61. no.3. P. 286–297,
7. Frasure-Smith Nancy, Lespérance François. Depression and coronary artery disease// Herz. 2006. Dec.31. Suppl 3.P.64–72.
8. Jahanzeb Malik, Hamid Sharif Khan,a Faizan Younus,a Muhammad Shoaibb. From Heartbreak to Heart Disease: A Narrative Review on Depression as an Adjunct to Cardiovascular Disease// Pulse (Basel). 2021 Jun. 8(3-4). P 86–91.
9. Khandaker G.M., Zuber V., Rees J., et al. Shared mechanisms between coronary heart disease and depression: findings from a large UK general populationbased cohort// Mol Psychiatry. 2020. Vol.25. P.1477–1563.

10. Moretta, T., Kaess, M. & Koenig, J. A comparative evaluation of resting state proxies of sympathetic and parasympathetic nervous system activity in adolescent major depression// J Neural Transm. 2023. Vol.130. P.135–144
11. Penner-Goeke S, Binder EB. Epigenetics and depression// Dialogues in Clinical Neuroscience. 2019. Vol.21:4, p.397-405.
12. Ramirez Manuel, Prieto Isabel, Vives Francisco et al. Neuropeptides, Neuropeptidases and Brain Asymmetry// Curr Protein Peptide Science. 2004. Dec 5(6). P.497-506.
13. Ritz, K., van Buchem, M.A. & Daemen, M.J. The heart-brain connection: mechanistic insights and models// Neth Heart J. 2013. Vol.21. P.55–57.
14. Segarra A. B., Prieto I., Banegas . et al. The Brain-Heart Connection: Frontal Cortex and Left Ventricle Angiotensinase Activities in Control and Captopril Treated Hypertensive Rats-A Bilateral Study// International Journal of Hypertension. 2013. vol.2013. Article ID 156179, P.7.
15. Sgoifo A, Carnevali L, Alfonso Mde L, Amore M. Autonomic dysfunction and heart rate variability in depression// Stress. 2015. Vol.18.P.343-352.
16. Sullivan P.F., Neale M.C., Kendler K.S. Genetic epidemiology of major depression: Review and meta-analysis// Am J Psychiatry. 2000. Vol.157(10). P.1552-1562.
17. Thayer J. F., R. D. Claude. Bernard and the heart-brain connection: further elaboration of a model of neurovisceral integration// Neuroscience and Biobehavioral Reviews. 2009. vol.33. no.2. P. 81–88.
18. Voyutskaya Nika. Depressivnyy epizod: chto proiskhodit s mental'nym milliardom rossiyan i kak seychas sokhranyayetsya emotsional'naya stabil'nost'. - <https://journal.tinkoff.ru/russia-in-depression>
19. WHO. Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level. 130th Session of the World Health Organization Executive Board// 2012.

Agenda item 6.2 Document EB130.R8.
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_R8-en.pdf.

20. Wittenborn A.K., Rahmandad H., Rick J., Hosseinichimeh N. Depression as a systemic syndrome: mapping the feedback loops of major depressive disorder// Psychol Med. 2016. Vol.46(3). P.551–613.

21. Wium-Andersen M, Wium-Andersen I, Prescott E, et al. An attempt to explain the bidirectional association between ischaemic heart disease, stroke and depression: a cohort and meta-analytic approach// Br J Psych. 2019. Vol.217(2). P.434–475.

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

Богданов С. И.¹, Нархов Д. Ю.³, Нархова Е. Н.²

Кафедра психиатрии, психотерапии и наркологии

¹*ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»*

Минздрава России, Россия, г. Екатеринбург

²*Кафедра организации работы с молодежью*

Института физической культуры и молодежной политики

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

³*Кафедра организации работы с молодежью*

Института физической культуры и молодежной политики

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

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

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

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

Bogdanov S. I.¹, Narkhov D. Y.², Narkhova E. N.³

¹*Department of Psychiatry, Psychotherapy and Narcology
Ural State Medical University, Russia, Ekaterinburg*

²*Department of Organization of Work with Youth
Institute of Physical Culture and Youth Policy
The First President of Russia B. N. Yeltsin Ural Federal University,
Russia, Ekaterinburg*

³*Department of Organization of Work with Youth
Institute of Physical Culture and Youth Policy
The First President of Russia B. N. Yeltsin Ural Federal University,
Russia, Ekaterinburg*

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

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

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

Различные исследования показали, что молодые пользователи Интернета (особенно в возрасте от 18 до 24 лет) подвержены повышенному риску

интернет-зависимости, поскольку они общаются с другими людьми в социальных сетях вместо реальных контактов в жизни [4, 7, 13]. Пандемия COVID-19 также привела к неизбежному всплеску использования цифровых технологий в связи с введением дистанционного обучения, в том числе в медицинских вузах [3].

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Материалы и методы. Было проведено одномоментное кросс-секционное исследование. Инструмент исследования - Google-форма

опросника. В первой части студентам было предложено пройти опрос, который включал вопросы о социо-демографических сведениях, об используемых устройствах, их преимущественной цели использования, оценке их качества, о среднем балле зачетной книжки. Вторая часть опросника включала «Шкалу оценки зависимости от персонального компьютера, интернета и мобильных устройств, обеспечивающих доступ к нему (Л. О. Пережогин, В. Ф. Шалимов, Б. А. Казаковцев, 2018)» [2], позволяющая диагностировать зависимость по четырём субшкалам: «Влечение», «Утрата контроля», «Абстинентный синдром», «Рост толерантности и поглощенность активностью». Оценка производилась в баллах: для первых двух субшкал максимальный балл – 18, для третьей и четвертой – 36 баллов. В зависимости набранных по субшкалам баллов выводилась итоговая оценка.

В соответствии с интерпретацией результатов по шкалам студенты были поделены на 3 группы. Согласно клинической оценке зависимости по четырем исследуемым субшкалам: группа без клинических проявлений зависимости (вне зоны риска по каждой субшкале); группа риска по развитию зависимости (не относятся к группам 1 и 3); студенты с наличием признаков зависимости (достоверные клинические проявления по каждой из субшкал). Отношение к той или иной группе определялось по количеству баллов, набранному по каждой из шкал.

В субшкалах «Влечение», «Утрата контроля» и «Абстинентный синдром» применялась психометрическая шкала типа шкалы Ликерта, состоящая из 4-х вариантов ответа: «Никогда», «Редко», «Часто», «Всегда». Данные варианты ответов определяют число баллов от 0 до 3 соответственно. Субшкала «Рост толерантности и поглощенность активностью» является биномиальной, допускает только ответы «Да» (6 баллов) и «Нет» (0 баллов). В субшкалах «Влечение» и «Утрата контроля» в группу с достоверными клиническими

проявлениями попадали опрошенные с числом баллов более 11, а в группу вне зоны риска - до 8 баллов включительно.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Синдром отмены (абстинентный синдром) является важным клиническим проявлением у лиц, обнаруживающих гаджетозависимость. Это вполне соотносится с существующими в наркологии представлениями о последовательности формирования состояний зависимости, о стадийности развертывания клиники зависимого поведения. В МКБ-10 абстинентный синдром характеризует вторую (среднюю) стадию зависимости. Результаты исследования критерия «Абстиненция» приведены в табл. 3.

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

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

Анализ полученных данных свидетельствует об относительно низком уровне клинического проявления клинических признаков абстинентного синдрома в общей группе студентов (2,7%) и незначительного числа лиц в группе риска по этому критерию. При этом выявлен статистически достоверно более высокий уровень студентов с наличием проявлений абстинентного синдрома среди студентов УГМУ (5,4% против 1,0% в УрФУ), а также значительно превышающий таковой по группе риска (9,0% против 2,6% в УрФУ). Естественно, что мы получили и большую разницу по группам «вне зоны риска» - 85,6% в УГМУ и 96,4% в УрФУ.

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

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

Таблица 3.
Распределение студентов по степени зависимости по субшкале
«Рост толерантности и поглощенность активностью».

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

Из всех критериев, анализ которых приведен выше, наиболее высокий уровень клинически выраженного роста толерантности и поглощенности аддиктивной активности (23,8%), который даже превышает долю лиц, вошедших по этому критерию в группу риска (21,7%). Сравнение по вузам вновь дает статистически значимые отличия студентов УГМУ по всем трем подгруппам: по росту толерантности и поглощенностью активностью разница составила 7% (28,1% против 21,1% в УрФУ), по группе риска превышение составило 5,1% (24,7% против 19,8% в УрФУ). Соответственно и по лицам вне зоны риска разница составила 12% (47,2% против 59,2% в УрФУ).

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

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

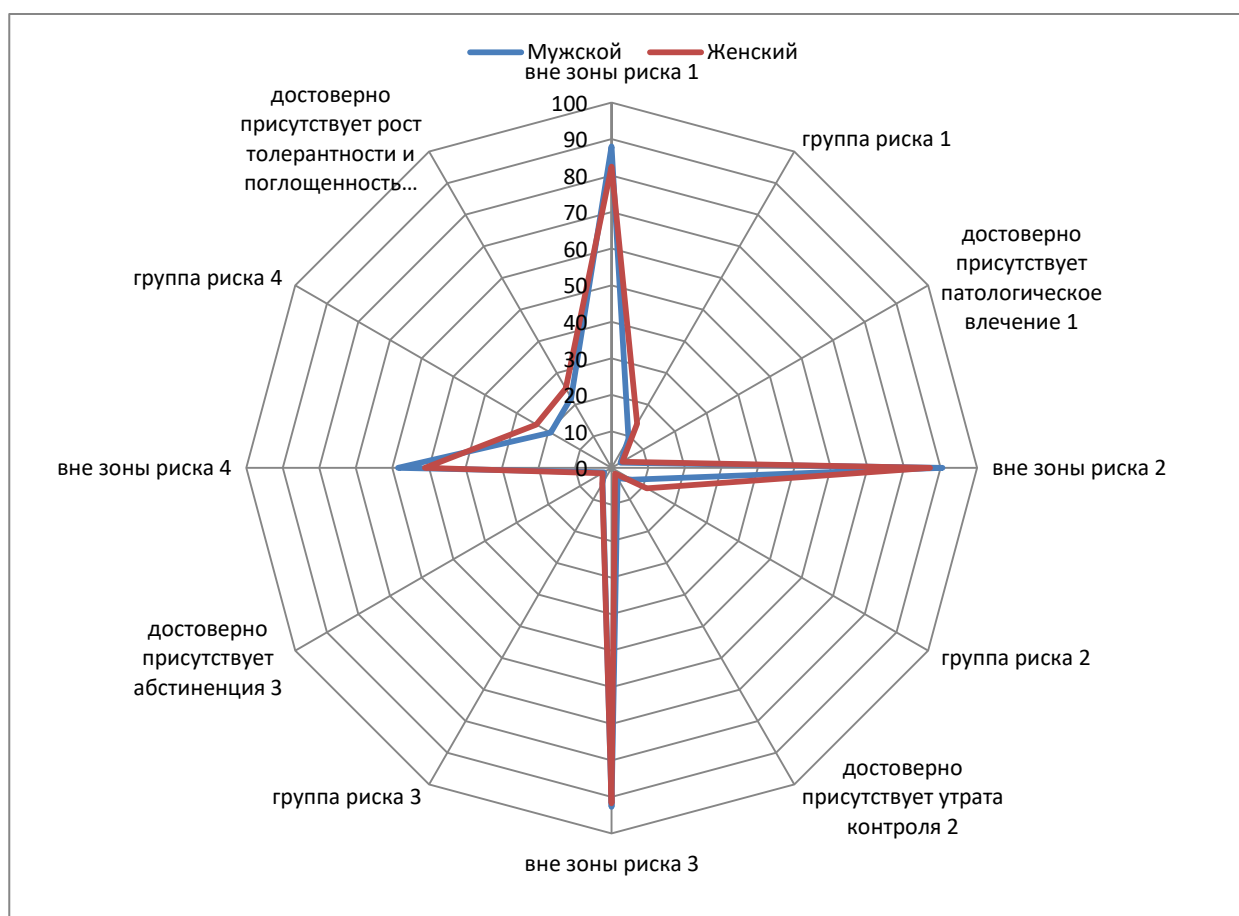


Рис. 1. - Гендерные различия по субшкалам, переменная-основание – «Ваш пол», % от группы.

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

По субшкале 2 группы распределились следующим образом. Вне зоны риска 90,5 % мужчин и 87,1 % женщин, в группе риска 6,4 % мужчин и 11,1 % женщин. Число респондентов, у которых зафиксирована достоверная утрата контроля, составила 3,2 % и 1,8 % соответственно. Ведущий фактор – длительное использование мобильного устройства или ПК («Если вы сели за компьютер или взяли в руки мобильное устройство, чтобы поработать пять

минут, то неизбежно просидите за ним час или два»), условный индекс – 1,3998 показывает о преимущественных ответах «редко» и «часто».

По субшкале 3 вне зоны риска оказались 92,7% респондентов-мужчин и 91,8% респондентов-женщин. Группа риска составили 4,9% мужчин и 5,2 % женщин. Группа с достоверным присутствием абстинентного синдрома включает 2,4% мужчин и 2,9 % женщин. Ведущий фактор – повышенная тревога и раздражительность при отсутствии возможности взаимодействовать с гаджетами («Вы замечали, что у вас, лишённого возможности взаимодействовать с компьютером или мобильным устройством, меняется настроение, появляются головные боли, боли в мышцах, раздражительность, тревога»), условный индекс менее единицы: 0,7282. В ответах значительное преобладание варианта «Никогда» со значительной долей ответов «редко» (каждый пятый респондент).

По субшкале 4 наблюдается существенное перераспределение по группам. Оставшись самой многочисленной, группа респондентов вне зоны риска сильно сократилась: мужчины – 58,5 %, женщины – 51,1 %. Напротив, группа риска, как и группа респондентов с достоверным присутствием роста толерантности и поглощенности активностью, существенно расширились. В первой оказались 19,3 % мужчин и 23,8 % женщин, во второй – 22,2 % мужчин и 25,1% женщин. Основной влияющий фактор – возрастающее время взаимодействия с гаджетами (Вы тратите на взаимодействие с компьютером и/или мобильным устройством в среднем более 2 часов в день и это время день за днем увеличивается). Условный индекс в положительной зоне – 3,9094 преобладают ответы «Да». Здесь нужно сделать оговорку: смена шкалы на дихотомию в данном блоке вопросов делает некорректным сравнение условных индексов из первых трех субшкал с условным индексом четвертой субшкалы.

Заключение.

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

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

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

4. Студенты-женщины более подвержены риску формирования гаджетозависимости.

Литература / References:

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

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

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

4. Черных Н.Ю., Васильева М.В., Мелихова Е.П. Качество жизни студентов-медиков и интернет-зависимость // Научно-практический журнал. 2021. №83. С. 32-35.
5. Alotaibi M. S., Fox M., Coman R., Ratan Z. A., & Hosseinzadeh H. Smartphone Addiction Prevalence and Its Association on Academic Performance, Physical Health, and Mental Well-Being among University Students in Umm Al-Qura University (UQU), Saudi Arabia. *International journal of environmental research and public health.* – 2022; 19(6).
6. Bhatt, S., & Gaur, A. Psychological risk factors associated with internet and smartphone addiction among students of an Indian dental institute. *Indian journal of public health.* – 2019; 63(4): 313–317.
7. Buchholz A., Perry B., Weiss L. B. and Cooley D. Smartphone use and perceptions among medical students and practicing physicians. *J. Mob. Technol. Med.* – 2016; 5(1):27–32.
8. Cai H., Xi H. T., An F., Wang Z., Han L., Liu S., Zhu Q., Bai W., Zhao, Y. J. Chen, L. Ge Z. M., Ji M., Zhang H., Yang B. X., Chen P., Cheung T., Jackson T., Tang Y. L., & Xiang Y. T. The Association Between Internet Addiction and Anxiety in Nursing Students: A Network Analysis. *Frontiers in psychiatry.* – 2021; 12.
9. Haroon M. Z., Zeb Z., Javed Z., Awan Z., Aftab Z., Talat W. Internet Addiction In Medical Students. *Journal of Ayub Medical College, Abbottabad : JAMC.* – 2018; 30: 659–663.
10. Jain A., Sharma R., Gaur K. L., Yadav N., Sharma P., Sharma N., Khan N., Kumawat P., Jain G., Maanju M., Sinha K. M., & Yadav K. S. Study of internet addiction and its association with depression and insomnia in university students. *Journal of family medicine and primary care.* – 2020; 9(3): 1700–1706.
11. Kolaib, A., Alhazmi, A., & Kulaib, M. Prevalence of internet addiction and its associated factors among medical students at Taiba University, Saudi Arabia. *Journal of family medicine and primary care.* – 2021; 9(9): 4797–4800.

12. Kumari, R., Langer, B., Gupta, R., Gupta, R. K., Mir, M. T., Shafi, B., Kour, T., & Raina, S. K. Prevalence and determinants of Internet addiction among the students of professional colleges in the Jammu region. *Journal of family medicine and primary care.* – 2022; 11(1): 325–329.
13. Lin X., Gu J. Y., Guo W. J., Meng Y. J., Wang H. Y., Li X. J., Deng W., Zhao L. S., Ma X. H., Li M. L., Chen T., Cheng A., Li T. The Gender-Sensitive Social Risk Factors for Internet Addiction in College Undergraduate Students. *Psychiatry investigation.* - 2021; 18(7): 636–644.
14. Mboya I. B., Leyaro B. J., Kongo A., Mkombe C., Kyando E., & George J. Internet addiction and associated factors among medical and allied health sciences students in northern Tanzania: a cross-sectional study. *BMC psychology.* – 2020; 8(1):73.
15. Rathakrishnan, B., Bikar Singh, S. S., Kamaluddin, M. R., Yahaya, A., Mohd Nasir, M. A., Ibrahim, F., & Ab Rahman, Z. Smartphone Addiction and Sleep Quality on Academic Performance of University Students: An Exploratory Research. *International journal of environmental research and public health.* – 2021; 18(16): 8291.
16. Seo, E. H., Kim, S. G., Lee, S. K., Park, S. C., & Yoon, H. J. Internet Addiction and Its Associations with Clinical and Psychosocial Factors in Medical Students. *Psychiatry investigation.* – 2021; 18(5): 408–416.
17. Shan X., Ou Y., Ding Y., Yan H., Chen J., Zhao J., Guo W. Associations Between Internet Addiction and Gender, Anxiety, Coping Styles and Acceptance in University Freshmen in South China. *Frontiers in psychiatry.* – 2021; 12.
18. Yang W., Morita N., Zuo Z., Kawaida K., Ogai Y., Saito T., Hu W. Maladaptive Perfectionism and Internet Addiction among Chinese College Students: A Moderated Mediation Model of Depression and Gender. *International journal of environmental research and public health.* – 2021; 18.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ В ПЕРИОД ЮНОСТИ

Бреус А. В., Вемберг С. А., Помыткина Т. Е.

*Кафедра поликлинической терапии, последипломной подготовки
и сестринского дела*

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

Аннотация. Статья посвящена всестороннему анализу психологических аспектов одного из важнейших возрастных периодов жизни человека – юности. Рассмотрению были подвергнуты различные утверждения отечественных и зарубежных психологов. Обнаружено, что особенности развития личности в юношеском возрасте связаны с активным интеллектуальным развитием, формированием учебно-профессиональной деятельности, освоением роли студента.

Ключевые слова: психологические аспекты, юность, интеллектуальное развитие, становление личности, социализация, студенческий период.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF PERSONALITY DEVELOPMENT DURING ADOLESCENCE

Breus A. V., Vemberg S. A. Pomytkina T. E.

*Department of Polyclinic Therapy, Postgraduate Training and Nursing
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

Abstract. The article is devoted to a comprehensive analysis of the psychological aspects of one of the most important age periods of human life – youth. Various statements of domestic and foreign psychologists were examined. It was found that the peculiarities of personality development in adolescence are associated with active intellectual development, the formation of educational and professional activities, and the development of the role of a student.

Keywords: psychological aspects, youth, intellectual development, personality formation, socialization, student period.

Введение. Основополагающим периодом в жизни и развитии является студенческий период. Этот возраст, исходя из биологического возраста, относят к юношескому возрасту или ранней молодости. Ведущий отечественный психолог В.С. Мухина считает, что возрастные рамки данного периода условны и входят в пределы с 15-16 лет до 21-25 лет [1]. Этот период характеризуют достижением нового уровня развития, внутренней позицией, самосознанием и самоуважением, знакомством с «взрослой» жизнью [2]. Юношеский возраст имеет свои особенности: активное становление личности, формирование образа жизни, овладение комплексом социальных ролей, планирование будущего и путей к его осуществлению.

По мнению В.С. Мухиной, возрастные рамки юношества колеблются в пределах от 15-16 по 21-25 [3]. Здесь достигаются новый уровень развития, новая внутренняя позиция, самосознание и самоуважение [4]

Наряду с физическим развитием, в студенческий период формируется и нравственное развитие. Переход от детства к взрослости.

Так, в этот период происходит зарождение значимых новообразований, детерминирующих развитие значимых личностных структур. [5]

Юношеский период можно разделить на периоды: период детство-юношество и юношество-зрелость. Этот возраст дает основу социальным потенциалам человека, по мнению Б.Г. Ананьева [6].

Условия воспитания в семье накладывают серьезный отпечаток на психологический и социальный аспект поведения, а именно на формирование личности, модели взаимодействия с окружающими. Важную роль здесь играют уровень образованности родителей и их культуры поведения.

Так же, не менее важным, является состав семьи и взаимоотношения внутри неё. Это определяет собственную семейную ситуацию юношей и девушек. В отношениях с родителями юноши хотят видеть в них советчиков, друзей, но не наставников. Они интенсивно осваивают взрослые роли и формы социальной жизни.

На формирование модели взаимодействия с окружающими важную роль играет уровень образованности родителей, их общей культуры поведения. Так же, не менее значимым, является состав семьи и взаимоотношения внутри неё. В отношениях с родителями юноши хотят видеть в них советчиков, друзей, но не наставников. Они интенсивно осваивают взрослые роли и формы социальной жизни. Согласно мнению В.С. Ильина [7] и В.А. Никитина [8], эффективность образования, восстановление как нравственного, так и психического здоровья зависят от скорости адаптации к новым условиям.

Цель исследования: изучить особенности самореализации личности в юношеском возрасте.

Объекты и методы исследования: были проанализированы подходы отечественных и зарубежных психологов к проблеме исследования самореализации личности в юношеском возрасте в процессе обучения в вузе.

Результаты и их обсуждения. Особенности перехода от одного периода жизни к другому, несомненно, требует понимания. У юношей происходит поиск себя в обществе, они стремятся понять себя и сформировать критическое отношение к себе и окружающим.

О данных особенностях говорят отечественные и зарубежные исследователи, среди которых С.Л. Рубинштейн, А.Н. Леонтьев, Л.И. Божович, Э. Эриксон и другие.

Именно в подростковом периоде начинается физиологическая революция зрелости. Неуверенность в выборе и принятии взрослой роли, формирование осознания личности сейчас остаются ее попутчиками. Обеспокоенность

молодых людей в их оценке другими, в сравнении с собственной, соотношением взрослых ролей и приобретенных навыков со стереотипами, формируют новую идентичность личности, отличную от детской. У них происходит поиск своего пути в жизни, осознание нового себя, внедрение в социум [9].

Об особенностях перехода от подросткового возраста к юношескому говорят такие отечественные и зарубежные исследователи, как С.Л. Рубинштейн, А.Н. Леонтьев, Л.И. Божович, Э. Эриксон и другие. По мнению С.Л. Рубинштейна психические процессы имеют зависимость от личности. В своих работах психолог отмечает, что юношеский возраст – это ключ для возникновения размышления о своем психическом состоянии, выбора «своего» стиля жизни. Происходит преломление внешнего через внутренний опыт человека [10]. В основе развития личности Л.И. Божовича главным признаком структуры субъекта является внутренняя позиция личности. Психолог сосредотачивает свое внимание на развитие мотивационной сферы личности, то есть определение места в жизни, формирование мировоззрения и его влияние на познание окружающей действительности.

А.Н. Леонтьев предлагает концепцию, заключающуюся в создании личности через общественные отношения своей предметной деятельности. Развитие личности – есть процесс взаимодействия множества функциональных систем, вступающих в иерархичные отношения [11]. И.С. Кон, А. Цукерман рассматривают юношеский возраст как особый этап развития духовной жизни, когда происходит формирование уникальности [12].

В свою очередь, З. Фрейд, имея свой взгляд на развитие личности, рассматривал её как организованную систему стабильных характеристик. Ему принадлежат важные положения о причинах юношеской сексуальности [13]. Юношеский возраст, по мнению Э. Эриксона, строится вокруг кризиса идентичности, состоящего из социальных и индивидуально-личностных

выборов, а также идентификации и самоопределения. Именно юность занимает пятую стадию в схеме жизненного цикла Эриксона и считается самым важным периодом психосоциального развития человека.

Также, К. Г. Юнг в своих учениях анализировал два основных периода: первая и второй половины жизни индивида. Первый период по концепции Юнга является период юности и молодости, характеризующийся преобладанием экстравертированной установки. Юнг обращает внимание преимущественно стремлению к взаимодействию со своим социокультурным окружением, к общению с новыми людьми, расширению кругозора и выстраиванию собственных «рамок» в общении [14].

Заключение. Объединяя утверждения различных отечественных и зарубежных психологов, особенностями психологического и социального становления индивидов юношеского возраста являются умение взаимодействовать с окружающими, самоопределения «себя», как личности. Юность является напряженным периодом в формировании нравственности, духовных ценностей, мировоззрения. Психологическое содержание юношеского периода связано с развитием самосознания, профессиональным самоопределением и вступлением во взрослую жизнь.

Литература / References:

1. Мухина, В. С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество: учебник для студентов вузов. - 4-е изд., стер. М.: Академия, 1999. 456с.
2. Малютина, Т. В. Психологические и психофизиологические особенности развития в юношеском (студенческом) возрасте // ОНВ. 2014. №2 (126). Выготский, Л.С. Психология / С.Л. Выготский. – М: Изд-во ЭКСМОПресс, 2000. 1008 с.

3. Мухина В. С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество: учебник для студентов вузов. — 4-е изд., стер. М.: Академия, 1999. 456с.
4. Малютина Т. В. Психологические и психофизиологические особенности развития в юношеском (студенческом) возрасте // ОНВ. 2014. №2 (126). Выготский, Л.С. Психология / С.Л. Выготский. М: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. 1008 с.
5. Выготский, Л.С. Психология / С.Л. Выготский. М: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. 1008 с.
6. Ананьев, Б.Г. К психофизиологии студенческого возраста / Б.Г. Ананьев // Современные психологические проблемы высшей школы. Л., 1974. 280 с.
7. Кон, И.С. Психология ранней юности / И.С. Кон. Москва: Просвещение, 1989. 255 с.
8. Зеер, Э.Ф. Психология профессионального развития /Э.Ф. Зеер. М.: Академия, 2006. 240 с.
9. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис / Э. Эриксон, пер. с англ. Москва: Прогресс, 1996. 344 с.
10. Абульханова-Славская, К.А. О субъекте психической деятельности/ К. А. Абульханова-Славская. М., 1973. 288 с.
11. Шаповаленко, И.В. Возрастная психология (Психология развития и возрастная психология) / И.В. Шаповаленко. М.: Гардарики, 2005. 349 с.
12. Кон, И.С. Психология ранней юности / И.С. Кон. Москва: Просвещение, 1989. 255 с.
13. Зеер, Э.Ф. Психология профессионального развития /Э.Ф. Зеер. М.: Академия, 2006. 240 с.
14. Юнг, К. Структура психики и процесс индивидуации / К. Юнг. М. : Наука, 1996. 269 с.

ВИКТИМНОСТЬ И ВИКТИМНОЕ ПОВЕДЕНИЕ С ПОЗИЦИИ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Валиуллина Е. В.

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

Аннотация. В статье предпринята попытка охарактеризовать психологические аспекты виктимологии, описать виктимизацию с позиций клинической психологии, а также представлены результаты исследования виктимности личности в юношеском возрасте. Наиболее высокие результаты были получены по шкалам склонности к агрессивному, гиперсоциальному и зависимому (беспомощному) виктимному поведению. Первичная профилактика виктимизации и виктимного поведения включает информирование, раннюю диагностику, психокоррекцию и тренинговую работу клинического психолога.

Ключевые слова: виктимология, виктимность, поведение жертвы, виктимное поведение, виктимизация личности.

VICTIMITY AND VICTIM BEHAVIOR FROM THE POSITION OF CLINICAL PSYCHOLOGY

Valiullina E. V.

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

Abstract. The article attempts to characterize the psychological aspects of victimology, describe victimization from the standpoint of clinical psychology, and also presents the results of a study of personality victimization in adolescence. The highest results were obtained on scales of propensity for aggressive, hypersocial and dependent (helpless) victim behavior. Primary prevention of victimization and victim behavior includes information, early diagnosis, psychocorrection and training work of a clinical psychologist.

Keywords: victimology, victimization, behavior of the victim, victimization behavior, victimization of personality.

Введение. Виктимология – междисциплинарная область знаний, возникшая на стыке криминологии, психологии, педагогики, социологии и изучающая виктимизацию личности (процесс становления жертвой преступлений), виктимность (предрасположенность индивида стать жертвой преступления), меры сокращения и предупреждения жертв преступлений [7]. Чаще всего виктимологию рассматривают как раздел криминологии, а виктимность исследуют с позиций криминалистики в контексте преступной ситуации Г. Гентинг, Б. Мендельсон, Т.В. Варчук, Г. Клейнфеллер, Г. Шульц, В.И. Полубинский, С. Пикульский, В.С. Минская и др.

Основателем отечественной виктимологии принято считать Л. В. Франка. Именно он ввел понятие «виктимизации», под которым понимал «процесс превращения человека в жертву преступления, а также результат функционального воздействия преступности в целом на жертв, членов их семей, различные социальные группы и общности» [15].

Психологическое направление виктимологии представлено исследованиями Л.А. Азаровой, О.О. Андронниковой, К.В. Вишневецкого, И.Г. Малкиной-Пых, А.В. Мудрика, В.Я. Рыбальской, Я.И. Спиваковской, В.А. Тулякова, Л.В. Франка, В.Е. Эминова и др., в данных работах виктимность и виктимное поведение рассмотрено через психологические подходы, понятия и категории. Исследователи выделяют структурные элементы виктимности, анализируют виктимность как объективное состояние и психологическое свойство, определяют момент возникновения потенциальной виктимности, устанавливают соотношение потенциальной и реализованной виктимности.

И.Г. Малкина-Пых под виктимностью (виктимогенностью) понимает «приобретенные человеком физические, социальные и психологические черты

и признаки, которые, могут сделать его предрасположенным к превращению в жертву (несчастливого случая, преступления, деструктивного культа и т.д.) [10, с. 3]. В.А. Туляков выделяет формы виктимности – эвентуальная виктимность (актуализация возможности определенных обстоятельств стать жертвой) и децидивная виктимность (подготовка и принятие виктимогенного решения, виктимная активность) [14]. Виктимное поведение или поведение жертвы О.О. Андронникова трактует как поведение, в результате которого «увеличивается вероятность для индивида стать жертвой преступления или другого негативного деяния» [1].

Преморбидными свойствами и сопутствующими психологическими характеристиками виктимности считаются робость, конформизм, эмоциональная неустойчивость, застревающие состояния, склонность к истерическим и паническим реакциям, фрустрированность, заниженная самооценка, социальная тревога, неадекватность образа «Я», внутриличностные конфликты [6, 8, 11, 12]. Причиной виктимного поведения в юношеском возрасте часто называют имеющийся страх перед преступностью.

Д.В. Ривман акцентирует внимание на том, что подобный страх иррационален по своей природе, весьма разнообразен по формам проявления, может приводить к депрессии, фобиям и паническим атакам [13]. С целью изучения и описания психологических категорий виктимности и виктимного поведения было проведено теоретическое и эмпирическое исследование.

Объекты и методы исследования. Для реализации поставленной цели применялись – теоретический анализ научной литературы, психологическое тестирование, математические методы обработки результатов, интерпретация и обобщение полученных данных. Психодиагностика проведена при помощи «Методики исследования склонности к виктимному поведению» О.О. Андронниковой [9]. Обработка результатов осуществлена с использованием пакета программ Microsoft Office: Microsoft Excel, версия 2019 года. В

исследовании приняли участие молодые люди в возрасте от 17 до 19 лет, всего было протестировано 48 человек, из них 37 девушек и 11 юношей.

Результаты и их обсуждение. Под виктимным поведением понимают совокупность приобретенных индивидом физических, психических и социальных характеристик, повышающих вероятность его превращения в жертву деструктивных действий, насилия или преступления.

Транслировать поведение жертвы, демонстрировать виктимность индивид может в ряде отдельных критических ситуаций: ситуация преступления (кража, хулиганство, мошенничество, вымогательство, тяжкие телесные повреждения, покушение на убийство, непосредственно убийство); ситуация насилия (домашнее, школьное, бытовое); зависимое и аддиктивное поведение (деструктивные культы, алкоголизм, наркомания, гемблинг, компьютерная зависимость). «Аддиктивное поведение характеризуется стремлением к уходу от реальности изменением своего психического состояния, которое достигается путем приема химических веществ или фиксацией на определенных видах деятельности» [2, с. 71].

«Методика исследования склонности к виктимному поведению» позволяет изучить предрасположенность индивида к реализации различных форм виктимного поведения, предназначена для лиц подросткового и юношеского возраста. Шкалы теста определяют склонность к агрессивному виктимному поведению, самоповреждающему (саморазрушающему), гиперсоциальному, зависимому (беспомощному), некритичному виктимному поведению, а также присутствуют шкалы реализованной виктимности и социальной желательности ответов. По результатам проведенного исследования подавляющее большинство молодых людей отвечали вполне искренне, у 89% из них выявлен средний и низкий уровень по шкале социальной желательности, результатам теста 5 респондентов (11%) «доверять нельзя».

По шкале склонности к агрессивному виктимному поведению низкий уровень значений получен не был, средним уровнем обладают 71%, высоким 29% опрошенных юношей и девушек. Так называемый «агрессивный тип потерпевшего» склонен провоцировать негативные реакции окружающих путем вызывающего поведения, вербальных или невербальных оскорблений, создавая конфликтные и спорные ситуации.

Шкала склонности к самоповреждающему и саморазрушающему поведению определяет т.н. «активный тип потерпевшего». Подобный результат – высокий уровень обнаружен у 18% респондентов исследования (средний уровень у 62% из них, низкий уровень у 20%). Склонность к самоповреждениям, жертвенность, причинение вреда самому себе, самоотвержение – вот некоторые из характерных особенностей активного типа потерпевшего.

«Инициативный тип потерпевшего» изучает шкала склонности к гиперсоциальному поведению. По данной шкале низкий уровень выявлен у 6% молодых людей, средний уровень зафиксирован у 38% и у 56% высокий уровень параметра. Если низкий уровень характеризуется социальной пассивностью, равнодушием к окружающему миру и изолированностью от социума, то высокому уровню параметра присущи гиперответственность, жертвенность в отношении поддержания общественного порядка, решительность и самонадеянность при вмешательстве в чужие конфликтные ситуации. Шкала склонности к зависимому и беспомощному поведению выявляет «пассивный тип потерпевшего». При низком уровне параметра (в настоящем исследовании 4% молодых людей показали такой результат) поведение отличается независимостью, обособленностью, конфликтностью и некоторой отчужденностью от общества. Средний уровень по шкале (70% респондентов) фиксирует оптимальные нормативные показатели, высокий уровень (26% юношей и девушек) обеспечивает молодым людям высокую

внушаемость, податливость, робость, застенчивость, конформность, нежелание или неумение отстаивать собственные интересы.

«Некритичный тип потерпевшего» диагностирует шкала склонности к некритичному поведению, определяя неосмотрительность поведения, отсутствие умения прогнозировать развитие ситуации, неумение анализировать и обобщать имеющийся негативный опыт. Высокий уровень по данной шкале имеют 15% респондентов исследования, средний уровень 79%, низкий уровень 6% из них.

Шкала реализованной виктимности показывает наличие в жизни молодых людей опасных и эмоционально неприятных ситуаций, высокий уровень выявлен у 19% опрошенных юношей и девушек, у 58% из них получен средний уровень параметра. Низким уровнем реализованной виктимности обладают 23% молодых людей, характеризуя умение избегать проблемных и реально опасных ситуаций.

Найти выход из сложных ситуаций, выбрать эффективные способы разрешения конфликтов, прогнозировать последствия нежелательных действий способствует сформированная психологическая (социальная, деятельностная, эмоциональная) адаптивность и оптимальные показатели адаптивных способностей [3, 4, 5].

В контексте адаптивности (адаптации, адаптированности) выделяют несколько уровней виктимности: при нормальном приемлемом уровне виктимности – индивид характеризуется хорошей адаптацией, адаптивные возможности не нарушены; «среднестатистический» уровень виктимности зависит от социальных условий и принятой социокультурной нормы виктимности; высокий уровень виктимности обусловлен характерными качествами личности, которые повышают уровень ее уязвимости и снижают возможности адаптации [1].

Классификация виктимности в психологической литературе весьма разнообразна, вот лишь некоторые типологии. В.А. Туляков выделяет личностный тип виктимности (наличие качеств, выражающихся в способности к виктимности) и ролевой тип виктимности (наличие опасности подвергнуться посягательствам лицам, выполняющим определенные социальные роли). Л.В. Франк: реализованная виктимность (предрасположенность быть жертвой реализована в действительности) и потенциальная виктимность (предрасположенность не реализована, но потенциально возможна). К. Миядзава: общая виктимность (детерминирована социальными, гендерными, ролевыми характеристиками) и специальная виктимность (обусловлена личностными, индивидуальными свойствами).

А.А. Гаджиева в качестве критерия применяет фактор виктимности (профессиональная виктимность, виктимогенная деформация личности, возрастная виктимность, виктимность – «патология», не подозреваемая виктимность, исключительно высокая виктимность). И. Н. Полубинский: в зависимости от социальных факторов объекта виктимности (индивидуальная, видовая, групповая и массовая виктимность). П. И. Юнацкевич: по задействованным психологическим сферам (познавательная виктимность; эмоционально-волевая виктимность; мотивационная виктимность; смешенная виктимность).

Заключение. Виктимология как междисциплинарная научная дисциплина изучает виктимность – предрасположенность индивида стать жертвой преступления и виктимизацию личности – процесс становления жертвой преступных деяний. Наличие таких психологических свойств и характеристик личности как конформность, эмоциональная неустойчивость, социальная робость, низкий уровень самооценки, повышенная тревожность, истерическая реактивность, наличие разного рода зависимостей повышает вероятность формирования виктимности. Виктимное поведение, поведение

жертвы индивид может транслировать в ситуациях преступления, ситуациях насилия и при реализации аддиктивного поведения. По результатам проведенного психологического исследования от трети до половины молодых людей (участвовавших в тестировании) имеют высокие показатели по шкалам склонности к агрессивному, гиперсоциальному и зависимому (беспомощному) виктимному поведению. Наименее выражены значения по шкалам склонности к самоповреждающему (саморазрушающему) виктимному поведению, не критичному виктимному поведению и по шкале реализованной виктимности.

Первичная психологическая профилактика виктимного поведения и общей виктимизации личности может включать:

- повышение общей информированности о ситуациях виктимогенного уровня, причинах их возникновения и преодоления, о возможностях предотвращения;
- раннюю психодиагностику виктимности и склонности к виктимному поведению, выявление устойчивых психоэмоциональных свойств, обуславливающих поведение жертвы;
- психологическую коррекцию негативных стереотипов поведения, самооценки и самоотношения, шаблонов виктимного самовосприятия;
- формирование эффективных коммуникативных навыков, конструктивных способов разрешения конфликтов, антиципационных способностей в прогнозировании виктимогенных ситуаций.

Литература/References:

1. Андронникова О.О. Онтогенетическая концепция виктимности личности. Автореф. дисс. ... докт. психол. наук. Томск, 2019. 42 с.
2. Валиуллина Е. В. Аддиктивные формы поведения: ониомания // Вестник общественных и гуманитарных наук. 2021. Т. 2. № 4. С. 71–74.
3. Валиуллина Е. В. Психологические особенности адаптивности и конфликтности студентов первого курса вуза // Вестник общественных и

гуманитарных наук. 2020. Т.1. №1. С. 51-54.

4. Валиуллина Е. В. Факторы профессионального выбора студентов медицинского вуза // Дневник науки. 2019. № 3 (27). С. 21.

5. Валиуллина Е. В. Эмоциональный интеллект и потребности в саморазвитии в возрасте юности // Научное обозрение. Педагогические науки. 2021. № 1. С. 78-82.

6. Варчук Т.В., Вишневецкий К.В. Виктимология. М., 2010. 191 с.

7. Виктимология - Википедия. Доступно по: <https://ru.wikipedia.org/wiki/Виктимология> Ссылка активна на 14.07.2023 г.

8. Волкова Т.Г. Образ Я как структурный компонент самосознания виктимной личности // Известия Алтайского государственного университета. 2013. № 2-1 (78). С. 054-058.

9. Диагностика склонности к виктимному поведению. Доступно по: <http://psihologn.org/index.php/katalog-statej/233-metodika-issledovaniya-sklonnosti-k-viktimnomu-povedeniyu> Ссылка активна на 20.07.2023 г.

10. Малкина-Пых И.Г. Психология поведения жертвы. М.: Эксмо, 2006. 756 с.

11. Психологическая диагностика и методы профилактической работы с обучающимися, склонными к виктимному поведению. Кызыл, 2023 г. 114 стр.

12. Ривман Д.В. Виктимологические факторы и профилактика преступлений. Л., 1975. С 23-31.

13. Ривман Д.В. Виктимология. СПб.: Питер, 2000. 280 с.

14. Туляков В.А. Генезис отклоняющегося поведения и классификация жертв преступлений. Одесса, 2000. 300 с.

15. Филиппова Е.О. Виктимология. Оренбургский гос. ун-т. Оренбург: ОГУ, 2017. 279 с.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ И ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С ССЗ

Вильдгрубе С. А.¹, Крамаренко Е. В.², Фирсова Г. М.³

¹*Кафедра психиатрии, медицинской психологии, психосоматики
и психотерапии с лабораторией психического здоровья
ФГБОУ ВО «Донецкий государственный университет»,
Россия, ДНР, г. Донецк*

²*ФГБУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии
им. В. К. Гусака» Минздрава России, Россия, ДНР, г. Донецк*

³*ФГБОУ ВО «Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького» Минздрава России, Россия, ДНР, г. Донецк*

Аннотация. В данной статье рассмотрены данные изучения эмоционального интеллекта и его корреляции с отношением к болезни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). Отношение к болезни рассматривается как личностный психологический конструкт, определяющий некий системный ответ человека на болезнь. В рамках исследования выявлено, что у лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями существует взаимосвязь между эмоциональным интеллектом и отношением к болезни.

Ключевые слова: эмоциональный интеллект, отношение к болезни, сердечно сосудистые заболевания, корреляция, пациент.

EMOTIONAL INTELLIGENCE AND ATTITUDE TO ILLNESS IN PATIENTS WITH CVD

Wildgrube S. A.¹, Kramarenko E. V.², Firsova G. M.³

¹*Department of Psychiatry, Medical Psychology, Psychosomatics and Psychotherapy
with a Mental Health Laboratory*

²*Donetsk State University, Russia, DPR, Donetsk*

²*V. K. Gusak Institute of Emergency and Reconstructive Surgery,
Russia, DPR, Donetsk*

³*M. Gorky Donetsk National Medical University, Russia, DPR, Donetsk*

Abstract. This article discusses the data of the study of emotional intelligence and its correlation with the attitude to the disease in patients with cardiovascular diseases (CVD). The attitude to the disease is considered as a personal psychological construct that determines a certain systemic response of a person to the disease. The study revealed that in people with cardiovascular diseases there is a relationship between emotional intelligence.

Keywords: attitude to illness, cardiovascular diseases, correlation, patient.

Актуальность. В настоящее время общепризнан многофакторный генез большинства сердечно-сосудистых заболеваний. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), по данным Всемирной организации здравоохранения, занимают первое место в мире по распространенности, инвалидизации и уровню преждевременной смертности в общей структуре заболеваний. Немаловажно, что в последние годы отмечается опасная устойчивая тенденция к снижению возраста заболевающих ССЗ.

Связь между острым и интенсивным эмоциональным переживанием и ССЗ давно описана некоторыми авторами. Их утверждение состоит в том, что, если люди неспособны использовать свои эмоции для достижения желаемого социального результата, они находятся в постоянном стрессе, чувствуя нереализованность. Таким образом, они непрерывно наносят вред своей сердечно-сосудистой системе [7, с. 441]. Это обосновывает актуальность нашего изучения эмоционального интеллекта у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Целью данного исследования является изучение эмоционального интеллекта у больных с сердечно-сосудистой патологией и выявление его корреляции с отношением к болезни.

Объект исследования – эмоциональный интеллект.

Предмет исследования – эмоциональный интеллект больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и его корреляция с отношением к болезни.

Гипотеза исследования: у лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями существует взаимосвязь между эмоциональным интеллектом и отношением к болезни.

Теоретико-методологическую базу исследования составили: концепции социального и эмоционального интеллекта (Р. Бар-Он, Л.С. Выготский, Дж. Гилфорд, Д. Гоулмен, Б.В. Зейгарник, Д. Карузо, Р. Купер, Д.В. Люсин, Дж. Мейер, С.Л. Рубинштейн, П. Сэловей, О.К. Тихомиров); концепции медицинской и клинической психологии (Б.Д. Карвасарский, В.П. Мясищев); комплексный подход к изучению человека (Б.Г. Ананьев, Л.И. Божович, Л.С. Выготский, В.С. Мерлин, С.Л. Рубинштейн); теории общего адаптационного синдрома (Г. Селье), онтогенетическая концепция структурного аттрактора болезни (В.А. Ананьев); подход к изучению внутренней картины болезни (А. Вервердт П.Б. Ганнушкин, А. Гольдшейдер, Р.А. Лурия, В.В. Николаева, В.А. Скумин, В. М. Смирнов, Б. А. Якубов).

Эмоциональный интеллект – способность эффективно разбираться в эмоциональной сфере человеческой жизни: понимать эмоции и эмоциональную подоплеку отношений, использовать свои эмоции для решения задач, связанных с отношениями и мотивацией.

Для исследования эмоционального интеллекта были использованы следующие методики: для изучения общего уровня эмоционального интеллекта, выраженности внутриличностного и межличностного аспектов эмоционального интеллекта мы применили «Тест эмоционального интеллекта М.А. Манойловой»; для выявления способности понимать отношения личности, репрезентируемые в эмоциях, и управлять эмоциональной сферой на основе принятия решений использовали «Тест эмоционального интеллекта

Н. Холла»; для самооценки интенсивности и частоты возникновения 10 основных эмоций применили «Шкалу дифференциальных эмоций (ШДЭ) К. Изарда».

Термин «отношение к болезни» в психологии принято рассматривать как некое динамическое состояние, которое способно меняться в зависимости от степени заболевания, длительности протекания болезни, тяжести заболевания и ряда других факторов [4, с. 1]. Отношение к болезни мы рассматриваем как личностный психологический конструкт, определяющий некий системный ответ человека на болезнь. Для диагностики типа отношения к болезни использовали методику «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) Л.И. Вассермана, А.Я. Вукса, Б.В. Иовлева, Э.Б. Карповой». Метод математической статистики: коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Эмпирическую базу в данном исследовании составили пациенты отделения кардиохирургии и тромболизиса, отделения медицинской реабилитации ФГБУ «Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака» в количестве – 25 человек, в возрасте от 22 до 68 лет.

Корреляционный анализ позволил определить, что

- «гармонический» ($r_{эмп} = -0,491$) и «эргопатический» ($r_{эмп} = -0,46$) типы — имеют обратную, среднюю значимую на 5% уровне связь со шкалой «Осознание чувств других». У испытуемых ослабляется механизм идентификации, эмоциональная связь и ориентация на другого человека. Снижается способность позитивно влиять на результативность процесса общения, поиск продуктивных решений проблем, критичность к своему состоянию, преуменьшается «значение» заболевания.
- «Паранойяльный» тип - средняя значимая на 1% уровне связь со шкалой «Осознание чувств других» ($r_{эмп} = 0,56$). Респонденты уверены, что болезнь — это результат чьего-то злого умысла, крайне подозрительны и

насторожены к врачам и персоналу. Не приветливы, закрыты к взаимодействию, что нарушает их психологический комфорт.

- «Анозогнозический» тип - обратная, средняя значимая на 5% уровне связь со шкалой «Управление чувствами других» ($r_{эмп} = -0,491$). Для этих пациентов характерно снижение критичности к своему состоянию, ослабление способности управлять своим состоянием в целях предупреждения понижения работоспособности и сохранения здоровья путем нормализации функционального состояния партнера по общению, не возможность принимать решения, не ущемляя собственных интересов и не унижая другого.

- «Тревожный» тип - обратная средняя, значимая на 1% уровне связь со шкалой «Осознание своих чувств» ($r_{эмп} = -0,543$) и прямая, средняя значимая на 1% уровне связь с шкалой «Управление чувствами других» ($r_{эмп} = 0,518$). Тревожное, подавленное, угнетенное состояние таких испытуемых снижает самооценку осознания своих способностей, восприятия себя со стороны партнеров по взаимодействию и того, как респондент выглядит в глазах окружающих. Однако способны к проникновению во внутренний мир другого человека за счет ощущения сопричастности к его переживаниям.

- «Эгоцентрический» тип - обратная средняя значимая на 1% уровне связь со шкалой «Осознание своих чувств» ($r_{эмп} = -0,52$). Такие респонденты не стесняются своего заболевания перед окружающими, «используют» его для достижения определенных целей. Процесс самопознания внутренних состояний не переходит к пониманию другого человека, путем размышления «с его позиции», а ведет к нарушению взаимопонимания с другими людьми.

- «Ипохондрический» тип - обратная, средняя, значимая на 5% уровне связь со шкалой «Индекс острых негативных эмоций» ($r_{эмп} = -0,485$) и обратная, средняя, значимая на 1% уровне связь со шкалой «Индекс тревожно-депрессивных эмоций» ($r_{эмп} = -0,564$). Крайняя сосредоточенность пациентов на субъективных ощущениях и преувеличение их значения проявляется в

дезадаптивном поведении, в негативном эмоциональном отношении субъекта к наличной ситуации.

- «Меланхолический» тип - обратная, сильная, значимая на 1% уровне связь по шкале «Осознание чувств других» ($r_{эмп} = -0,687$) и обратная, средняя, значимая на 5% уровне связь со шкалой «Эмпатия» ($r_{эмп} = -0,458$). Сверхдрученность болезнью, неверие в выздоровление, пессимистический взгляд на все вокруг у таких испытуемых снижают их способности к прогнозированию, умению сопереживать текущему эмоциональному состоянию другого человека.

- «Апатичный» тип - прямая, средняя, значимая на 1% уровне связь со шкалой «Управление своими эмоциями» ($r_{эмп} = 0,524$) и прямая, средняя, значимая на 5% уровне связь со шкалой «Самотивация» ($r_{эмп} = -0,459$). У таких респондентов утрата интереса к жизни, вялость и апатия в поведении, деятельности и межличностных отношениях мешают достижению цели, снижают самоконтроль, способствуют недостаточному осознанию своих эмоциональных состояний и чувств других людей.

- «Сензитивный» тип - прямая средняя значимая на 5% уровне связь со шкалой «Самотивация» ($r_{эмп} = 0,422$). Колебания настроения испытуемых, связанные, главным образом, с межличностными контактами, снижают уровень управления своим поведением, собственными эмоциями, поддержания и реализации собственных мотивов, основанных на сознательном выборе и направленных на удовлетворение потребностей.

Заключение. У лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями существует взаимосвязь между эмоциональным интеллектом и отношением к болезни. Разработка технологий оказания психологической помощи и профилактических программ управления эмоциями и их адекватного использования может способствовать улучшению здоровья лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Литература / References:

1. Бреслав, Г. М. Психология эмоций: учебное пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению и специальностям «Психология», «Клиническая психология» / Бреслав Г.М. Москва, 2009. 541 с.
2. Вахрушева, Л. Н. Выраженность структурных и качественных характеристик эмоционального интеллекта на этапе юности и ранней взрослости: дис. канд. психол. наук / Вахрушева Л.Н. – Москва, 2011. – 21с.
3. Вильдгрубе, С. А., Крамаренко, Е. В., Фирсова, Г. М. Психологический компонент структурного аттрактора болезни у подростков с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Журнал психиатрии и медицинской психологии Донецк, 2020. № 4 (52). С. 76-80.
4. Ельникова, О. Е. Концепт «отношение к болезни» как научная проблема. Обзор литературы // Комплексные исследования детства. Елец, 2020. Т. 2, № 4. С. 292–304.
5. Николаева, В. В., Арина, Г. А. Клинико-психологические проблемы психологии телесности // Психологический журнал. 2003. Т. 24, № 1. С. 119–126.
6. Судаков К. В., Умрюхин П. Е. Системные механизмы эмоционального стресса// Механизмы развития стресса. Кишинев, 2010. 264с.
7. Трихопулос Д., Кацуяни К. Психологический стресс и сердечный приступ со смертельным исходом // Естественный эксперимент по землетрясению в Афинах. 1983. Т. 1. С. 441-444.

СВЯЗЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ И МОТИВОВ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ У СТУДЕНТОВ: ПИЛОТАЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Володина К. А., Носова Н. А.

Кафедра общей и социальной психологии

ФГАОУ ВО «Тюменский государственный университет»

Минобнауки России, Россия, г. Тюмень

Аннотация. Статья посвящена вопросу изучению мотивов употребления наркотических веществ у студентов, а также показателей их психологического благополучия в период социальной нестабильности. Целью пилотажного исследования выступило изучение связи между параметрами психологического благополучия и мотивами употребления наркотической зависимости у студентов в период социальной нестабильности. В исследовании участвовали студенты, которые начали употреблять наркотические вещества в период 2019-2022 гг.

Для сбора данных о респондентах было проведено анкетирование в онлайн формате, также для достижения цели исследования был применены методики: Шкала психологического благополучия (К.Рифф) для определения параметров психологического благополучия и Методика «Мотивы употребления наркотиков» (И.В. Аксючиц) для выявления мотивов употребления наркотических веществ. В результатах было выявлено, что доминирующими мотивами у студентов выступают личностные, персональные.

При определении связи между мотивами употребления наркотических веществ с параметрами психологического благополучия, было установлено, что при негативном отношении к себе и миру студенты руководствуются персональными, личностными мотивами, а именно мотивами гиперактивации, при сложных отношениях с окружающими – патологическими мотивами, а именно мотивами самоповреждения.

Ключевые слова: наркотическая зависимость, психологическое благополучие студентов, мотивы, социальная нестабильность.

THE RELATIONSHIP OF PSYCHOLOGICAL WELL-BEING AND MOTIVES FOR DRUG USE IN STUDENTS: A PILOT STUDY

Volodina K. A., Nosova N. A.

Department of General and Social Psychology

Tyumen State University, Tyumen, Russia

Abstract. The article is devoted to the study of motives for drug use among students, as well as indicators of their psychological well-being during a period of social instability. The purpose of the pilot study was to study the relationship between the parameters of psychological well-being and the motives for using drug addiction among students during a period of social instability. The study involved students who began using drugs in the period 2019-2022. To collect data about the respondents, an online survey was conducted, and to achieve the goal of the study, the following methods were used: the Psychological Well-Being Scale (K. Ryff) to determine the parameters of psychological well-being and the “Motives for Drug Use” Methodology (I.V. Aksyuchits) to identify motives for drug use. The results revealed that the dominant motives among students are personal and personal. When determining the connection between the motives for using drugs and the parameters of psychological well-being, it was found that with a negative attitude towards themselves and the world, students are guided by personal, personal motives, namely motives of hyperactivation, while in difficult relationships with others - pathological motives, namely motives of self-harm.

Keywords: drug addiction, psychological well-being of students, motives for drug addiction, social instability.

Введение. Период социальной нестабильности (пандемия COVID-19, изоляция, санкции, конфликты в международных отношениях, специальная

военная операция), наблюдаемый с 2019 года в обществе, создает условия, повышающие риски проявления нестабильных эмоциональных реакций, срывов, депрессий, апатий. За этот период люди столкнулись с разными проблемами и сложностями в разных сферах: деловой (увольнение, закрытие бизнеса, банкротство и др.), в личной (разводы, кризис, потеря смысла жизни и др.). В таких условиях, уровень психологического благополучия людей, конечно, может быть снижен. Молодые люди, которые никогда не употребляли и не думали начать употреблять наркотики, оказавшись в условиях социальной нестабильности, склоняются к употреблению наркотических веществ [4,9]. Повышенная наркотизация (экспериментирование и эпизодическое употребление), характерна для молодежи и обычно приходится на период студенчества (18–20 лет). Студенческая молодежь остается уязвимой к употреблению наркотиков [11].

Что или кто мотивирует студентов? Мотивы и причины употребления наркотических веществ остается актуальной темой для исследования. Изучение данной темы представлено в работах И.В. Аксючиц, Т.Н. Инглик, Н.М. Чернявской, Л.Б. Айбазовой, В.А. Попова, А.С. Вербицкой, Л.А. Некипеловой и др. Авторы в своих публикациях приводят результаты исследований по употреблению ПАВ, часто группой исследования выступают – подростки, в работах исследователи представляют иерархию мотивов употребления наркотиков [2, 8, 10, 12]. Приводятся результаты исследований о связи употребления наркотических веществ и продолжительностью использования интернета [14]. Также в работах делается акцент на проведение исследований на региональных уровнях с целью оценки данных по употреблению ПАВ среди подростков и сравнении со средними показателями по России [7, 13].

На сегодняшний день нет единой классификации мотивов употребления наркотических веществ. Однако, теоретическое определение структуры мотивов, побуждающих к употреблению алкоголя и наркотиков, представлено

в работе В.Ю. Завьялова. Автор рассматривает мотивы потребления алкоголя и без каких-либо усилий предлагает их классификацию, в которой выделяются социально-психологические, личностные и патологические триады мотивов употребления алкоголя [6].

В исследовании И.В. Аксючиц, опираясь на классификацию В.Ю. Завьялова, был создан опросник «Мотивы употребления наркотиков», а также изучены мотивации употребления или отказа от наркотических веществ у студентов. По мнению автора, психологической основой склонности к употреблению наркотиков является структура мотивов, побуждающих индивида к употреблению нарковеществ [2]. В современных исследованиях за основу берется именно данный подход к изучению мотивов употребления наркотических веществ.

Бехтель Э.Е указывает на то, что трудно классифицировать мотивы аддикции, поскольку они связаны со многими факторами и условиями, влияющими на употребление психоактивных веществ. И предлагает выделить факторы социальные, психологические и биологические употребления спиртных напитков и наркотиков, которые отражают мотивы употребления алкоголя и наркотиков [3].

Важно отметить, что отечественные авторы относят социальные мотивы к первичным мотивам, далее уже идут психологические, личностные и биологические. Несмотря на разные категории мотивов – они связаны друг с другом и могут быть одновременно причиной начала употребления наркотиков, но также и дают разграничить мотивы и точно понять какой мотив проявился в том или ином случае.

Психологическое благополучие наркозависимых имеет большое значение, именно этот фактор может стать одним из ключевых при употреблении наркотических веществ. Психологическое благополучие человека имеет большую значимость и определяет многие аспекты в жизни

человека. Начало изучения психологического благополучия в зарубежной психологии положил Н. Брэдберн и обозначил его как удовлетворенность жизнью, баланс между позитивным и негативным аффектами, что является, по мнению автора, состоянием счастья [17].

Значительный вклад в изучение психологического благополучия внесла К. Рифф, говоря, что психологическое благополучие это – не эмоциональное переживание, а объективная оснащенность необходимыми психологическими особенностями, позволяющими личности функционировать во всех отношениях более успешно, чем при их отсутствии [18].

В отечественной психологии психологическое благополучие начало изучаться не так давно и приобрело большую популярность, исследования на данную тему представлено в работах Р.М. Шамионова, Л.В. Куликова, А.В. Ворониной, В.А. Петровский, Д.А. Леонтьев и др. Авторы характеризуют психологическое благополучие как положительную функцию жизни и неотъемлемую часть деятельности человека, направленной, как и на себя, так и во внешний мир.

Можно обозначить, что единого понятия психологического благополучия нет, каждый автор описывает уникальность данного феномена, делая акценты на кажущиеся важными для него элементы. В целом, психологическое благополучие представляет собой совокупность личностных ресурсов и проявляется в деятельности человека. Личность, имеющая наркотическую зависимость, отличается тем, что имеет низкие показатели психологического благополучия.

Так, в работах Р.В. Ершовой, Т.М. Корягиной, И.В. Семеняк, А.Б. Эйдельман представлены результаты исследований по изучению психологического благополучия наркозависимых и выявлено, что испытуемые имели сниженный уровень психологического благополучия в целом в отличие от условно здоровых людей [5, 16]. Исходя из этого исследования, личность с

наркотической зависимостью обладает низкими показателями в компонентах психологического благополучия, что показывает их неспособность быть психологически благополучными и удовлетворенными.

В исследовании Я.С. Сунцовой, Е.В. Бурдыко были выделены группы «Психологически неблагополучных» и «Психологически благополучных» студентов, у которых определялась склонность к интернет-аддикции. У группы студентов «Психологически неблагополучные» данная склонность выражена на высоком уровне, в отличие от группы студентов «Психологически благополучные». Полученные результаты свидетельствуют о том, что склонность к интернет-зависимости различается у студентов с разным уровнем психологического благополучия [15].

На основе проведенного теоретического анализа была выявлена необходимость в исследовании изучаемого феномена и определена цель пилотажного исследования – изучение связи между параметрами психологического благополучия и мотивами употребления наркотической зависимости у студентов в период социальной нестабильности.

Материалы и методы исследования. Пилотажное исследование по изучению мотивов наркотической зависимости и психологического благополучия студентов проводилось в октябре-декабре 2022 года. Респонденты: 20 человек в возрасте от 19 до 20 лет (студенты), начало употребления наркотических веществ - период с 2019-2022 гг.). Сбор данных осуществлялся онлайн в социальных сетях. По анализу анкет, на период проведения исследования все участники уже обращались в центры реабилитации (прошли курс/проходят курс).

Для достижения цели исследования был использован следующий психодиагностический инструментарий:

Шкала психологического благополучия (К. Рифф) (адаптирован и валидизирован Т.Д. Шевеленковой и Т.П. Фесенко). Данная шкала включает

шесть основных составляющих: наличие цели в жизни; положительные отношения с другими; личностный рост; управление окружением; самопринятие; автономия.

Методика «Мотивы употребления наркотиков» (И.В. Аксючиц) [1]. С помощью девяти диагностических шкал есть возможность обнаружить социальные, личностные и патологические мотивы употребления наркотиков. Социально-психологические мотивы включают в себя традиционные, субмиссивные и псевдокультурные мотивы. Личностные (персональные) - гедонистические, атактические и мотивы гиперактивации. Патологические мотивы - абстинентных, аддиктивных и мотивы самоповреждения.

Анкета для сбора информации и контроля необходимых переменных исследования (возраст, статус, год начала употребления наркотических веществ, обращение в реабилитационный центр и т.п.).

Весь инструментарий был оформлен в электронном формате и располагался на платформе Google. Подготовка базы данных для анализа результатов осуществлялась с использованием табличного редактора MS Excel. Для статистической обработки данных применялся коэффициент ранговой корреляции Кендалла. Обработка результатов была проведена в программе Statistica StatSoft (v.8).

Результаты исследования. В ходе изучения мотивов употребления наркотических веществ у студентов, были проанализированы полученные результаты и определены доминирующие мотивы среди исследуемых групп мотивов: социально-психологические, личностные (персональные), патологические (рис. 1-3).

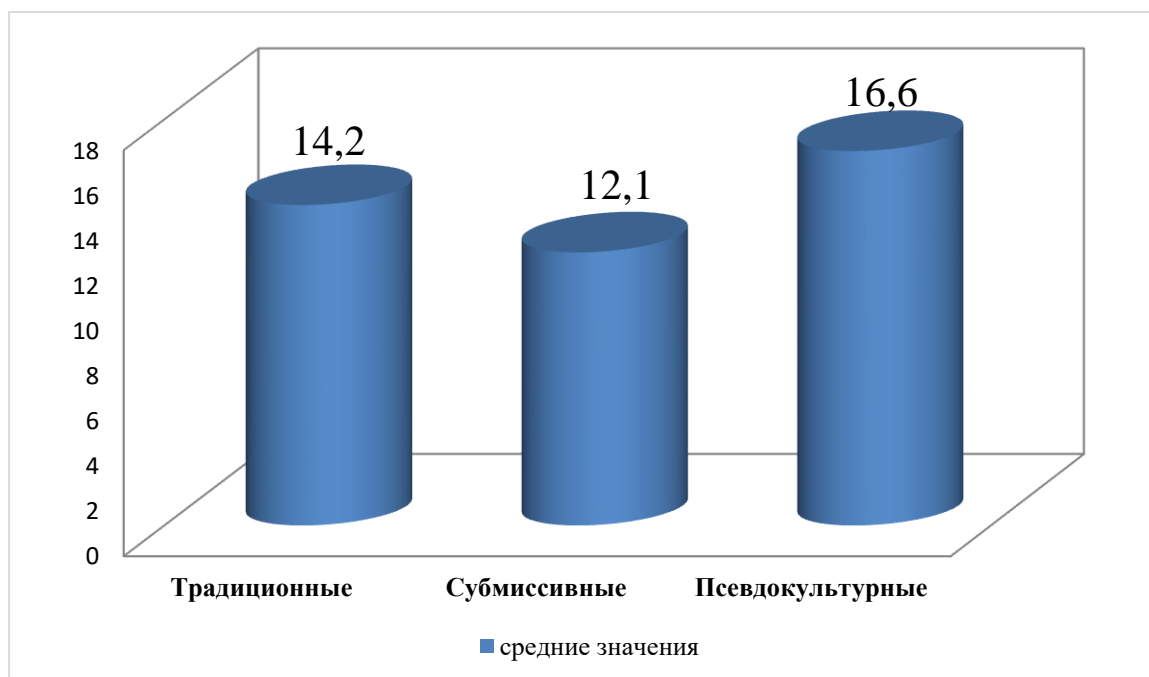


Рис 1. - Группа социально-психологических мотивов употребления наркотических веществ.

Социально-психологические мотивы отражают влияние различных социальных факторов на желание и стремление человека употреблять наркотические вещества. Из рисунка 1 видно, что все мотивы данной группы имеют среднюю степень выраженности. Псевдокультурные среди рассматриваемых мотивов здесь преобладают (16,6), что говорит о наличии стремления студентов приобщаться к молодежной среде, субкультуре, референтной группе, в том числе и с целью получить доступ к наркотическим веществам. Традиционные (14,2) и субмиссивные (12,1) мотивы менее выражены, но они присутствуют, вероятно, что студенты ими руководствуются при определенных обстоятельствах в ситуации общения, давления группы, но в период нестабильности может быть не всегда является возможным и актуальным.

В исследовании Л.А. Никипеловой основной причиной употребления наркотических веществ становится неблагополучие семьи ребёнка и влияет на

него с самого детства, что также находит отражения полученных результатов [10].

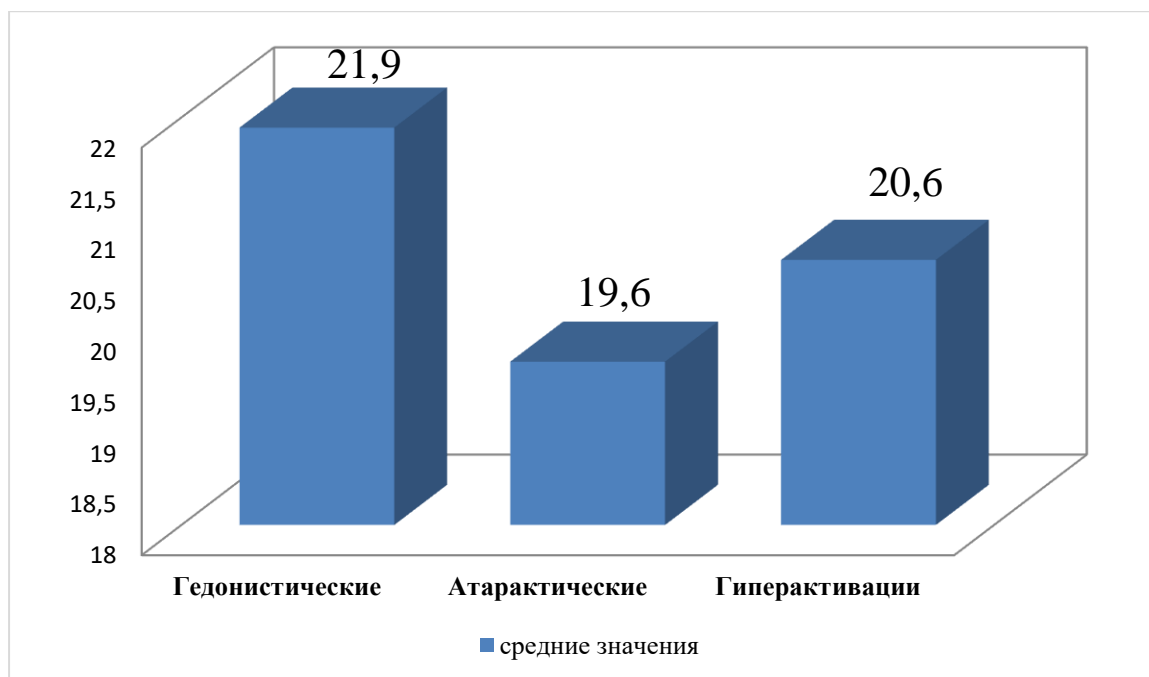


Рис. 2.- Группа личностных, персональных мотивов употребления наркотических веществ.

Личностные, персональные мотивы отражают потребность в изменении собственного состояния путем употребления наркотических веществ. Согласно рисунку 2 наибольший средний балл наблюдается по гедонистическим мотивам (21,9). Данные мотивы отражают стремление студентов к физическому и психическому удовольствию от действия наркотиков. Также выражены мотивы гиперактивации (20,6). Руководствуясь данными мотивами употребления наркотических веществ, студенты стремятся выйти из состояния скуки, бездействия или повысить эффективность поведения.

Патологические мотивы отражают патологическое влечение человека к употреблению наркотических веществ (рис.3).

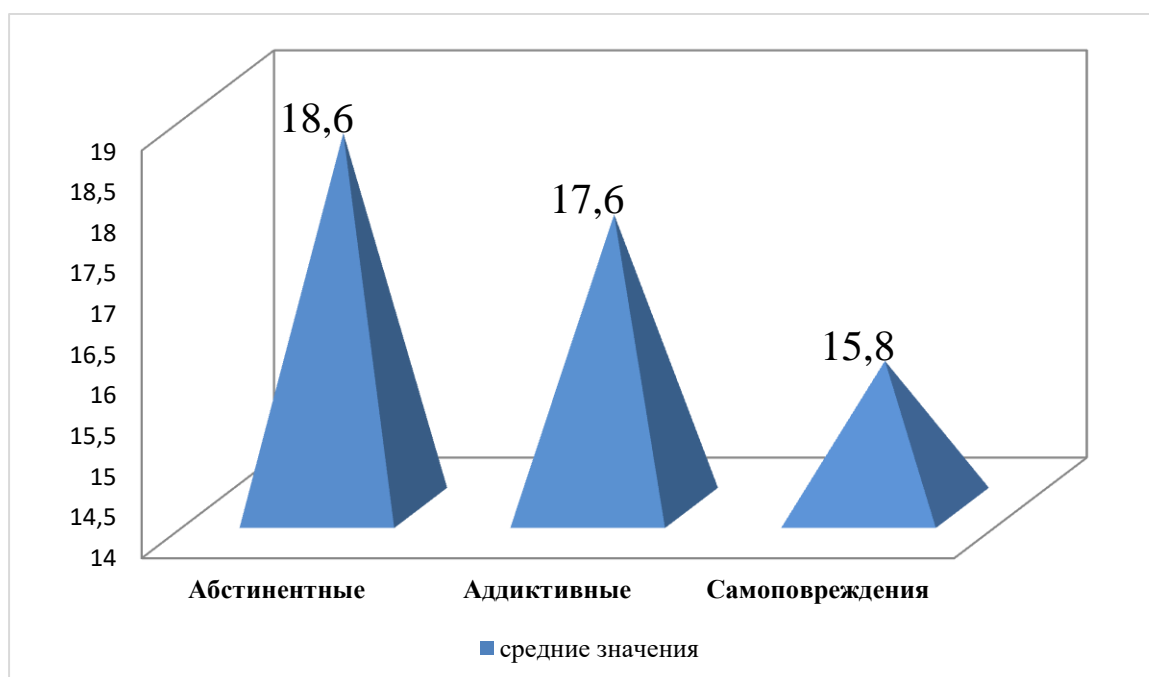


Рис. 3.- Группа патологических мотивов употребления наркотических веществ.

Из рисунка 3 видно, что абстинентные мотивы доминируют в данной группе (18,6), что свидетельствует о потребности студентов в психологическом и физическом комфорте, который может быть утрачен в ситуации нестабильности, неопределенности.

Аддиктивные (17,6) мотивы имеют определенную выраженность, отражают потребность в измененном состоянии, что может говорить о желании студентов употреблять наркотические вещества с целью уйти в себя, и не принимать действительность такой, какая она есть. Мотивы самоповреждения (15,8) менее выражены в данной группе мотивов, но их присутствие может говорить о потребности в аутоагрессии, наказания себя. Возможно, выраженность данного мотива связана с ситуациями, которые произошли в период нестабильность, что в качестве наказания для себя студенты выбрали способ употребления наркотических веществ.

Анализируя три группы мотивов употребления наркотических веществ, доминирующими являются личностные, персональные мотивы (рис.2).

Следовательно, по мнению респондентов, употребление наркотических веществ, в первую очередь, для получения ощущения счастья и чувства благополучия, также данные вещества могут помочь расслабиться, поспособствовать более легкому общению с людьми и веселому времяпровождению. А также при появлении чувстве скуки, пустоты, одиночества, нежелании что-либо делать можно прибегнуть к употреблению наркотических веществ для нейтрализации состояния.

Если выстроить последовательность мотивов, то на первом месте идут гедонистические, гиперактивации, атактические, абстинентные и аддиктивные. Полученные данные по доминирующим мотивам схожи с результатами исследования Т.Н. Инглик, Н.М. Чернявской, Л.Б. Айбазовой, проведенным до пандемии и других факторов, приводящих к нестабильности в обществе. Авторы, изучая мотивы употребления наркотических веществ подростками, выявили, что преобладающими мотивами являются: гедонистические, атактические и аддиктивные [8]. Таким образом, можно сделать вывод, что, несмотря на изменения, происходящие в обществе, личностные, персональные мотивы употребления наркотических веществ так и остаются в числе доминирующих.

Далее, были изучены параметры психологического благополучия респондентов, употребляющих наркотические вещества (рис.4).

Согласно рисунку 4, общее значение психологического благополучия у респондентов (282,2). Все исследуемые показатели психологического благополучия, кроме баланса аффекта, в среднем имеют низкие значения. Показатель «Баланс аффекта» имеет высокие значения, что свидетельствуют о негативной самооценке респондентов, неудовлетворённостью обстоятельствами собственной жизни, ощущении собственной никчёмности и бессилия. Недостаточна способность поддерживать позитивные отношения с окружающими, неверие в собственные силы, недооценка собственных

способностей преодолевать жизненные препятствия, усваивать новые умения и навыки.

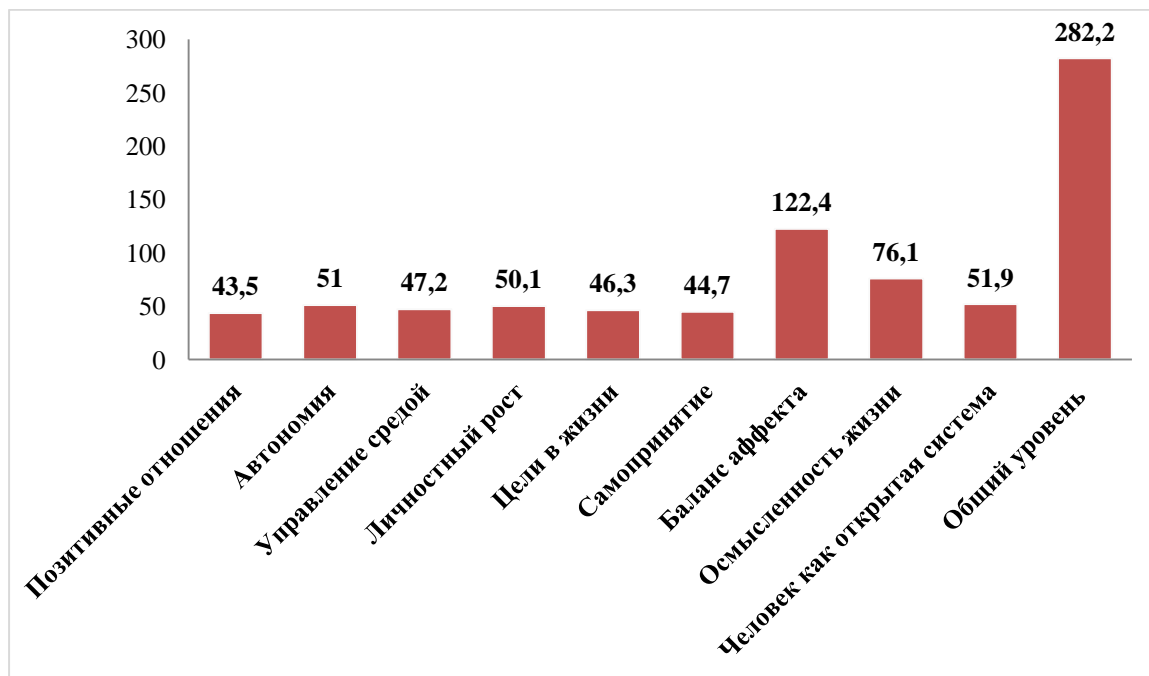


Рис. 4.- Психологическое благополучие студентов.

Полученные результаты исследования по психологическому благополучию схожи с результатами исследований Р.В. Ершовой, Т.М. Корягиной, И.В. Семеняк, А.Б. Эйдельман, в которых было выявлено, что респонденты, употребляющие наркотические вещества, имеют сниженный уровень психологического благополучия по всем параметрам [5, 16].

Далее для изучения связей между параметрами психологического благополучия и мотивами употребления наркотических веществ был проведен корреляционный анализ. В таблице 1 приведены показатели, между которыми были выявлены статистически значимые корреляционные связи.

По данным из таблицы 1, между мотивом гиперактивации и компонентом психологического благополучия – баланс аффекта выявлена значимая прямая умеренная корреляционная связь (0,48). Полученные данные могут свидетельствовать о том, что неудовлетворенность обстоятельствами

собственной жизни подразумевает изменение своего поведения и для студентов изменить это можно только за счёт употребления наркотических веществ с целью достижения эффективности своего поведения и желанием быть на время удовлетворенным обстоятельствами своей жизни человеком.

Таблица 1.

Результаты корреляционного анализа.

Компоненты психол.благополучия/ мотивы употребления наркотических веществ	Мотивы гиперактивации	Мотивы самоповреждения
Позитивные отношения	0,12	- 0,65*
Баланс аффекта	0,48 *	0,02

Примечание. *При уровне значимости $p < 0,05$

Также, согласно данным в таблице 1, между мотивами самоповреждения и компонентом психологического благополучия – позитивные отношения с другими выявлена значимая обратная корреляционная связь (-0,65). Полученные результаты свидетельствуют о том, что при отсутствии или нарушении доверительных отношениях с другими людьми, студенты могут прибегать к употреблению наркотических веществ, делая это демонстративно, в качестве протеста, назло другим и себе. В период социальной нестабильности, люди в большей степени подвержены эмоциональной неустойчивости, что может приводить к ссорам, конфликтам и разрыву отношений. А это может повысить риск употребления наркотических веществ среди молодежи.

Таким образом, в ходе проведения пилотажного исследования удалось выявить связь между некоторыми компонентами психологического благополучия и мотивами употребления наркотических веществ.

Заключение. В рамках пилотажного исследования для нас было важно изучить мотивы употребления наркотических веществ у студентов, которые начали употреблять наркотические вещества с 2019 г., а именно выявить

доминирующие мотивы, так как мотивационная сфера это то, что побуждает человека начать употребление наркотических веществ. Кроме этого, мы исследовали психологическое благополучие студентов, и смогли установить связь компонентов психологического благополучия с мотивами употребления наркотических веществ.

В результате проведенного пилотажного исследования было выявлено, что в условиях социальной нестабильности у наркозависимых студентов доминирующими мотивами выступают персональные, личностные.

Общий показатель психологического благополучия студентов имеет низкий уровень, что подтверждает результаты проведенных психологических исследований в этой сфере.

Выявленные связи между компонентами психологического благополучия (баланс аффекта, позитивные отношения с другими) и мотивами употребления наркотических веществ (мотивы гиперактивации и самоповреждения) доказывают, что изменение параметров психологического благополучия у студентов может побуждать их к употреблению наркотических веществ, как способ совладания с трудными жизненными ситуациями, это касается и сферы отношений, и жизненной активности в целом.

Результаты проведенного пилотажного исследования могут быть полезны психологам для улучшения работы с наркозависимыми подростками и студентами в кризисных, стрессовых условиях. Через изучения параметров психологического благополучия есть возможность работать с мотивационной сферой наркозависимых студентов и разработать наиболее эффективную программу реабилитации.

Ограничения: количество респондентов в исследовании (увеличение выборки позволит конкретизировать, уточнить наличие или отсутствие статистических связей между исследуемыми показателями), сбор данных (онлайн формат можно заменить на очный), учет пола респондентов (в

исследовании не учитывался данный критерий, однако, может быть значимым), длительность пребывания и количество обращений в реабилитационные центры (данные фиксировались по заполненным анкетам респондентов, проверить подлинность информации не предоставлялось возможным, все анкеты анонимны).

Литература / References:

1. Аксючиц И. В. Методика изучения мотивов употребления наркотиков // Психологический журнал. 2007. №1(13). С. 52-59.
2. Аксючиц И. В. Мотивация употребления или отказа от наркотиков у студентов // Аддиктивное поведение: профилактика и реабилитация: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (22-23 апреля 2011 г.). М., 2011. С. 49-54.
3. Бехтель Э. Е. Донозологические формы злоупотребления алкоголем. М.: Медицина, 1986. 272 с.
4. Ермякина Н. А. О влиянии пандемии COVID-19 на развитие наркоситуации в мире // Противодействие наркоугрозе на современном этапе: правовой и социально-гуманитарный аспекты: Материалы Международного научно-практического семинара (09 апреля 2021 года). Красноярск, 2021. С. 96-99. doi: 10.51980/2021_3_96.
5. Ершова Р. В., Корягина Т. М., Семеняк И. В. Психологическое благополучие личности с наркотической зависимостью // Человеческий капитал. 2019. № 6, 2 (126). С. 458 - 465.
6. Завьялов В. Ю. Мотивация потребления алкоголя у больных алкоголизмом и здоровых // Психологический журнал. 1986. Т. 7, № 5. С. 102–111.
7. Инглик Т. Н. Этиологические аспекты мотивации и риска наркотизации подростков // Региональная Россия: история и современность: Материалы IV

Всероссийской (национальной) научно-практической конференции (10 декабря 2021 г.). Комсомольск-на-Амуре, 2021. С. 77-84.

8. Инглик Т. Н., Чернявская Н. М., Айбазова Л. Б. Изучение мотивов употребления наркотических веществ подростками // Электронный научно-образовательный вестник Здоровье и образование в XXI веке. 2018. Т. 20, № 12. – С. 21-26.

ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ МОЛОДЕЖИ В ОБЩЕСТВЕ СОЦИАЛЬНОЙ РЕГРЕССИИ

Гаюрова Ю. А.

*СПб ГБУ центр социальной помощи семье и детям Приморского района
Санкт-Петербурга, Россия, г. Санкт-Петербург*

Аннотация. В статье анализируется проблема динамики ценностных ориентаций молодежи разных поколений – конца 20 века, 2010-х годов и современных подростков. Эта динамика носит на себе отпечаток феномена «социальная регрессия», описанного М. Боуэном в его теории семейных систем. Ценностные ориентации как определенные усвоенные типы поведения меняются вместе с обществом. Современная молодежь отличается тенденцией, которая доминирует в современном обществе: приоритета совместности над индивидуацией (по М. Боуэну), что проявляется в снижении личностной ответственности, росте тревоги, отсутствии систематичного взгляда на мир.

Ключевые слова: ценностные ориентации молодежи, теория семейных систем М. Боуэна, социальная регрессия, индивидуация и совместность, техноморфная картина мира.

VALUE ORIENTATIONS OF YOUTH IN A SOCIETY OF SOCIAL REGRESSION

Gayurova Y. A.

Center for Social Assistance to Families and Children of the Primorsky District of St. Petersburg, Russia, St. Petersburg

Abstract. The article analyzes the problem of the dynamics of value orientations of young people of different generations – the end of the 20th century, the 2010s and modern teenagers. This dynamic bears the imprint of the phenomenon of «social regression» described by M. Bowen in his theory of family systems. Value orientations as certain learned behaviors change with society. Modern youth is characterized by a tendency that dominates in modern society: the priority of togetherness over individuation (according to M. Bowen), which manifests itself in a decrease in personal responsibility, an increase in anxiety, and the absence of a systematic view of the world.

Keywords: value orientations of youth, M. Bowen's theory of family systems, social regression, individuation and compatibility, technomorphic world view.

Социализация подрастающего поколения является одной из актуальных проблем науки и практики, поскольку отражает тенденции развития общества. Ценностные ориентации являются содержательным показателем развития мотивационной сферы социализирующейся личности, учитывая, что именно данная сфера является главным предметом личностных изменений в процессе вхождения индивида в общество [1].

Ценности выполняют множество функций, как на уровне общества, так и на уровне отдельной личности: отражения и систематизации представлений о мире и формирования индивидуальной картины мира; эмоционального отношения к явлениям и событиям; регуляции и нормативного контроля поведения; коммуникативного канала между людьми (людям со схожими

ценностями проще и комфортнее общаться друг с другом), а также функцию социализации подрастающего поколения и др. Усвоение ценностей индивидом и формирование *ценностных ориентаций* составляет необходимую основу развития личности, ее системы представлений и приоритетов, и для поддержания нормативного порядка в обществе.

Ценности как средства социализации исторически формируются и представляют собой определенные отношения людей к объектам их деятельности и познания, тем или иным их свойствам, объективным и значимым для людей. Ценностные ориентации представляют собой отражение той модели мира, которая существует в обществе и транслируется подрастающему поколению. Формируясь в процессе социализации через включение в конкретные институты социализации, либо через спонтанный процесс усвоения норм и ценностей, ценностные ориентации определяют содержательную сторону направленности личности и составляют основу ее отношений, ядро мотивации, жизненной концепции и смысла жизни. Развитие ценностных ориентаций сопровождается выработкой определенных типов поведения, имеющих принципиальное различие по содержанию, социальной продуктивности и направленности.

Именно поэтому важно выявлять динамику типов ценностных ориентаций как показатель тенденции развития общества, которое выступает некой моделью отношения к миру и социальной регуляции. Также важно в этой связи рефлексировать образ мира, транслируемый обществом, поскольку в нем отражается адаптационный потенциал современного человека по совладанию со стрессом жизни и смерти, снижению уровня тревоги и профилактике дистресса.

Современные концепции мира (в первую очередь, социального уклада мира) описывают его в контексте социально-экономического развития. Разделение типов общества на традиционное, индустриальное и

постиндустриальное (Даниел Белл) потребовало существенных уточнений, и они появились в виде концепций VUCA-мира (У. Беннис, Б. Нанус), BANI-мира и некоторых иных футурологических моделей.

Исходя из расшифровки акронима, VUCA описывает мир как изменчивый (Volatility – Изменчивость), неопределенный (Uncertainty – Неопределенность), сложный (Complexity – Сложность), двусмысленный (Ambiguity – Двусмысленность). Акроним VUCA появился в 1985 году, и соответствующее мироописание относилось к эпохе второй половины 20 века. Основной акцент здесь ставится на отсутствие однозначности и постоянства – ключевой проблеме человека, оказавшегося в качественно новых условиях, отличных от тех, в которых жили его предки, когда традиция – как материальная, так и духовная, оказалась бесполезна, а новых инструкций, правил жизни и уточняющих обстоятельств не появилось.

Более современное понимание мира отразилось в модели BANI, которую в 2016 году предложил американский футуролог Джамаис Кашио. Мир BANI (Brittle, Anxious, Nonlinear, Incomprehensible) – хрупкий, тревожный, нелинейный и непостижимый.

Если модель VUCA ждала своего обновления 30 лет, то модель BANI, по мнению некоторых ученых, успела устареть за несколько лет. В 2022 году была предложена модель SHIVA. Ее предложил психолог и управляющий партнер «ЭКОПСИ Консалтинг» Марк Розин. SHIVA означает крушение старого и зарождение нового мира. Акроним расшифровывается так: S – Split (расщепленный), H – Horrible (ужасный), I – Inconceivable (неподдающийся концептуализации), V – Vicious (беспощадный), A – Arising (возрождающийся) [4].

В этой связи уместно вспомнить концепцию социальной регрессии, разработанную Мюрреем Боуэном в рамках теории семейных систем [3]. Согласно М. Боуэну, «регрессия проявляется как ответ на хроническое

состояние тревоги, но никак не на острую тревогу. Если бы регрессия сопровождала острую тревогу, она исчезала бы вместе со спадом напряженности. Регрессия возникает тогда, когда семья или общество начинает принимать важные решения для того, чтобы снизить текущую тревогу» [3, С.138]. Одним из важных проявлений социальной регрессии выступает изменение баланса сил совместности – индивидуации в пользу совместности. Это естественное средство снижения тревоги за счет объединения людей между собой, нахождения консенсуса и поиска выхода из сложившейся ситуации экзистенциального дисбаланса за счет коллективности («Один в поле не воин»).

Потребность быть автономным и продуктивным, действующим самостоятельно, а не под давлением группы, несколько снижается. Как говорит главный герой криминальной драмы «Хорошее время» («Good Time», 2017) своему подельнику: «Бездари вроде тебя не могут себя содержать. Они либо сидят на шее у мамы, либо у государства, либо «кантуются» в тюрьмах, вот так!» В этой, казалось бы, мимолетной фразе содержится очень емкое и точное описание психологической драмы целого поколения – нежелание быть социально продуктивным, неспособность проявить себя в обществе созидательно, неприятие ответственности за свои поступки.

Как рассуждает М. Боуэн, возрастание сил совместности, индуцируемое повышением уровня тревоги, не способно остановить регрессию. Даже наоборот, когда в обществе начинает деактуализироваться институт личной ответственности, регрессия возрастает. И этот процесс можно назвать прогрессивным, хотя бесконечно регрессировать общество тоже не может или, по крайней мере, так было не всегда. Но вопрос именно в том, с чем связана тревога, запускающая регрессию, и снижается ли она за счет стремления к доминированию совместности над индивидуацией. По мнению М. Боуэна, тревога в обществе «в большей степени связана с дисгармонией

человека и природы, чем с дисгармонией человека с себе подобными» [3, С. 142].

Таким образом, ключевым социально-психологическим критерием социальной регрессии выступает снижение уровня личностной ответственности. Ответственность в нашем понимании – это некая граница свободы, которая сдерживает влияние одного человека на другого / других, на ситуацию, обстоятельства, предметы, а также сила, иницирующая созидательное действие в отношении других людей (эмпатию, поддержку, выручку, уступки, жертвы во благо и т.д.).

Боуэн рассуждает об этом так: «Силы совместности начинают подавлять индивидуацию; увеличивается число решений, направленных на снижение сиюминутной тревоги; всё шире используется аргументация, построенная на причинно-следственных связях; преобладает сосредоточенность на «правах», исключая проявление ответственности; уменьшается общий уровень ответственности. Возникает парадокс в отношениях между «правами» и ответственностью. Чем сильнее тревога, тем больше сосредоточенность на «правах», которые забывают «ответственность» <...> Существует и другой парадокс, связанный с фокусировкой на совместности. Чем сильнее встревоженный человек стремится к единению, тем быстрее угасает его желание добиться поставленной цели» [3, С. 142].

Мы же видим в качестве проявлений социальной регрессии на уровне личности, помимо снижения уровня личностной ответственности в любой из сфер жизни общества и деятельности человека, также: техноморфизм картины мира и нарастание проявлений злокачественной агрессии (по Э. Фромму) среди детей и подростков; повышение уровня тревоги, вызванное фрагментацией картины мира, то есть отсутствием системного взгляда на мир; приоритет потребительских мотивов над творческими; рост тенденции к конформному поведению.

Позиция конформизма как одновременного дефицита свободы и ответственности является, на наш взгляд, самым деструктивным вариантом отказа от индивидуации в пользу совместности (по М. Боуэну). Образы наиболее разрушительного воздействия приоритета совместности описаны в социальных антиутопиях 20 века («Мы» Е. Замятина, «1984» Дж. Оруэлла), которые представляют собой ценную рефлексию и попытку осмыслить происходящее: «Под развесистым каштаном // Продали средь бела дня – // Я тебя, а ты меня» (Дж. Оруэлл, «1984»).

Нами предпринята попытка изучения динамики ценностных ориентаций молодежи за последние 25 лет (период с конца 90-х годов XX века до сегодняшнего момента) посредством сравнительного анализа иерархии ценностей студентов и подростков. Исследование ценностных ориентаций студентов позволяло нам судить о результатах социализации в таких институтах, как семья, школа, и, что особенно важно для современного общества – СМИ. К этому списку институтов социализации стоит добавить еще один вновь образовавшийся – средства технического опосредования коммуникации: личный компьютер, ноутбук или смартфон с выходом в интернет, значимость которого революционно изменила иерархию институтов социализации по степени влияния на личность, заняв в ней одно из первых мест, наряду с семьей и школой.

Вопрос о значимости вуза как института социализации остается открытым, поскольку в нашем пилотажном лонгитюдном исследовании динамики ценностных ориентаций студентов экспериментальной группы, проведенном в 2010-2014 гг., при сравнении данных обследования первокурсников с данными обследования выпускников мы нашли минимальные различия в структуре ценностных ориентаций опрошенных студентов.

Изучение иерархии ценностей студентов проводилось нами в 1999 году, затем в период с 2012 по 2015, в настоящий момент проводится исследование ценностных ориентаций подростков (12-18 лет). В качестве метода исследования в 1999 г. выступала методика Милтона Рокича «Ценностные ориентации», в последующем мы использовали опросник Шаломы Шварца «Ценности», в основе которого лежала методика Рокича. Данные, полученные в результате анкетирования по этим двум методикам, мы сопоставили с учетом внесенных в методику изменений.

Возможность сопоставления данных исследования строится на том, какие ценности имеют наибольшее значение и «выходят» в пятерку самых признанных. По Рокичу, это ценности (как терминальные, так и инструментальные), которые получили наиболее высокие ранги. По Шварцу, это ценности, получившие наиболее высокие оценки по шкале от «-1» до «7». Так же строился и анализ наименее значимых ценностей. Тот факт, что многие понятия методики Рокича переформулированы в методике Шварца, тем не менее, смысловой контекст сохраняется и указывает на вполне определенную сферу бытия (личностную, социальную, духовную и проч.). Нам представляется интересным сравнить в перспективе двух разных поколений локус внимания и интересов молодежи в отношении абстрактных понятий, из которых в итоге складывается картина мира личности.

В исследовании 1999 г. участвовали студенты 4 (выпускного) курса Самарской государственной академии культуры и искусств (N=70), в 2023 г. опрошено 44 подростка (г. Санкт-Петербург).

Мы сопоставляли данные по выборкам 1999 и 2023 годов, и составили два списка ценностей по каждой выборке. Один из них – ценности, наиболее значимые для респондентов, другой – наименее значимые. Наиболее значимые ценности представлены в Таблице 1.

Таблица 1.

Наиболее значимые ценности студентов вуза и подростков.

	Студенты (1999 г.)	Подростки (2023 г.)
Ценности	Здоровье	Защита семьи
	Образованность	Благосостояние
	Любовь	Интеллект
	Жизнерадостность	Настоящая дружба
	Воспитанность	Наслаждение жизнью
	Уверенность в себе	Удовольствие
	Независимость	Свобода
	Честность	Мир на земле

Очевидно, что ценностный вектор молодежи поменялся с ценностей *внутренней опоры* (образованность, любовь, воспитанность, уверенность в себе, независимость, честность) на ценности, утверждающие потребность во *внешней опоре* и *благополучии социальном* (защита семьи, настоящая дружба, мир на земле) и *материальном* (благосостояние, наслаждение жизнью, удовольствие).

Соответственно, у студентов данные ценности отклика не нашли. Единственное, что отчасти объединяет эти два поколения, это значимость двух близких по смыслу ценностей: жизнерадостность и наслаждение жизнью, хотя и в данном случае заметно различие вектора каждой из них (жизнерадостность – ценность, которая требует усилий радоваться жизни, а наслаждение требует внешних условий для его реализации, чаще всего, материальных) (Табл.2).

Таблица 2.

Наименее значимые ценности студентов вуза и подростков.

	Студенты (1999 г.)	Подростки (2023 г.)
Ценности	Исполнительность	Уважение традиций
	Рационализм	Мир прекрасного (красота природы и искусства)
	Красота природы и искусства	Влияние
	Высокие запросы	Единство с природой
	Непримиримость к недостаткам в себе и других	Духовная жизнь
	Счастье других	Власть
	Развлечения	Благочестие

Обращает на себя внимание регресс традиционных духовных ценностей в сознании подростков (духовная жизнь, благочестие, уважение традиций). Совпадают тенденции обоих поколений «порвать» с Природой (красота природы и искусства одинаково не важна в обеих выборках, а также у подростков в отвергаемых ценностях – единство с природой). Отметим различия: наименее важны для студентов развлечения и высокие запросы, которые, как раз актуализированы у подростков 20-х годов XXI века (в виде ценностей наслаждения жизнью, удовольствия, благосостояния, см. Табл. 1).

Ценности перфекционистского плана (непримиримость к недостаткам в себе и других, исполнительность, рационализм) чужды студентам, и это вполне укладывается в картину вектор их ценностных ориентаций – опора на себя и самореализация, в рамках которого им свойственно давать себе определенную свободу и гибкость рамок. Подростки всё так же находятся в контакте с внешней средой, в данном случае – конфликте с такими сторонами бытия, как духовный мир и Природа, вероятно, ища опору в социуме (исходя из анализа наиболее предпочитаемых ценностей, см. Табл. 1).

Проявившаяся тенденция находит свое отражение в размышлении семейного терапевта середины 20 века Натана Аккермана: «Приметой нашего времени оказалась вопиющая дисгармония в отношениях между индивидом и обществом. На ум приходит целый ряд различных гипотез: понятие аномии, введенное Дюркгеймом; стремление к отчуждению Фромма; теория Рисмана о человеке, направляемом извне. Независимо от используемой терминологии, все они указывают на тенденцию к нарастанию ощущения потерянности, одиночества, утрату собственной индивидуальности и поиск принятия через конформность. Одним из последствий этой тенденции к дезориентации является возврат человека к своей семье в стремлении восполнить недостаток защищенности, принадлежности, чувства собственного достоинства и собственной ценности» [5, С. 48-49].

Однако, как бы ни стремились в семье найти защиту индивиды, испытывающие таковую потребность, семья регрессировала синхронно регрессии общества в целом. Этот процесс анализировали семейные терапевты еще в 20 веке, когда необходимо было найти системные концептуальные основы данного процесса. Ядром процесса утраты и семьей, и обществом своих прежних функций стала, по мнению многих выдающихся исследователей, научно-техническая революция. «Она механизировала и деперсонализировала профессиональную деятельность, а мужчина стал чувствовать себя бессмысленным автоматом, который работает над задачами, являющимися частичкой гигантского, непостижимого, бесполезного целого <...> Революционные интеллектуальные и социальные влияния воздействуют на современную семью, ставя под сомнение прежние абсолюты, нормы и ценности» [2, С. 44-45].

Для изучения динамики типов поведения представителей подрастающего поколения нам важно было сопоставить данные по опроснику Ш.Шварца между выборками студентов-первокурсников (2012-2015 годов), а затем сопоставить их с показателями, полученными в исследовании подростков в 2023 г.

Мы сравнивали между собой показатели *типов культурных ценностей*, которые представляют собой сгруппированные между собой по определенному принципу (ключу) ценности, проявляющиеся как типы поведения в социуме. Ш. Шварц выделяет следующие типы культурных ценностей: Интеллектуальная Автономия, Аффективная Автономия, Консерватизм, Иерархия, Равноправие, Мастерство, Гармония. Типы располагаются на двух биполярных осях: Открытость к изменениям (Интеллектуальная и Аффективная Автономии) – Консерватизм (ценности безопасность, конформность, уважение традиций) и Акцент на себе (Мастерство, Иерархия) – Акцент на других (Равноправие, Гармония).

Ценности Консерватизма (социальный порядок, уважение традиций и т.д.) ориентируют личность на поддержание тесных связей с собственной группой. Здесь особое значение придается групповой самоидентификации, социально одобряемому поведению, а смысл жизни видится в сохранении и укреплении сложившейся системы отношений, уклада жизни, на всех уровнях – индивидуальном, социальном и духовном.

Автономия (Интеллектуальная и Аффективная) находится на противоположном полюсе и представляет собой принятие свободы как необходимого условия существования. Личность в ориентированных на автономию культурах ценна сама по себе, вне зависимости от принадлежности к той или иной общности, ее жизненные приоритеты – терпимость и интерес ко всему. Шварц разделяет Автономию на два подтипа: Интеллектуальную и Аффективную.

Интеллектуальная Автономия – приоритет свободы мыслей и поступков (творчество, любознательность, широта взглядов), или ценности свободомыслящей творческой личности (представителя интеллигенции); Аффективная Автономия это фиксация на свободе эмоций и ощущений (интересная жизнь, потакание себе, удовольствие, наслаждение жизнью), что представляет собой, на наш взгляд, потребительские ценности. Мастерство как тип культурных ценностей содержит приоритет достижения успеха и собственной значимости в обществе за счет личных усилий и способностей, самостоятельности в выборе стратегий. В противовес этому в культурах, ориентированных на Гармонию, люди ценят мир таким, какой он есть, более того, стремятся ему уподобиться, видя в природе неисчерпаемый источник равновесия. Для них приоритетны мир на земле, единство с природой, мир прекрасного, защита окружающей среды.

В оппозиции «Иерархия – Равноправие» ключевым моментом является отношение к положению человека в обществе. В культурах Иерархии считается

необходимым ограничением личности системой ролей, которая обеспечивает удовлетворение социальных ожиданий регламентированным поведением членов общности, а также допускает неравное распределение благ. Здесь основные ценности – это власть, благосостояние, авторитетность и скромность.

Равноправие позволяет рассматривать всех людей как равных перед моралью, здесь ценными представляются социальная справедливость, равенство, а также личные моральные ресурсы, предъявить которые способен каждый и которые могут быть показателями нравственного развития: честность, верность, полезность и ответственность.

В таблице 3 представлены данные по выборкам студентов за 2012-2015 годы, в частности, студентов-первокурсников гуманитарного (2012-2015 гг., N=495) и технического вузов (2014-2015, N=183 гг.) г. Самары и по выборке подростков (2023 г., N=44) г. Санкт-Петербург.

Таблица 3.

Показатели типов культурных ценностей студентов-первокурсников гуманитарных и технических специальностей и подростков.

Наименование группы респондентов		Студенты-первокурсники гуманитарных специальностей	Студенты-первокурсники технических специальностей	Подростки
Год исследования		2012-2015 (N=495)	2014-2015 (N=183)	2023 (N=44)
Типы культурных ценностей	Иерархия	3,71	3,91	3,90
	Мастерство	4,69	4,66	4,48
	Аффективная Автономия	4,94	4,91	4,83
	Интеллектуальная Автономия	5,09	4,53	4,67
	Равноправие	4,91	4,87	4,64
	Гармония	4,56	4,11	4,08
	Консерватизм	4,37	4,80	4,05

В первую очередь, очевидна разница в структуре ценностных ориентаций студентов гуманитарных и технических специальностей. Доминирующим типом ценностей гуманитариев является Интеллектуальная Автономия (см. Табл. 3), а у студентов технического профиля он уступает Аффективной

Автономии, Равноправию, Консерватизму и Мастерству, то есть имеет очевидно третьестепенное значение. Однако, заметно и то, что приоритет Интеллектуальной Автономии (а это ценности «Свобода», «Широта взглядов», «Творчество» и «Любознательность») довольно формально «доминирует» и у гуманитариев, поскольку от Аффективной Автономией их отделяет несколько десятых балла по значению.

Ценности Аффективной Автономии стоит отдельно рассмотреть. Это «Удовольствие», «Потакание себе», «Интересная жизнь», «Разнообразие жизни», «Наслаждение жизнью». Если сравнить с набором ценностей в опроснике М. Рокича, то там даже нет подобных формулировок. Есть две ценности, весьма расплывчато сформулированные, как: «Высокие запросы» и «Развлечения», что можно в некоторой степени соотнести с ценностями свободы ощущений (или попросту – потребительскими ценностями), но и они у респондентов 1999 года находятся в конце списка (наименее востребованные). Ценность «Жизнерадостность» имела в данной выборке высокий рейтинг, но она мало подошла бы по смыслу к ценностям рассматриваемого набора, поскольку в ней более усматривается акцент на собственной жизненной позиции, нежели на процессе получения радостей от жизни.

Ценностные ориентации современных подростков отражают ту же тенденцию, что и у студентов (в большей степени – технического профиля), - предпочтение обладания благами созиданию и усилиям, хотя и с незначительной разницей. Заметно то, как стабильно малозначимо для молодежи обоих поколений такое явление, как Природа.

Однако в списке ценностей от Шварца аспекты этого понятия расширены, в сравнении с набором понятий из предыдущего опросника (Рокича), и мы видим, благодаря этому, как деградирует связь «Природа – Человек» в сознании современных подростков: если у молодежи конца 20 века ценность «Красота природы и искусства» была в списке малозначимых, то у подростков

20-х годов 21 века в списке игнорируемых ценностей, помимо нее, появилась ценность «Единство с природой» (см. Табл. 2).

Мы определили процент голосов, поставивших оценку больше «4» этой ценности, и он составил 36,35%, То есть, не игнорирует эту ценность и наделяет ее значимостью всего треть опрошенных. Отсутствие какой-либо значимости этой ценности обнаружено у 56,82% респондентов.

Оценку «-1» (неприязнь к данному феномену) поставили 6,82% респондентов. На наш взгляд, это одно из наиболее значимых и ярких проявлений социальной регрессии современного общества, к росту которого привело массовое (тотальное) применение средств технически опосредованной коммуникации, в свою очередь обусловившее деградацию традиционных (естественных) средств общения и техноморфизацию картины мира на уровне индивидуального сознания.

Систематизация взглядов на мир также регрессировала на уровне отдельно взятого сознания, что отражается в наблюдаемой нами девальвации ценностей Интеллектуальной Автономии.

Приоритет потребительских тенденции очевиден в предпочтении ценностей Аффективной Автономии всеми группами, где лишь студенты творческих специальностей в небольшой степени предпочитают интеллектуальные (творческие) ценности потребительским.

Повышение уровня тревоги, вызванное фрагментацией картины мира и отсутствием системного взгляда на мир, проявляется в виде повышения потребности современных подростков в социальном принятии, внешней опоре, что нередко оборачивается тенденциями конформизма. Это также нам говорит о стремлении к отказу от личностной ответственности и от индивидуации в пользу совместности.

Интересно также заметить, что личностные конструкты молодежи начала 21 века, определяющие типы поведения ее представителей, претерпели столь

же существенное изменение, что и методика, изучающая их иерархическую структуру.

Литература / References:

1. Божович Л. И. Проблемы формирования личности. М., 1995. 78 с.
2. Сатир В. Психотерапия семьи. СПб.: Ювента, 1999. С. 44-45
3. Теория семейных систем Мюррея Боуэна: Основные понятия, методы и клиническая практика. М.: «Когито-Центр», 2005. 496 с.
4. Шулепова М.В. ВANI-мир: эффективные стратегии жизни. Источник: <https://psy.su/feed/9919/>
5. Nathan W. Ackerman. Behavior trends and disturbances of the contemporary family // The Family in Contemporary Society / I. Galdson. New York: Int. Univ. Press, 1958. P. 57. Цит. по: Сатир В. Психотерапия семьи. СПб.: Ювента, 1999. С. 48-49

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛИЧНОСТИ В ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ

Герман А. М.

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

Аннотация. Когнитивная система личности адаптирована для поддержки целенаправленного поведения в нормальной среде. Ненормальная среда - это такая среда, к которой человек не адаптирован оптимально, но может приспособиться, разработав стратегии преодоления. Основными факторами в ненормальной среде являются: психологические (изоляция, сенсорная депривация, сенсорная перегрузка, недосыпание, временная дезориентация); психофизиологические (температура, стрессовые ситуации) и психосоциальные (культурное унижение, сексуальная деградация). В связи с этим в рамках психологии большая значимость придаётся проблеме

психологических аспектов, которые сопровождают кризисные ситуации жизнедеятельности. Данная работа посвящена освещению этих аспектов.

Ключевые слова: экстремальность, объективная экстремальность, субъективная экстремальность, экстремальная среда, система «субъект-среда», личностные ресурсы, психологическая готовность личности к экстремальному воздействию.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF PERSONALITY IN EXTREME SITUATIONS

German A. M.

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. The cognitive system of the personality is adapted to support goal-directed behavior in a normal environment. An abnormal environment is one to which a person is not optimally adapted, but can adapt by developing coping strategies. The main factors in an abnormal environment are: psychological (isolation, sensory deprivation, sensory overload, lack of sleep, temporary disorientation); psychophysiological (temperature, stressful situations) and psychosocial (cultural humiliation, sexual degradation). In this regard, within the framework of psychology, great importance is attached to the problem of psychological aspects that accompany crisis situations in life. This work is devoted to highlighting these aspects.

Keywords: extremality, objective extremality, subjective extremality, extreme environment, «subject-environment» system, personal resources, individual psychological readiness to extreme stress.

Люди обладают высокой устойчивостью и способностью адаптироваться к самым разнообразным условиям окружающей среды [1]. Наша когнитивная система в основном надежна, крепка и гибка при

взаимодействии с различными средами, и она лежит в основе нашего поведения, что является ключевым фактором, позволяющим человеческому виду населять любой тип местности на планете.

Некоторые условия или ситуации можно считать 'исключительными' в том смысле, что, хотя мы естественным образом не адаптировались к этим условиям, мы можем научиться совладающему поведению, позволяющему нам существовать в них.

К таким условиям стремятся определенные типы людей, такие как исследователи и искатели приключений, подводники, дайверы, работающие под водой (которые также могут быть изолированы на длительное время в барокамерах насыщения), астронавты, участвующие в космических полетах и работающие на космических станциях, и даже некоторые религиозные секты, практика которых предполагает отказ от взаимодействия с внешним миром вплоть до стремления к уединенной жизни. В то время как некоторые люди предпочитают провести часть своей жизни в таких исключительных условиях, другие невольно оказываются обреченными на такие условия, включая тюрьмы, отделения интенсивной терапии (ОРИТ), больничные изоляторы и тому подобное.

Любое отклонение от оптимального, особенно при потере личного контроля, может привести к стрессу.

Изучение поведения человека в экстремальных условиях зависит от множества факторов, таких как:

- а) особенности личности, определяющие её поведение в чрезвычайной ситуации;
- б) характер экстремальной ситуации;
- в) способность к адаптации личности в критической ситуации;
- г) взаимосвязь между различными личностными характеристиками субъекта в процессе регуляции поведения.

Под особенностями личности могут восприниматься разные характеристики. Например, тип темперамента, устойчивость, единство, активность личности. В реакциях индивида на экстремальные условия выявлена значительная роль стойких типологических характеристик личности. Известно, что эмоциональные индивиды в кризисных ситуациях проявляют выраженное ухудшение своего психического статуса. Было выявлено, что у экстравертов в стрессовых условиях тормозные процессы развиваются быстрее и нормализуются медленнее, чем у интровертов. Роль интеллектуальной деятельности в развитии психологического стресса и эмоций все чаще признается в литературе.

Реакцией на экстремальные ситуации могут являться психологические защиты. Психологическая защита - это система стабилизации личности, направленная на предостережение и защиту сознания от неприятных, травмирующих переживаний. Критерием эффективности защитных механизмов является устранение тревоги и избавление от страха [3].

Механизмы психологической защиты направлены на снижение тревожности, вызванной воздействием внешних факторов. А. Фрейд считала, что защитный механизм основан на двух типах реакций:

1. Блокирование выражения импульсов в сознательном поведении;
2. Искажение их до такой степени, что их первоначальная интенсивность заметно уменьшается или отклоняется в сторону.

В работах специалистов часто отмечается, что защита, привычная для индивида в нормальных условиях, в экстремальных, трудных жизненных ситуациях обладает способностью закрепляться, принимая фиксированную форму.

Психологическую защиту можно интерпретировать как естественное противодействие человека окружающей среде. Она защищает его от эмоционально-негативной перегрузки. Все техники можно свести к одной

функции: «Что бы вы ни делали, неважно, как вы это делаете, просто необходимо достижение комфортного состояния, безопасности». Следует отметить, что люди редко используют какой-либо один защитный механизм; обычно они комбинируют различные защитные механизмы для снятия тревоги.

Экстремальная ситуация не всегда требует личного реагирования и не носит личностного характера; не связана с существенной перестройкой системы отношений. В основном это можно охарактеризовать как чрезмерное давление на индивида со стороны внешних обстоятельств, требующее значительного привлечения внутренних и внешних ресурсов, интенсивно переживаемое, но не обязательно представляющее собой поворотный момент в его жизни. В отличие от кризиса, в экстремальной ситуации личность может претерпевать значительные изменения, но индивид часто расплачивается различными острыми или хроническими расстройствами психогенного характера.

Люди, находящиеся в экстремальных и околоэкстремальных обстоятельствах, подвержены воздействию многих повреждающих факторов. Воздействие таких условий заключается не только в прямой угрозе жизни человека, но и в косвенной, связанной с ожиданием ее реализации. Условия повышенного риска стихийных бедствий, повышающие степень экологической неопределенности, вызывающие хронический стресс, связанный с чрезмерной мобилизацией адаптационных ресурсов организма и психики человека, актуализируют проблему психологической безопасности личности и обуславливают необходимость поиска адекватных критериев оценки этой безопасности. Основными переменными взаимодействия человека с окружающей средой являются когнитивность и восприятие - процессы психической деятельности, которые позволяют человеку

воспринимать, осмысливать окружающую среду и принимать решения относительно нее [2].

Результатом когнитивной оценки является вывод о степени контроля над ситуацией. Понимание закономерностей происходящих процессов, знание правил поведения в экстремальных ситуациях является когнитивным ресурсом для преодоления. Важность понимания процессов для эффективной жизни человека трудно переоценить. Понимание позволяет придать смысл ситуации и всему, что происходит с человеком. Субъективное вероятностное прогнозирование, позволяющее осуществлять предварительную настройку функциональных систем, позволяет наиболее успешно и полно подготовиться к ожидаемым негативным событиям [4].

Способность к вероятностному прогнозированию делает возможным «опережающее совладание», которое значительно снижает травмирующий эффект внезапных жизненных трудностей. Субъективная интерпретация человеком и прогнозирование возможных путей развития ситуации оказывают существенное влияние на его поведение. Без натяжки их можно назвать психологическими ресурсами личности. Предсказывая высокую вероятность того или иного события, человек готовится к нему, игнорируя опасность - часто оказываясь совершенно неподготовленным и беспомощным перед лицом стихии и ее последствий.

Существует необходимость в разумном сочетании достоверной информации о существующих угрозах и поддержании психологического благополучия граждан. Одно не должно осуществляться за счет другого, однако реальная практика показывает, что существует перекос либо в сторону высокой достоверности информации с повышением уровня тревожности и напряженности в адаптационных механизмах индивида, либо в сторону дезинформации, выражающейся в сокрытии угроз и приводящей к

психологической неподготовленности способность человека противостоять вызовам природных стихий.

Представляется оптимальным предоставление достоверной информации в сочетании с целенаправленной работой по повышению психологической устойчивости личности и общества в целом к воздействию травмирующих факторов естественного характера. Только в этом случае человек сможет строить мобилизующие прогнозы относительно природных угроз, которые необходимо преодолеть, и осуществлять проактивную адаптацию. Таким образом, субъективное вероятностное прогнозирование, основанное на достоверной информации и опыте индивида, вносит значительный вклад в повышение его психологической безопасности и эффективную адаптацию к условиям повышенного риска стихийных бедствий.

Заключение. Наша когнитивная система адаптирована для поддержки целенаправленного поведения в нашей обычной среде, которую мы в некоторой степени контролируем. Некоторые люди предпочитают жить и работать в исключительных условиях, таких как полярная база, космическая станция, подводная лодка и т.д.; среде, к которой они не адаптированы оптимально, но могут найти некоторую степень адаптации, обычно путем разработки стратегий совладания. Существуют и другие исключительные условия, но они выбираются не по доброй воле, такие как тюрьмы, отделения интенсивной терапии, изоляторы и т.д., которые также требуют навыков совладания для оптимальной адаптации.

Экстремальные условия характеризуются не только более интенсивным воздействием окружающей среды, но и реальным или предполагаемым отсутствием контроля над ситуацией, например, при выживании в море на спасательном плоту или в суровом лагере для военнопленных. Пребывание в экстремальных условиях может стать мучительным, когда против человека

намеренно используются определенные стимулы окружающей среды, обычно в попытке подорвать его волю или сопротивление. Это приводит к ухудшению интеллекта, трудностям в сосредоточении, поддержании внимания и психологического равновесия; в тяжелых случаях извилистые техники могут нарушить целостность системы «разум–тело», вызывая дезинтеграцию личности человека, что может привести к регрессии или психическому расстройству. Человеку следует дополнительно учитывать более полезные для здоровья эффекты прохождения исключительных, экстремальных переживаний и искать способы извлечь выгоду из этих положительных переживаний, а также попытаться смягчить более неприятные аспекты ненормальной среды.

Литература / References:

1. Варавин А. Критическая ситуация: стратегия и тактика. М., 2000.
2. Волобуев С.В. Безопасность социотехнических систем инфо-телекоммуникационных технологий в науке, производстве и образовании. Обнинск, 2000.
3. Ключко В.Е. Самоорганизация в психологических системах: проблемы становления ментального пространства личности (введение в транспективный анализ). Томск, 2015.
4. Psychology: Textbook for technical schools / Under the editorship of V. N. Druzhinina. - SPb.: Peter, 2022. – 608 pp

ФОРМИРОВАНИЕ НАВЫКОВ ДИАЛОГИЧЕСКОЙ КОММУНИКАЦИИ У БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ ПРИ ОБУЧЕНИИ ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ

Гукина Л. В.

Кафедра иностранных языков

ФГБОУ «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В статье рассматриваются вопросы формирования навыков диалогической коммуникации будущих врачей в контексте обучения иностранному языку медицины. Показана многофункциональность диалогического взаимодействия, психологические особенности вербального и невербального поведения, реализуемые в учебном иноязычном диалогическом общении.

Ключевые слова: диалог, диалогическое взаимодействие, иностранный язык, разговорные навыки, профессионально ориентированное обучение.

FORMATION OF DIALOGICAL COMMUNICATION SKILLS IN FUTURE DOCTORS WHEN TEACHING A FOREIGN LANGUAGE

Gukina L. V.

*Department of Foreign Languages,
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

Abstract. The article discusses the issues of developing dialogical communication skills of future doctors in the context of teaching a foreign language of medicine. The multifunctionality of dialogic interaction, the psychological characteristics of verbal and nonverbal behavior, implemented in educational foreign language dialogic communication are shown.

Keywords: dialogue, dialogical interaction, foreign language, speaking skills, professionally oriented training.

В современной психологии диалогическое общение рассматривается как ситуативный двусторонний обмен информацией между личностями с равноправными статусами [1]. Уделяется внимание общепсихологическим аспектам диалогической общения, отмечается значимость навыков ведения диалогической коммуникации для социальных профессий, основу деятельности которых составляют постоянные контакты с людьми [2].

Медицинские специалисты имеют непосредственное отношение к данной группе профессий, и формирование навыка ведения диалога у будущего врача осуществляется на всех уровнях подготовки, начиная с доклинического этапа обучения. Диалогическое общение составляет важную методологическую часть обучения иностранному языку, используется многофункционально, являясь как педагогической технологией, так и целью – формирование компетенции вести профессионально ориентированную диалогическую коммуникацию. При изучении иностранного языка медицины диалог является коммуникативной средой, в которой формируются и воспитываются актуальные просоциальные вербальные и невербальные навыки.

Диалогическое взаимодействие определяют, как движение к пониманию и взаимопониманию, целью которого является поиск истины в процессе решения различных задач и сохранение чувства уважения собеседников в отношении друг друга, не унижая при этом чувства собственного достоинства [8]. Поэтому методики обучения иностранному языку направлены на ведение диалога не столько с целью простого обмена информацией между коммуникантами, сколько для разрешения разного рода профессионально ориентированных задач, формирования готовности каждой из сторон принять позицию другого в процессе общения.

Цель работы: изучить потенциал занятий по иностранному языку в формировании навыков диалогической коммуникации у будущих врачей.

Методом исследования в данной работе послужил анализ опыта формирования у студентов-медиков навыков ведения профессионально ориентированного диалога на кафедре иностранных языков КемГМУ.

Результаты и их обсуждение. В процессе обучения отечественных и иностранных студентов английскому языку медицины особое внимание педагогов обращено на развитие у обучающихся навыков профессионально ориентированной монологической и диалогической речи как комплексных

речевых умений, способных быть реализованными в отдаленном периоде профессиональной деятельности. При имеющемся наборе методических инструментов, направленных на решение данной задачи, от преподавателей требуется педагогическое мастерство, чтобы при работе с языковым материалом менять акценты, тем самым усиливая формирование навыков устной речи [3].

В классическом варианте учебники содержат серию обучающих узкоспециализированных текстов, оснащенных блоком дотекстовых и послетекстовых лексико-грамматических заданий и упражнений, и выход в диалог ограничен. Диалоги по отдельным разговорным темам дают образцы общения по профессиональной тематике. Задания к таким диалогам, как правило, однотипны и направлены на формирование навыков чтения (например, *dramatize the dialogue*). В поиске адекватных ресурсов преподаватель может инициировать внутритекстовый диалог, обсуждая фрагмент текстовой информации за фрагментом, а на финальном этапе прибегнуть к ситуационному общению [4].

Считается, что для того, чтобы научиться говорить на иностранном языке обучающиеся должны много говорить на занятиях. По своей структуре диалог сложнее монологической речи. Единицей диалогической речи (как и монологической) является речевой акт, или речевое действие. Чтобы выстроить успешную диалогическую речь, необходимо владеть набором определенных речевых моделей. Как стиль общения, диалог очень популярен во многих сферах деятельности человека. Он является ситуативным по своей природе, требует большего внимания к своей содержательной части и более эмоционально окрашен, нежели монологическая речь. Для обучающихся диалог интересен из-за коммуникативной обращенности партнеров друг к другу. В диалогическом общении, как и в игре, симулируются ситуации, характерные для будущей профессиональной деятельности обучающихся [9].

Именно этот аспект следует использовать преподавателю для мотивации обучающихся к активной аудиторной и самостоятельной работе над говорением. Отходя от линейной схемы работы с материалом урока и обращаясь к диалогу, как методическому инструменту, преподаватель прибегает к технологии диалогового обучения. Диалоговое обучение – это интерактивное обучение, в ходе которого осуществляется взаимодействие преподавателя и обучающегося, или обучающихся между собой [5]. То есть ситуация диалогического общения по теме урока на аудиторном занятии создает ситуацию коммуникации «лицом к лицу» / «глаза в глаза» всех участников процесса обучения, включая преподавателя и студентов, что является существенным для создания комфортной среды общения.

В учебном диалоге тренируются навыки рецепции и репродукции. Каждый из участников поочередно выступает в качестве слушающего и говорящего. Опыт преподавания иностранного языка показывает, что некоторые обучающиеся хорошо воспринимают реплики партнера по диалогу, а другие предпочитают воспроизводить больше речевых моделей и игнорируют (не слышат или не понимают) реплики собеседника. Таким образом, диалогическая речь требует большой дополнительной подготовки: внеаудиторной самостоятельной тренировки на рецепцию путем многократного прослушивания аутентичной речи и практической отработки навыков диалогической речи в режиме диалогового процесса обучения в аудитории. Следует отметить, что если базовые учебники не оснащены аудио-приложениями, то электронные ресурсы интернета оказывают существенную помощь преподавателю и обучающимся. Несмотря на почти полное отсутствие заданий для тренировки навыков диалогической речи преподавателю иностранных языков следует изыскивать резервы в том языковом материале, который дается базовым учебником. Одним из таких резервов являются традиционные послетекстовые вопросно-ответные упражнения, которые при

творческом подходе педагога могут демонстрировать богатейший потенциал в инициировании диалогического общения обучающихся. Стандартная схема «вопрос-ответ» характерная для диалога в условиях вариативной ситуативности становится основой успешного, неформального диалогического обсуждения с обучающимися материала текста.

Нередко монологическое высказывание по теме или содержанию медицинского текста вызывает у обучающихся боязнь ошибиться, заставляет думать о правилах и грамматических конструкциях, передавать куски текста, основываясь на визуальную память. При большей речевой сложности, диалог, как гуманитарная технология, способен снять у обучающихся эту напряженность и неуверенность. В этом проявляются признаки его родства с игрой.

Пространство диалога формируется вводной частью (вежливыми формулами приветствия), основной частью и заключением (формулами прощания и пожеланий). Поэтому все участники процесса обучения отрываю глаза от учебника и начинают общаться «глаза в глаза». В процессе диалога увлечённость и заинтересованность темой обсуждения даёт обучающимся возможность снять языковой барьер, забыть о грамматике и ошибках. В комфортной и творческой обстановке они учатся самостоятельно моделировать ситуацию общения с учетом нравственных и этических норм, присущих для такого типа общения [6].

Переключение обучающихся после прочтения и перевода иноязычного текста с монологической речи на диалогическую, с одной стороны, задействует другие механизмы мышления и восприятия речи, с другой стороны, положительно влияет на ход занятия, делая его более динамичным и интересным. Диалог также сам является резервом для перехода в другую технологию - учебную профессионально ориентированную беседу с элементами дискуссии со многими участниками – мультидиалог. В данном

случае учебная беседа, как вид коммуникативных упражнений в говорении, может стать учебным аналогом реального профессионально ориентированного общения. На этапе самостоятельной подготовки к диалогическому общению информационно коммуникационные технологии особенно актуальны [7]. В диалоге, построенном на материале конкретного занятия, формируется и модель социально-речевого общения, воспитывается основа сотрудничества и взаимопонимания с коллегами в текущей образовательной деятельности, которая также соотносится с ситуациями будущей профессиональной деятельности. Диалогу, как речевому произведению двух или более участников команды, присущи такие качества как коллективность и вариативность информации; различие в оценке информации; привлечение мимики, жестов, действий партнеров; зависимость от среды общения. Технология учебного диалога, на наш взгляд, представляется одной из главных технологий личностно ориентированного образования.

Диалог является коммуникативной средой, в которой обучающиеся чувствуют себя комфортно. В дружественной атмосфере участники диалога обогащают друг друга новыми мыслями, раскрывают свой творческий потенциал, личностно развиваются. Атмосфера диалога на практическом занятии или конференции помогает обучающимся развивать интеллектуальные и эмоциональные свойства личности. В диалоге участники ищут истину вместе, соглашаются и спорят, выражают эмоции. По своей сути учебный диалог – это способ отношений. Он развивает умение слушать партнера, уважать его мнение. Таким образом, в диалоге проявляются важнейшие формы человеческих отношений: взаимоуважение, взаимообогащение, сопереживание, сотворчество.

Заключение. При обучении иностранному языку медицины формируются диалогические коммуникативные навыки, востребованные в практической деятельности будущего врача. Диалог в контексте изучения

иностранный язык используется как технологический инструмент и как среда, в которой воспитывается и реализуется диалогическое взаимодействие коммуникантов. Являясь важнейшим элементом личностно ориентированного образования, диалог формирует модель социально-речевого общения, развивает актуальные для профессии врача навыки межличностной и межкультурной коммуникации с проявлением важнейших форм человеческих отношений.

Литература / References:

1. Бахтин, М. М. Проблемы поэтики Достоевского. М.: Советская Россия, 1979. 320 с.
2. Бороздина, Г. В. Психология и этика делового общения: учебник и практикум для академического бакалавриата / Г. В. Бороздина, Н. А. Кормнова; под общ. ред. Г. В. Бороздиной. М.: Издательство Юрайт, 2016. 463 с.
3. Гукина, Л. В. Диалогическое общение при обучении иностранному языку как прием формирования профессионально ориентированных разговорных навыков специалистов-медиков // Теоретические и прикладные вопросы лингвообразования / под ред. Л. С. Зникиной. Кемерово: КузГТУ, Кемерово, 2018. С. 154–159.
4. Гукина, Л. В. Особенности адаптации учебно-методического содержания дисциплины при обучении иностранных студентов английскому языку медицины в билингвальном контексте / Л. В. Гукина, Л. В. Личная // Поликультурное образование в современном мире: вызов и перспектива: материалы Международной научно-практической конференции. 2021. С. 138–149.
5. Гукина, Л. В. Использование приема ситуационной симуляции профессионально ориентированного общения на занятиях по иностранному языку в медицинском вузе / Л. В. Гукина, Л. В. Личная // Теоретические и прикладные вопросы лингвообразования / под ред. Л. С. Зникиной. Кемерово: КузГТУ, Кемерово, 2019. С. 188–194.

6. Гукина, Л. В. Воспитательный потенциал практических занятий по иностранному языку / Л. В. Гукина, Л. В. Личная // Современные проблемы воспитательного процесса в медицинском вузе. Сборник докладов. 2016. С. 38–43.

7. Гукина, Л. В. Применение информационно-коммуникационных технологий в самостоятельной работе обучающихся для формирования навыков иноязычного общения. / Л. В. Гукина, Т. С. Габидуллина, И. А. Хонина // Технологии организации самостоятельной работы обучающихся: материалы VIII Межрегиональной научно-методической конференции. Кемерово: КемГМУ, 2016. С. 44–47.

8. Молчан, Э. М., Гончарова, А. А. Диалогическое взаимодействие субъектов: ценностный аспект // Ценности и смыслы. 2016. №2 (42). С. 31-35.

9. Серова, Т. С., Тулиева, К. В., Пипченко, Е. Л. Разыгрывание коммуникативно-речевых микроситуаций как средство обучения монологическому высказыванию в иноязычном диалогическом общении // Вестник ПНИПУ. Проблемы языкознания и педагогики. 2019. № 1. С. 125–147.

АРТ-ТЕРАПИЯ – ЛЕЧЕНИЕ ТВОРЧЕСТВОМ ДЕТЕЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ОТКЛОНЕНИЯМИ

Ережелбаев К. Т., Сапаева Ш. А.

Кафедра анатомии

Ташкентская медицинская академия, Уренчский филиал,

Республика Узбекистан, г. Ургенч

Аннотация. Современность предъявляет всё более серьёзные требования к человеку как личности. Это обусловлено возрастающим потоком информации. Также увеличением темпа жизни, развитием технологий. Арт терапия лечение творчеством способствует адаптации детей в коллективе.

Ключевые слова: больные, арт-терапия, помощь, психические больные, дети.

ART THERAPY – CREATIVE TREATMENT FOR CHILDREN WITH MENTAL AND NEUROLOGICAL DISABILITIES

Erezhepbaev K. T., Sapaeva Sh. A.

Department of Anatomy

Tashkent Medical Academy, Urench Branch, Republic of Uzbekistan, Urgench

Abstract. Modernity imposes more and more serious requirements on a person as a person. This is due to the increasing flow of information. Also, an increase in the pace of life, the development of technology. Art therapy creativity treatment contributes to the adaptation of children in the team.

Keywords: patients, art therapy, help, mental patients, children.

Формирование творчески активной личности, эффективно и нестандартно решающей новые жизненные задачи, способной сохранить свою целостность и уникальность, остаётся актуальным в свете этих нарастающих изменений [1]. Эволюция отношения общества к людям, не вписывающимся в условный «стандарт», постепенная интеграция этой категории в социум ставит перед педагогикой новые задачи, в первую очередь – задачу овладения такими коррекционно-развивающими технологиями, которые обусловили бы компенсацию недостатка в социальном аспекте.

В то же время, в период фундаментальных и порой не всегда благоприятных изменений в экономике и политике нашей страны, затрагивающих нравственные вопросы, на первый план выходят события девиантного характера. Эти проблемы среди всех слоев населения больше всего затрагивают молодежь [2]. Такие временные отрезки истории можно сравнить с периодами аномии, как говорил Э. Дюркгейм. По мнению ученого, в такое время общество более не может прибегать к ранее сложившимся нормам, но в то же время еще не сформировало новые, и в этот промежуток ощущает на себе сильнейшие перемены. Из таких непростых ситуаций возрастает количество

событий преступного характера [3]. При этом вызывает недоумение тот факт, что увеличивается и количество рецидивов: считается, что работа специальных учреждений направлена на исправление, осознание законопослушного поведения. «Уголовный кодекс одной из целей назначения наказания за совершенное преступное деяние называет исправление 5 осужденных [4].

Согласно уголовно-исполнительному кодексу Российской Федерации, исправление осужденных – «это формирование у них уважительного отношения к человеку, обществу, труду, нормам, правилам и традициям человеческого общежития и стимулирование правопослушного поведения [2]. Основными средствами исправления определены: установленный порядок исполнения и отбывания наказания режим, воспитательная работа, общественно полезный труд, получение общего образования, профессиональное обучение и общественное воздействие. Считается, что ведущим направлением может стать образовательная деятельность. Она может сочетать в себе различные виды: формальное, неформальное, информальное.

Проблема поиска путей исправления и способности к скорейшей социализации, путем преодоления аддикции и девиации осужденных, касается и пересекается в следующих науках: социология, психология, криминология, педагогика. Все точки пересечения обнаруживаются в одном месте – социуме – и только там видно, насколько успешно выбран тот или иной путь.

В случае рассматривания цели воспитательной работы – исправление, стоит выделить определенные педагогические условия, при которых все факторы и социальные, и педагогические, являющиеся объединяющим и направляющим звеном воспитательного процесса, способствуют поведенческой коррекции. На основе вышеизложенного, первостепенная задача всех учреждений, направленных на исправление и образование, - создание социально-педагогических условий, которые обуславливают коррекцию поведения в процессе адаптации.

Такие условия будут являться располагающей средой для приобретения новых форм поведения. Искусство является сильным средством воздействия на эмоциональную и интеллектуальную сферы личности. Изобразительное искусство, а изобразительная и художественно-творческая деятельность могут играть серьезную роль в формировании гармоничной личности осужденного в преодолении девиантного поведения для последующей социализации и интеграции на воле.

Арт-терапия – это такая форма терапии, которая в своей основе опирается, в первую очередь, на искусство и творческую деятельность. Арттерапия может послужить эффективным методом педагогической коррекции девиантного поведения учреждений образования в исправительных колониях. Одним из принципов государственной политики в области образования является гуманистический и развивающий характер образования. Принцип гуманистической направленности предполагает выдвижение на первый план гуманистических идей и ориентиров, пронизанных уважением к каждой личности, заботой о развитии всех её сущностных сил. Именно арт-терапия может быть гуманным средством анализа и диагностики проблем поведения учащихся образовательных учреждений в исправительных колониях, а также эффективным средством его коррекции. Все вышеизложенное, подчеркивает актуальность проблемы использования арт-терапии в педагогической коррекции девиантного поведения детей подростков образовательных учреждений в исправительных колониях.

Анализ данной проблемы выявил ряд противоречий: на социально-педагогическом уровне – между потребностью общества в социализированных, законопослушных гражданах с одной стороны и наличием учащихся 5-7 классов девиантного поведения попадающих в исправительные колонии нуждающихся в педагогической коррекции и неготовностью учреждений образования в исправительных колониях обеспечить этот процесс; на научно-

педагогическом уровне – между необходимостью совершенствования системы педагогической коррекции девиантного поведения учащихся детей подростко классов учреждений образования в исправительных колониях и недостаточной разработанностью теории данного вопроса с учетом использования потенциала арт-терапии; на научно-методическом уровне – между необходимостью развития системы педагогической работы в направлении коррекции девиантного поведения детей подростко учреждений образования в исправительных колониях и отсутствием учебно-методических материалов для педагогов в данном направлении.

Наличием данных противоречий и поиском путей их устранения обусловлен выбор темы исследования: «Арт-терапия как средство педагогической коррекции девиантного поведения учащихся 5-7 классов учреждений образования в исправительных колониях». Из актуальности и выявленных противоречий вытекает проблема исследования, состоящая в выявлении воспитательного потенциала арттерапии, поиске путей организации работы в направлении педагогической коррекции девиантного поведения детей подростков учреждений образования в исправительных колониях.

Методы арт-терапии, в отечественной психологии, для коррекции психических заболеваний у взрослых широко использовались, а неврозов у детей, также методы арт-терапии в своей работе применяли специалисты в области клинической психологии, психотерапии, сказкотерапии, музыкотерапии. Помимо психологов, изучением арт-терапии занимались многие известные педагоги, благодаря трудам которых использование арттерапии в образовательных учреждениях стало возможным, среди них. Объект исследования: процесс педагогической коррекции девиантного поведения учащихся учреждений образования в исправительных колониях.

Предмет исследования: педагогическая коррекция девиантного поведения детей подростков учреждений образования в исправительных колониях средствами арт-терапии.

Цель исследования: теоретическое обоснование, разработка и реализация программы педагогической коррекции девиантного поведения детей подростков учреждений образования в исправительных колониях на основе арт-терапии.

При достижении поставленной цели мы руководствовались следующей гипотезой: педагогическая коррекция девиантного поведения детей подростков в учреждениях образования в исправительных колониях пройдет успешно если:

- процесс будет строиться на основе культурологического, системной деятельностного и индивидуально-дифференцированного подходов;
- будут выявлены и учтены при организации педагогической коррекции возможности арт-терапии, это – опосредованное отношение между педагогом и обучающимся через творческую деятельность и продукт творчества;
- использование символов и образов в рисовании для интеграции внутреннего «Я» и реальности; творческий процесс и продукт творчества, позволяет сделать неосознаваемое видимым и с помощью дальнейшей вербализации помогает учащемуся осознать и переработать на новом уровне свой прошлый опыт, повысить самооценку.

Материалы исследования. Творческое взаимодействие позволяет наладить доброжелательную коммуникацию между детьми творческая задача и стремление к результату способствует возникновению чувства внутреннего контроля и порядка - будет разработана и реализована программа по арт-терапии «Развитие» на основе художественно-творческой деятельности, включающая в себя фасилитирующую среду, творческое взаимодействие между собой, творческое самовыражение, рефлексия, безусловное принятие и понимание особенностей и потребностей друг друга, специальные приемы и

задания, способствующие снятию эмоционального напряжения у учащихся. На основании цели исследования и рабочей гипотезы были поставлены следующие задачи.

Изучить психолого-педагогическую, научно-методическую литературу и нормативно-правовые акты по проблеме исследования, на основании этого, определить содержание и структуру понятия «педагогическая коррекция девиантного поведения больных применительно учреждений образования в исправительных колониях. Обосновать выбор методологических подходов к организации процесса педагогической коррекции девиантного поведения детей подростков в учреждениях образования в исправительных колониях.

Выявить воспитательные возможности арт-терапии в педагогической коррекции девиантного поведения детей подростков в учреждениях образования в исправительных колониях. Разработать и реализовать программу «Развитие» педагогической коррекции девиантного поведения детей подростков в учреждениях образования в исправительных колониях на основе арт-терапии.

Заключение. Подобрать диагностический инструментарий по выявлению уровней девиантного поведения детей подростков и провести диагностику на начальном и заключительном этапах опытно-поисковой работы, проанализировать результаты работы, сделать заключение.

Литература / References:

1. Лиманкин, О. В. Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Санкт Петербург, 2017. С.23.
2. Суслин, С. А. Организационные подходы к выявлению туберкулеза. Самара. 2019. С.105.
3. Попкова, Г. Г. Арт-терапия в психологической реабилитации детей, больных туберкулезом // Туберкулез и болезни легких . 2014. №8. С.88-89.

4. Перельман, М. И., Корякин, В. А., Богадельникова, И. В. Фтизиатрия. М., 2010. 520 с.

5. Фтизиатрия. Национальное руководство / Под ред. М. И. Перельмана. М., ГЭОТАР-Медиа, 2007. 506 с.

ТИП ЛИЧНОСТИ D ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Жилякова Т. Н., Кремлёва О. В.

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

Аннотация. Целью исследования был анализ распределения пациентов с типом личности D (по DS 14) и его составляющих – негативной аффективности (NA) и социальной ингибиции (SI) среди больных ревматоидным артритом (РА) в сравнении с контролем без суставной патологии; установление разницы в распределении личности типа D в зависимости от продолжительности РА, его типа и активности. Исследование проводилось на базе ревматологического отделения ГАУЗ СО «Городская клиническая больница №40» г. Екатеринбург. Всего в исследование было включено 50 человек. Найдено значимое преобладание высокого среднего балла NA в подгруппе больных серопозитивным РА в сравнении с серонегативным РА ($p < 0,05$), а также в подгруппе пациентов с относительно более высокой активностью РА в сравнении с пациентами с более низкой активностью ($p < 0,05$) и в подгруппе с относительно более высокой продолжительностью РА по сравнению с более низкой продолжительностью ($p < 0,05$). Установлен также значимо более высокий средний балл типа D в подгруппе относительно более высокой продолжительности РА по сравнению с более низким стажем заболевания ($p < 0,05$).

Ключевые слова: личность типа D, ревматоидный артрит, серопозитивность, активность и продолжительность заболевания.

TYPE D PERSONALITY IN RHEUMATOID ARTHRITIS

Zhilyakova T. N., Kremleva O. V.

*Department of Psychiatry, Psychotherapy and Narcology
Ural State Medical University, Russia, Ekaterinburg*

Abstract. The aim of the study was to analyze the distribution of patients with personality type D (DS 14) and its components – negative affectivity (NA) and social inhibition (SI) among patients with rheumatoid arthritis (RA) in comparison with controls without joint pathology; to establish the difference in the distribution of personality type D depending on the duration of RA, its type and activity. The study was conducted on the basis of the rheumatology department of the «City Clinical Hospital No. 40» in Yekaterinburg. A total of 50 people were included in the study. A significant predominance of the high average NA score was found in the subgroup of patients with seropositive RA compared with seronegative RA ($p < 0.05$), as well as in the subgroup of patients with relatively higher RA activity compared with patients with lower activity ($p < 0.05$) and in the subgroup with relatively higher duration of RA compared with lower duration ($p < 0.05$). A significant predominance of the high average type D score in the subgroup with a relatively higher duration of RA compared with a lower duration of the disease ($p < 0.05$) was established.

Keywords: type D personality, rheumatoid arthritis, seropositivity, disease activity and duration.

Введение. Тип личности D (дистрессированная личность) доказан в качестве независимого предиктора заболеваемости и смертности у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями [9]. При этом исследователи отмечали связь этого типа личности с усилением иммунных и воспалительных процессов

[4, 6, 7]. Было обнаружено, что личность типа D связана с повышенным уровнем провоспалительных цитокинов TNF- α и его рецепторов, которые являются важными параметрами заболевания при ревматоидном артрите (РА), но до настоящего времени лишь в немногих работах авторы пытались установить связь РА с личностью типа D, однако результаты исследований противоречивы [5, 8, 9]. Противоречия обусловлены разной интерпретацией авторами связей РА с наличием личности типа D, что указывает на психосоматические влияния, или же установлением обратного, соматопсихического влияния типа течения РА и качества жизни пациентов на наличие личности типа D.

Цель работы. Проанализировать распределение пациентов с типом личности D и его составляющими – негативной аффективности (NA) и социальной ингибиции (SI) среди больных РА в сравнении с контролем без суставной патологии; установить разницу в распределении личности типа D в зависимости от продолжительности РА, его типа и активности.

Материалы и методы. Контролируемое исследование проводилось на базе ревматологического отделения ГАУЗ СО «Городская клиническая больница №40» г. Екатеринбург (исследование одобрено Локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО «Уральского государственного медицинского университета» (УГМУ), Протокол № 9 от 25.11.22). Всего в исследование было включено 50 человек в среднем возрасте $60,240 \pm 3,099$ (макс. – 84,0, мин. – 41,0, медиана – 60), среди них 39 женщин (78%) и 11 мужчин (22%). Основную группу составили 25 пациентов, находящихся на стационарном лечении по поводу РА. Критерии включения в основную группу: установленный в стационаре диагноз РА на момент исследования, информированное добровольное согласие на участие в исследовании. Информацию о диагнозе и продолжительности заболевания пациентов основной группы получали из истории болезни. В контрольную группу были включены 25 человек без

установленного диагноза РА и жалоб на суставные боли. Контрольные субъекты, сопоставимые по возрасту с основной группой, набирались во внебольничной популяции случайным образом, подтверждая отсутствие суставной патологии и подписывая информированное согласие. Сравнения основной и контрольной группы по среднему возрасту респондентов представлены в табл. 1

Таблица 1.

Сравнения основной и контрольной группы по полу и среднему возрасту респондентов (n=50).

Группы сравнения	n	M(SD)/Me[Q1;Q2]	χ^2	α %	U	p
Основная	25	61,720(10,370)/64,000[57,000;6 9,000]	11,322	10,00	259,0	>0,0 5
Контрольн ая	25	58,760(11,318)/54,000[50,000;7 1,000]	17,335	1,000		

Примечание: M - среднее; SD - стандартное отклонение; Me-медиана; Q1-нижний квартиль; Q2-верхний квартиль; χ^2 - Хи-квадрат для нормального распределения; α % - ошибка гипотезы «отличается от нормального».

Группы сравнения сопоставимы по среднему возрасту. Разница основной и контрольной группы по полу респондентов также статистически не значима (U=300,0; p>0,05). В основной группе 21 человек (84%) имели диагноз серопозитивный РА, 4 (16%) – серонегативный РА. Средняя продолжительность заболевания составила 11,49±4,62 лет (макс. – 45,0, мин. – 0,25, медиана – 9,0). У 10 пациентов (40%) была высокая активность РА, у 14 (56%) – умеренная активность, у 1 пациента (4%) – низкая активность РА.

Для количественного и качественного исследования личности типа D и ее составляющих (NA, SI) использована русскоязычная валидизированная версия

Опросника DS 14, в виде 14-пунктовой шкалы, включающую две субшкалы – негативная аффективность (NA) и социальная ингибция (SI), содержащих по семь вопросов для каждой из субшкал. Для оценки согласия респондентов с каждым вопросом использовалась 5-пунктовая шкала Лайкерта с оценками в баллах от 0 (“неверно”) до 4 (“верно”), таким образом, по каждой из субшкал можно было набрать от 0 до 28 баллов (соответственно, по общей шкале – 56 баллов). Для подтверждения типа личности D респонденту необходимо суммарно набрать 10 и более баллов по каждой субшкале. Все заполненные бланки оказались пригодны для анализа.

Статистическая обработка полученных данных была выполнена при помощи профессионального пакета программ для статистической обработки данных Vortex 8.0.7.

Результаты и обсуждение. Сравнения основной и контрольной групп по данным исследования респондентов DS-14 представлены в табл. 2

Таблица 2.

Сравнения распределений типа D и средних количественный значений DS 14 в основной и контрольной группах (n=50)

Данные DS 14	Основная группа (n=25)		Контрольная группа (n=25)		t	p
	n	%	n	%		
Тип личности D	8	66,7	4	33,3	1,633	0,2
Количественные данные DS-14	M±m		M±m			
Общий средний балл	20,280±4,880		15,200±3,259		1,823	0,1
Средний балл NA	10,760±2,80		8,080±1,775		1,703	0,1
Средний балл SI	9,520±2,733		7,120±2,167		1,450	0,2

Между группами сравнения не обнаружено значимой разницы по качественным и количественным оценкам DS 14. Далее предпринято распределение качественных и количественных значений DS 14 только в основной группе в зависимости от типа РА (серопозитивный / серонегативный), активности РА и продолжительности заболевания. В связи с небольшим количеством наблюдений переменные активности РА и продолжительности РА были разделены по дихотомическому принципу: активность РА разделена на 2 подгруппы: «высокая активность» (n=10) / «другая активность» (n=15); по продолжительности РА на основе медианы средней продолжительности болезни (Me=9,000) респонденты распределены в 2 подгруппы: относительно низкая продолжительность (0,25÷9,0 лет; n=14) и относительно высокая продолжительность (10÷45 лет; n=11). Полученные сравнительные данные представлены в табл. 3.

Найдено значимое преобладание среднего балла NA в подгруппе больных серопозитивным РА в сравнении с серонегативным РА ($p < 0,05$), а также в подгруппе пациентов с относительно более высокой активностью РА в сравнении с пациентами с более низкой активностью ($p < 0,05$) и в подгруппе с относительно более высокой продолжительностью РА по сравнению с более низкой продолжительностью ($p < 0,05$). Не обнаружено значимых различий выделенных подгрупп по количественным оценкам SI ($p > 0,05$) и качественной оценке (личности типа D) ($p > 0,05$), хотя установлено значимое преобладание среднего балла типа D в подгруппе относительно более высокой продолжительности РА по сравнению с более низким стажем заболевания ($p < 0,05$).

Установленные преобладания высоких количественных показателей DS 14 (общий балл личности типа D и балл NA) у серопозитивных больных РА и больных с более высокой активностью воспалительного процесса позволяют предполагать связь количественной оценки личности типа D и ее компонента –

негативной аффективности с биологическим маркером РА и воспалительной активностью.

Таблица 3.

Сравнения распределений типа D и средних количественных значений DS 14 среди респондентов основной группы в зависимости от типа РА, активности и продолжительности РА (n=25)

Клинические оценки РА		Тип D	Средние количественные значения DS 14		
			Общий балл	Балл NA	Балл SI
Тип РА	серопозитивный	n=6	21,143±5,637	11,381±3,260	9,762±3,177
	серонегативный	n=2	15,750±15,177	7,500±6,093	8,250±9,170
	U	31,0	30,5	28,0	40,0
	p	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05
Активность РА	высокая	n=4	19,889±9,327	10,889±5,243	9,000±4,576
	другая	n=4	20,500±6,624	10,688±3,837	9,813±3,902
	U	65,0	75,0	61,5	69,0
	p	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05
Продолжительность РА	«низкая»	n=4	16,500±6,278	8,571±3,699	7,929±3,077
	«высокая»	n=4	25,091±8,159	13,545±4,526	11,545±5,397
	U	76,0	45,0	42,0	67,0
	p	>0,05	<0,05	<0,05	>0,05

. В свою очередь, преобладание более высоких показателей негативной аффективности при более высокой продолжительности заболевания может объясняться, скорее, ухудшением качества жизни пациентов с длительно протекающим заболеванием, что также отмечается другими авторами [1 - 3, 5]. Полученные результаты не дают основания устанавливать причинно-следственные связи личности типа D с РА, побуждая к более глубокому изучению этого вопроса на большей выборке.

Заключение.

1. Распространенность личности типа D не различается значимо в группах больных РА и субъектов без патологии суставов.
2. Количественная оценка показателя негативной аффективности значимо выше в группе пациентов с серопозитивным РА (в сравнении с серонегативным РА) и в группе больных РА с высокой активностью (в сравнении с пациентами, с меньшей степенью активности РА).
3. Количественная оценка показателей личности типа D и ее составляющей – негативной аффективности значимо выше в группе пациентов с большей продолжительностью РА.
4. Не установлено значимой разницы распределения количественной оценки социальной ингибиции с личностью типа D и ее составляющими.

Литература / References:

1. Dobrin M., Donisan T., Predeteanu D., et al. AB1224-HPR Type of Personality – a New Item to Take into Account When Evaluating Quality of Life and Disease Activity in Rheumatoid Arthritis (RA) Patients // *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2015. Vol. 74. P. 1344.
2. Donisan T., Bojincă V.C., Dobrin M.A., et al. The relationship between disease activity, quality of life, and personality types in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis patients // *Clinical Rheumatology*. 2017. Vol. 36(7). P. 1511–1519.
3. Horwood S., Anglim J., Tooley G. Statistically modelling the relationships between Type D personality and social support, health behaviors and symptom severity in chronic illness groups // *Psychology & Health*. 2016. Vol. 31(9). P. 1047–1063.
4. Jandackova V.K., Koenig J., Jarczok M.N., et al. Potential biological pathways linking Type-D personality and poor health: A cross-sectional investigation // *PLoS ONE*. 2017. Vol. 12(4): e0176014.

5. Klaassen K, Nyklíček I., Traa S., et al. Distressed personality is associated with lower psychological well-being and life satisfaction, but not disability or disease activity in rheumatoid arthritis patients // Clin Rheumatol. 2012. Vol. 31(4). P. 661-667.

6. Kupper N., Pelle A., Denollet J. Association of Type D personality with the autonomic and hemodynamic response to the cold pressor test // Psychophysiology. 2013. Vol. 50(12). P. 1194–2010.

7. Mommersteeg P.M., Pelle A.J., Ramakers C., et al. Type D personality and course of health status over 18 months in outpatients with heart failure: multiple mediating inflammatory biomarkers // Brain Behav Immun. 2012. Vol. 26(2). P. 301–10.

8. Ozel F., Ozkaraman A., Aykar F. Rheumatology Patients and Type D Personality Profile // International Journal of Caring Sciences. 2018. Vol. 11(2). P. 1124.

9. Schiffer A.A., Pedersen S.S., Widdershoven J.W., et al. The distressed (type D) personality is independently associated with impaired health status and increased depressive symptoms in chronic heart failure // Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2005. Vol. 12(4). P. 341-346.

**ИССЛЕДОВАНИЕ ВЫРАЖЕННОСТИ НЕВРОТИЧЕСКИХ
СОСТОЯНИЙ И ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ
ГОТОВНОСТИ К МАТЕРИНСТВУ У ЖЕНЩИН С НАРУШЕННОЙ
РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИЕЙ**

Золотова И. А., Малафеевская И. А.

ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Ярославль

Аннотация. В данной статье рассмотрены особенности невротических состояний и особенности психологической готовности к материнству через категорию отношения к беременности, к себе-матери и к новорожденному у

женщин с сохранной и нарушенной репродуктивной функцией. Для этой цели были использованы: Тест отношений беременной – ТОБ (б) И. В. Добрякова, Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний К. К. Яхина и Д. М. Менделевича и Проективная методика «Моя мама, я и мой ребенок» И.А. Золотовой. На основе полученных результатов был выявлен высокий уровень невротических состояний по шкале «тревожность» и по шкале «невротическая депрессия» у женщин с нарушенной репродуктивной функцией. Психологическая готовность к материнству у представительниц основной группы представлена амбивалентными характеристиками – эйфорическим и тревожным компонентами.

Ключевые слова: психологическая готовность к материнству, экстракорпоральное оплодотворение, беременность, репродуктивная функция.

STUDY OF THE FEATURES OF THE PSYCHOLOGICAL COMPONENT OF GESTATIONAL DOMINANCE IN WOMEN WITH PRESERVED AND IMPAIRED REPRODUCTIVE FUNCTION

Zolotova I. A., Malafeevskaya I. A.

Yaroslavl State Medical University, Russia, Yaroslavl

Abstract. This article discusses the features of neurotic states and the features of psychological readiness for motherhood through the category of attitude to pregnancy, to oneself-mother and to the newborn in women with intact and impaired reproductive function. For this purpose, the following were used: the Test of the relationship of a pregnant woman – TOB (b) by I. V. Dobryakov, the Clinical Questionnaire for the Identification and Evaluation of Neurotic States by K. K. Yakhin and D. M. Mendeleovich and the Projective Technique «My Mother, Me and My Child» by I. A. Zolotova. Based on the results obtained, a high level of neurotic conditions was revealed on the scale of «anxiety» and on the scale of «neurotic depression» in women with impaired reproductive function. Psychological readiness

for motherhood in representatives of the main group is represented by ambivalent characteristics - euphoric and anxious components.

Keywords: psychological readiness for motherhood, in vitro fertilization, pregnancy, reproductive function.

Введение. В настоящее время отмечается рост междисциплинарных исследований в области репродуктивного здоровья по причине увеличения рождаемости с использованием вспомогательных репродуктивных технологий. Метод экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) дал возможность реализовать функцию деторождения при формах бесплодия, которые раньше считались абсолютно бесперспективными для лечения, но при этом наблюдается тенденция к увеличению родов с малым сроком гестации. Есть исследования о том, что возраст матери положительно коррелирует с преждевременными родами [5, с.153-158], которые оказывают негативное влияние на здоровье новорожденного. Помимо особых соматических условий появления беременности, вынашивание и рождение ребенка с помощью ЭКО происходит в особых психологических условиях. Чаще всего процедуре ЭКО предшествует длительная история бесплодия, в связи, с чем женщине приходится неоднократно переживать опыт перинатальных потерь. Длительный период бесплодия, безусловно, оказывает влияние на психологическое состояние женщины, ее самосознание, самооценку, отношение к предстоящему материнству. Можно с уверенностью говорить о том, что беременность в результате ЭКО является огромным стрессом.

Большая часть исследований психологического состояния женщин, прошедших через процедуру ЭКО, сосредоточена на фиксации уровня тревожности и использовании женщинами копинг-стратегий [3, с. 96-104], изучаются факторы, оказывающие влияние на течение беременности у женщин позднего репродуктивного возраста [6, с.153-158]. Появляются данные,

свидетельствующие о том, что среди психологических причин, приводящих к бесплодию, может быть дисгармоничное отношение к материнству в целом. Тем не менее, в исследованиях мало внимания уделяется изучению особенностей эмоциональных состояний и уровню невротизации женщин с нарушенной репродуктивной функцией в раннем послеродовом периоде.

Целью данного исследования является описание невротических состояний и особенностей психологической готовности к материнству у женщин с нарушенной репродуктивной функцией.

Психологическая готовность к материнству означает, что женщина осознает новую роль, которую ей предстоит выполнять, когда она готовится к процедуре ЭКО и рождению ребенка, осознает, какие функции она будет выполнять, какие обязанности у нее появятся, и с какими трудностями придется столкнуться. Важным фактором положительного взаимодействия матери и ребенка, реализации матерью своих обязанностей по отношению к ребенку является именно «готовность к материнству», которая понимается как психологически зрелое отношение женщины к новорожденному.

Объекты и методы исследования. Для достижения поставленной цели нами были выбраны следующие методики. Тест отношений беременной – ТОБ (б) И. В. Добрякова [1, с. 234] с целью определения особенностей психологической готовности к материнству через категории отношения к беременности, к себе-матери и отношения к новорожденному у женщин нарушенной репродуктивной функцией.

Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний К. К. Яхина и Д. М. Менделевича [9, с. 545-552]. Проективная методика «Моя мама, я и мой ребенок» И.А. Золотовой, «направленная на изучение неосознаваемых эмоциональных особенностей диадических отношений «мать - дитя» на основе установочного отношения к новорожденному, сформированного в процессе онтогенеза женщины», а также с целью изучения

отношения самой женщины к себе как матери [4, с. 162]. Исследование проводилось на базе Областного Перинатального Центра г. Ярославля в раннем послеродовом периоде (на 4-7 день после рождения ребенка). Участниками исследования стали 57 человек в возрасте от 18 до 42 лет. Основная группа - женщины с нарушенной репродуктивной функцией в количестве 18 человек. Средний возраст – 35 лет. Контрольная группа - женщины с сохранной репродуктивной функцией в количестве 39 человек. Средний возраст – 31 год.

В качестве методов статистической обработки эмпирических данных использовались: U-критерий Манна-Уитни и коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного исследования были выявлены значимые различия между основной группой женщин с нарушенной репродуктивной функцией и контрольной группой женщин, с сохранной репродуктивной функцией в трансляции отношения к беременности, к себе-матери и к новорожденному.

Таблица 1.

Результаты сравнительного анализа методики ТОБр И. В. Добрякова в исследуемых группах (по критерию U Манна-Уитни)

	Средние значения		U	Z	Уровень значимости p
	Контрольная группа	Основная группа			
Отношение к беременности (эйфорическое)	17,95	61,11	199,5	-3,22	0,001285**
Отношение к беременности (оптимальное)	51,28	11,11	210	2,86	0,004235**
Отношение к себе-матери (оптимальное)	23,08	72,22	178,5	-3,50	0,000463***
Отношение к себе-матери (эйфорическое)	71,80	22,22	177	3,47	0,000530***
Отношение к своему ребенку (оптимальное)	48,72	16,67	238,5	2,28	0,022610*

Отношение к своему ребенку (тревожное)	12,82	50,00	220,5	-2,99	0,002763**
<i>Примечания</i>					
**- различия на уровне значимости $p < 0,01$					

1. Женщины с нарушенной репродуктивной функцией, прошедшие через процедуру ЭКО, преимущественно транслируют эйфорическое отношение к своей беременности по сравнению с женщинами с сохранной репродуктивной функцией. Это можно объяснить тем, что процедуре ЭКО чаще всего предшествуют годы неудачных попыток забеременеть, сдача множества анализов, чтобы выявить причину нарушений. Средний возраст в выборке у женщин с сохранной репродуктивной функцией – 31 год, у женщин с нарушенной репродуктивной функцией – 35 лет.

Женский организм устроен так, что уже с 30 лет репродуктивный потенциал, который заключается в количестве и качестве яйцеклеток в яичниках, начинает снижаться. Снижение овариального резерва влияет не только на шансы забеременеть самостоятельно, но и добиться успеха с помощью ЭКО тоже становится труднее. Российская статистика удачных протоколов ЭКО [8] доказывают сказанное выше. Если в возрастной группе до 34 лет частота беременностей в результате ЭКО составляет 27%, то в возрасте 35-39 лет этот показатель равен 22%. Таким образом, сложности, которые возникли из-за возрастных и соматических особенностей организма у женщин, забеременевших посредством ЭКО, оказывают влияние на формирование эйфорического отношения к наступившей беременности.

2. Представительницы основной группы, также чаще транслируют эйфорическое отношение к себе как к матери. «Долгое ожидание беременности, обусловленное репродуктивными сложностями и необходимостью использовать ЭКО способствуют формированию идеалистических представлений о будущем материнстве» [3, с.98]. Беременность является

«выстраданной», и это позволяет женщине думать, что основные трудности сопутствуют периоду зачатия, а сейчас, когда она стала мамой, ей предоставляется возможность продемонстрировать «материнство» наилучшим образом. Она сможет стать «идеальной матерью». «Реальные трудности наступившего материнства могут вызвать у представительниц основной группы серьезный стресс, вызвать неудовлетворение собой» [3, с.98]. И состояние эйфории логично переходит в состояние «тревоги-депрессии», что подтверждают результаты данного исследования.

3. При эйфорическом отношении к беременности и себе – матери, женщины с нарушенной репродуктивной функцией транслируют тревожное отношение к новорожденному. Полученные нами результаты совпадают с результатами других исследований, которые свидетельствуют о том, что «женщины, беременность которых наступила с помощью ЭКО, имеют более выраженную тревогу и страх за течение беременности и здоровье будущего ребенка, повышенную склонность к анализу состояния собственного организма и «угрожающих» сигналов из окружающей среды» [7, с.105].

4. Результаты сравнительного анализа выраженности невротических состояний у женщин с нарушенной репродуктивной функцией позволяют сделать вывод о наличии высокого уровня тревоги и высокого уровня невротической депрессии. Тревожность присутствует у женщин не только по отношению к новорожденному, она становится их повседневным состоянием, которое по мнению авторов методики проявляется через чрезмерную чувствительность человека к малейшим нарушениям привычного хода событий или чужим реакциям в свой адрес, необоснованную гиперболизированную тревогу по пустякам.

Таблица 2.

Результаты сравнительного анализа выявления и оценки невротических состояний у женщин с сохранной репродуктивной функцией и женщин с нарушенной репродуктивной функцией по U-критерию Манна-Уитни ($p < 0,05$)

	Контрольная	Основная	U	Z	p
Тревога	4,44	1,34	157,5	3,32	0,000910***
Невротическая депрессия	3,13	5,40	133,5	-3,73	0,000192***

5. Женщины, демонстрирующие тревожное отношение к новорожденному и высокий уровень невротической депрессии, в проективной методике «Моя мама, я и мой ребенок» изображают ребенка дистанцировано от себя, перемещая его на руки собственной матери, что подтверждает обратная корреляционная связь ($r -0,58$, $p < 0,05$). «Изображение ребенка на руках «собственной» матери интерпретируется как отражение нарушения в диадических отношениях «мать – дитя», как бессознательное освобождение себя от «уз материнства» [4, с. 163], что позволяет говорить о конфликте с ситуацией материнства и психологической неготовности принятия новорожденного.

Заключение. По итогам проведенного исследования, было выявлено:

1. Женщины с нарушенной и сохранной репродуктивной функцией имеют отличительные особенности в трансляции отношения к беременности, к себе матери и к новорожденному. А именно: у представительниц основной группы описано эйфорическое отношение к беременности и к себе-матери и тревожное отношение к новорожденному. Представительницы контрольной группы чаще транслируют оптимальное отношение к описанным категориям отношений.

2. Женщины с нарушенной репродуктивной функцией транслируют высокий уровень по шкале «тревожность» и по шкале «невротическая депрессия» по результатам Клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний К. К. Яхина и Д. М. Менделевича. Проблемы репродуктивного характера, опыт перинатальных потерь в анамнезе отражаются на эмоциональном состоянии женщин. Наступление беременности и осознание предстоящего материнства вызывают неконтролируемую эйфорию, контрастно сменяющуюся тревогой за ребенка, который являясь результатом долгих лет неудачных попыток и представляет важнейшую ценность для матери.

3. Для женщин с нарушенной репродуктивной функцией характерны амбивалентные эмоциональные состояния – эйфория и тревога. «Первые сопровождаются ощущением расслабления и возникают, если цель достигнута» [2, с.240]. Эмоции ожидания сочетаются с чувством напряжения, которое возрастает по мере реализации цели или возникает в амбивалентной форме. Тревога и невротическая депрессия, возникающие в результате продолжительного нахождения в стрессовой ситуации, является причиной астенизации.

4. Определение психологической готовности к материнству через описание особенностей отношения к беременности, к себе-матери и к новорожденному, а также описание невротических состояний женщины, помогает выявить мишени для психологической работы. Результаты исследования могут быть полезными для составления рекомендаций по работе с женщинами с нарушенной репродуктивной функцией.

Литература / References:

1. Добряков И.В. Перинатальная психология / И.В. Добряков // Питер; СПб. 2010. 234 с.

2. Жмуров В.А. Психопатология / В.А. Жмуров // Иркутск: изд-во ИГУ. 1994. Т.1. 240 с.
3. Захарова Е.И. Внутренняя материнская позиция женщин, беременность которых наступила с помощью ЭКО / Е.И. Захарова, В.А. Якупова // Национальный психологический журнал. 2015. № 17. С. 96-104.
4. Золотова И. А., Хазова С.А. Ресурсы женщины в раннем послеродовом периоде, связанные с заболеванием новорожденного // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология, 2023. Т. 14. № 2. С. 158-167.
5. Киселевич М.Ф. Течение родов у возрастных первородящих женщин / М.Ф. Киселевич, М.И. Маркелова, А.С. Шевченко // Актуальные проблемы медицины. 2012. № 4 (123). С. 53-56.
6. Оразмурадов А.А. Факторы, влияющие на исход беременности и родов у женщин позднего репродуктивного возраста /А.А. Оразмурадов [и др.] // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия «Медицина». Акушерство и гинекология. 2006. №4 (36). С.153-158.
7. Осипенко И.М. Психологические особенности женщин, беременность которых наступила с помощью метода экстракорпорального оплодотворения / И.М. Осипенко // Ярославский педагогический вестник. 2020. № 6 (117). С. 105-113.
8. Регистр ВРРТ РАРЧ 2020 / Российская ассоциация репродукции человека Санкт-Петербург, 2020. URL: https://www.rahr.ru/registr_otchet.php (дата обращения 28.04.2023). - Текст: электронный.
9. Яхин К. К. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний / К.К. Яхин, Д.М. Менделевич //Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. М. 1998. С 545–552.

ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВЫЕ ПРЕДИКТЫ СОЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕН БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

Иванова А. В.

Медицинский психолог

ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер»

имени профессора Н. П. Кокориной, Россия, г. Кемерово

Аннотация. В статье рассмотрены теоретические аспекты изучения ценностно-смысловых предиктов созависимого поведения жен больных алкоголизмом. Представлены результаты исследования ценностно-смысловых предиктов созависимого поведения жен больных алкоголизмом. Проведен анализ и сформулированы Заключение об особенностях, способствующих проявлению созависимого поведения.

Ключевые слова: созависимость, ценностно - смысловая сфера, предикты созависимого поведения, жены больных алкоголизмом, исследование созависимости, смысложизненные ориентации.

VALUE-SEMANTIC PREDICATES OF CODEPENDENT BEHAVIOR OF WIVES OF ALCOHOLISM PATIENTS

Ivanova A. V.

Professor N. P. Kokorina Kuzbass Clinical Narcological Dispensary,

Russia, Kemerovo

Abstract. The article discusses the theoretical aspects of the study of value-semantic predicates of codependent behavior of wives of alcoholism patients. The results of the study of value-semantic predicates of codependent behavior of wives of alcoholism patients are presented. The analysis is carried out and conclusions are formulated about the features that contribute to the manifestation of codependent behavior.

Keywords: codependency, value - semantic sphere, predicates of codependent behavior, wives of alcoholism patients, study of codependency, meaning-life orientations.

Введение. По данным ВОЗ зависимость от алкоголя является одной из приоритетных и требующих решения проблем в области здравоохранения. Зависимость оказывает значительное влияние как на личность самого аддикта, так и на близких ему людей, неизбежно нарушая их взаимоотношения. У людей, находящихся в близких отношениях с больным алкоголизмом с большой вероятностью, может возникать проблема созависимости. У созависимых из-за тяжелой психологической ситуации и постоянного стресса могут наблюдаться как неадекватное восприятие ситуации и поведения, так и тяжелые психосоматические заболевания, вплоть до суицидов.

Несмотря на большое количество исследований, посвященных созависимости, отсутствуют работы, которые могли бы указывать на то, что с созависимым поведением могут быть связаны определенные ценностно-смысловые особенности индивида. Итоги нашего исследования могут быть основанием для разработки эффективных методов коррекции и профилактики созависимого поведения.

Объект исследования: ценностно-смысловая сфера.

Предмет исследования: ценностно-смысловые предикты созависимого поведения жен больных алкоголизмом.

Цель исследования: исследовать ценностно-смысловые предикты созависимого поведения жен больных алкоголизмом.

Методы исследования: теоретический анализ литературных источников; Теоретический анализ литературных источников; математический анализ: критерий Краскела-Уоллиса: социально-демографическая анкета, «Шкала созависимости» Дж. Фишер (адаптация В.Д. Москаленко), «Шкала

созависимости» Б. и ДЖ. Уайнхолд, методика «Тест смысло-жизненных ориентаций» (модификация Д.А. Леонтьева), тест «Ценностные ориентации» М. Рокича.

Выборка. В исследовании приняли участие 53 женщины, имеющие мужей с диагнозом – алкоголизм средней стадии, участники группы по преодолению созависимого поведения.

Изучив различные концепции отечественных и зарубежных авторов, мы можем сделать ряд заключений о ценностно - смысловой сфере человека.

Во-первых, система ценностей - это фундамент для формирования взглядов личности на субъективную реальность, на других людей и самого себя. Во-вторых, они выступают смыслообразующими структурами внутреннего мира человека и не зависят от конкретной жизненной ситуации.

Ценностно-смысловая сфера в отличие от предиктов понятие более масштабное, по мнению многих исследователей, она является базовым ядром личности и включает в себя - ценности личности и систему личностных смыслов, выражающие личностные особенности смыслового понимания [5]. Эти компоненты неразрывно связаны друг с другом и имеют непосредственное отношение к изучению человеческого поведения и побуждений. В контексте темы нашего исследования, определенные ценности и личностные смыслы созависимых женщин будут являться предиктами, побуждающими этих женщин к определенным действиям\бездействию и поведению, т.е. внутри ценностно-смысловой сферы есть компоненты (предикты), которые могут быть связаны с проявлением созависимого поведения.

Изучение взаимоотношений между близкими родственниками и пациентом выявило феномен созависимости как устойчивой системы установок, стимулов и реакций, поддерживающих употребление наркотиков и алкоголя [3].

В медицинском словаре сказано, что созависимость - это патологическое состояние, которое характеризуется глубокой поглощённостью, сильной эмоциональной, социальной или физической зависимостью от другого человека, как правило, страдающего каким-либо видом зависимости [4].

Исследование созависимости все также актуально и по сей день. Л. В. Мазурова пишет о том, что созависимые женщины обладают деструктивными копинг-стратегиями. У созависимых на статистически значимом уровне преобладают такие защиты, как «реактивное образование», «регрессия» и «интеллектуализация». Исследовательница предполагает, что это может быть связано с наличием у созависимых хронического стресса, постоянного эмоционального напряжения и тревоги [2].

Психотерапевт Г.Н. Луговкина, основываясь на своей работе, делает вывод, что низкая эффективность терапии химических аддиктов связана с тем, что после лечения и реабилитации они возвращаются в прежнюю семейную обстановку. Более того, исследовательница утверждает, что созависимые родственники могут и сами попасть в ловушку химической зависимости. Было доказано, что созависимость проявляется в первом поколении у детей и даже у внуков химических аддиктов [1].

Итак, исследования феномена созависимости подтверждают тот факт, что она имеет негативное влияние на саму личность, на его окружение и на близкого зависимого, прошедшего терапию. Созависимые личности теряют свою идентичность, имеют низкую самооценку, используют менее адаптивные копинг-стратегии, находятся в некотором отрыве от реальности.

Изложение и анализ полученных результатов. На первом этапе нашего исследования было заполнение социально-демографической анкеты, в ходе которой выяснилось, что большинство жен алкогольных аддиктов имеют работу, при этом она связана с помощью другим людям. В Таблице 1. можно

увидеть анализ предпочитаемых профессий созависимых женщин (жен алкогольных аддиктов).

Таблица 1.

Результаты анализа социально-демографической анкеты созависимых женщин (жен алкогольных аддиктов). Анализ предпочитаемых профессий

Ранг	предпочитаемых сфер деятельности	% / количество человек
1.	Помогающие профессии (преподаватель, врач, консультант, администратор)	51% / 27
2.	Работа в сфере услуг (продавец, бьюти-работник, официант)	34% / 18
3.	Уединенная работа «человек-техника» (швея, технолог, маляр)	15% / 8

С целью определения степени созависимости жен больных алкоголизмом, мы использовали две методики В.Д. Москаленко и Дж. Уайнхолда (см. Таблицу 2), и получили следующие результаты. Мы можем наблюдать, что в результатах методик на созависимость есть небольшие расхождения, но тем не менее данные схожи.

Анализируя шкалу жизненных целей (СЖО Д.А. Леонтьева) можем заметить, что женщины с умеренной и нормальной созависимостью имеют стандартные отклонения от средних значений, в то время как женщины с ярко выраженной созависимостью имеют ярко выраженные отклонения от средних значений, что может указывать нам на яркое проявление поведения, когда человек создает планы, которые не имеют реальной поддержки в настоящем, что мешает им достигать целей в жизни, даже самых незначительных.

Таблица 2.

Результаты анализа методики «Шкала созависимости» Дж.Фишер (адапт. В.Д. Москаленко) и «Шкала созависимости» Б. и Дж. Уайнхолд.

Степень созависимости Дж. Фишер (В.Д.Москаленко)	% / количество женщин	Степень созависимости Б. и Дж. Уайнхолд	% / количество женщин
1. Норма	14% / 7	1.Очень мало созависимых моделей	0% / 0
2. Умеренно выраженная	26% / 14	2. Средняя степень	25% / 13
3. Резко выраженная	60% / 32	3. Высокая степень	30% / 16
		4. Очень высокая степень	45% / 24

Кроме того, важно отметить, что у женщин, имеющих выраженную созависимость в поведении, показатель жизненных целей уступает значениям критерия, что говорит о том, что человек будет жить сегодняшним \ вчерашним днем, даже при высоком уровне осмысленности жизни.

Результаты анализа также позволяют нам предположить, что женщины, страдающие умеренной созависимостью, демонстрируют преувеличенное видение о будущего, строят грандиозные планы, но не могут их реализовать. В то же время жены, у которых выражена созависимость, имеют менее значимые жизненные цели, живут одним днем, оглядываясь на прошлое, например, помнят, каким был их муж раньше, но не могут представить его в будущем.

Математический анализ (Н-критерий Крускала-Уоллиса) показал нам следующие результаты. Существенные различия выявлены в шкалах «Результативность жизни» ($t=2,683$; $p<0,05$) и «Локус контроля – Я» ($t=2,480$;

$p < 0,05$). Исходя из этого, мы можем сказать, что женщины на разных уровнях проявления созависимости по-разному оценивают осознание своей жизни, вовлеченность в жизненные процессы и оценку своих достижений. Также женщины с разной степенью проявления созависимости имеют разное ощущение степени контроля над своей жизнью, проявлением своей воли, они по-разному оценивают свою ответственность за течение жизни и чувство беспомощности в изменении этих процессов.

Было обнаружено, что чем сильнее человек чувствует, что контролирует свою жизнь, тем выше рейтинг его достижений и тем выше осмысленность его жизни.

По результатам анализа методики «Ценностных ориентаций» М. Рокича можно сказать, что большинство созависимых, а именно 79% из них ставят на первые 3 места такие инструментальные ценности как: чуткость, терпимость и честность, а 71% созависимых жен на последние места разместили такие ценности как: широта взглядов, эффективность в делах, рационализм.

Что касается терминальных ценностей, то тут также выявились сходства. Большинство женщин, а именно 82%, выделяют на первые 3 места такие ценности как: любовь, счастливая семейная жизнь, здоровье. При этом в отвергаемых часто (68%) наблюдались такие ценности как: активная деятельная жизнь, продуктивная жизнь и познание. Что ещё раз доказывает нам, что созависимые женщины поглощены спасением своего зависимого мужа, во имя счастливой семейной жизни, вместо познания и продуктивной жизни с реализацией себя.

Заключение. Жены больных алкоголизмом в своей ценностно-смысловой сфере имеют особенности, способствующие проявлению созависимого поведения. В зависимости от степени выраженности созависимости имеются качественные различия в показателях той или иной сферы.

Литература / References:

1. Бохан, Т. Г. Субъективное качество жизни в структуре личностного потенциала у представителей молодежи севера Сибири с отсутствием и наличием проблемы алкогольной зависимости [Текст] / Т. Г. Бохан, Э. В. Галажинский, А. Л. Ульянич, О.В. Терехина, К. А. Боженкова // Вестник Кемеровского государственного университета. 2018. № 4. (76). С. 125-133.
2. Брыжахина, Ж. Д. Организационные аспекты выявления и преодоления созависимости у родственников больных наркоманией [Электронный ресурс]: автореферат дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Семей, 2010. URL: <https://refdb.ru/look/1351009-pall.html>
3. Кулик, А. А. Особенности временной перспективы созависимых лиц [Текст] / А. А. Кулик, Е. В. Лавриненко // Вестник КРАУНЦ серия «гуманитарные науки». 2011. № 2 (18). С. 55- 65.
4. Ларсен, Д. Созависимость для чайников [Текст] / Д. Ларсен. - 2-е издание: - Издательство «Диалектика», 2021.
5. Сборник научных и методических материалов по проблеме созависимости и сопровождения семей с наркологическими больными. - Спб.: СПУ, 2008. - 132 с. [Электронный ресурс] URL: https://rusneb.ru/catalog/000199_000009_004501793/

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЭПИЛЕПСИИ

Казакова А. Е., Селедцов А. М.

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

Аннотация. Эпилепсия - одно из наиболее распространенных и устойчивых к лечению неврологических заболеваний; она имеет гетерогенные проявления и требует индивидуальных подходов к своей диагностике и

лечению. Основа для таких подходов была заложена современными научно-обоснованными технологиями, доступными в настоящее время в клинической практике. Целью данного обзора является анализ публикаций о персонализированных подходах к диагностике и лечению эпилепсии за последние 10 лет. В статье исследуется вопрос об отдельных маркерах эпилепсии и их прогностическом значении. Авторами рассмотрены новые подходы к локализации эпилептических очагов, взаимосвязь между левосторонней, правосторонней и межполушарной асимметрией и эпилептогенезом, роль сопутствующих расстройств при эпилепсии, а также доступные варианты выявления предикторов эффективности лечения.

Ключевые слова: эпилепсия; маркеры эпилепсии; предикторы эпилепсии; персонализированное лечение; противоэпилептические препараты

INDIVIDUAL APPROACH TO DIAGNOSIS AND TREATMENT OF EPILEPSY

Kazakova A. E., Seledtsov A. M.

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

Abstract. Epilepsy is one of the most common and treatment-resistant neurological diseases; it has heterogeneous manifestations and requires individual approaches to its diagnosis and treatment. The basis for such approaches was laid by modern science-based technologies currently available in clinical practice. The purpose of this review is to analyze publications on personalized approaches to the diagnosis and treatment of epilepsy over the past 10 years. This article analyzes the issue of individual markers of epilepsy and their prognostic significance, new approaches to the localization of epileptic foci, the relationship between left-sided, right-sided and interhemispheric asymmetry and epileptogenesis, the role of concomitant disorders in epilepsy, as well as available options for identifying predictors of treatment effectiveness.

Keywords: epilepsy; markers of epilepsy; predictors of epilepsy; personalized treatment; antiepileptic drugs.

Введение. Эпилепсия является одним из наиболее распространенных и устойчивых к лечению неврологических заболеваний, которое может значительно снизить качество жизни пациента [1, 2], а в некоторых случаях привести к внезапной смерти [3-5]. По оценкам Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), во всем мире насчитывается более 50 миллионов человек, страдающих эпилепсией [6]. Несмотря на широкое применение новых противоэпилептических препаратов, около трети пациентов с эпилепсией страдают от припадков, резистентных к терапии [7, 8]. Ежедневно ситуация осложняется приобретением пациентов с эпилепсией, страдающих аффективными, когнитивными и другими психическими расстройствами без каких-либо вариантов лечения

Изучение диагностики, развития и лечения эпилепсии регулярно вызывает научный интерес. Благодаря внедрению современных научно - обоснованных технологий внедряются новые способы и методы изучения эпилепсии. Среди них недавно предложенные индивидуальные маркеры и предикторы течения заболевания [9, 10].

В последнее время зависимость эпилепсии от различных индивидуальных особенностей: характеристик пола, возраста, локализации эпилептического очага, времени дебюта стала цениться по достоинству. В обзоре представлено краткое изложение опубликованных данных о разработке персонализированных подходов к диагностике и лечению эпилепсии за последние 10 лет.

Объекты и методы исследования. Обзор современной литературы, посвященной проблеме индивидуального подхода к диагностике и лечению эпилепсии

Результаты и обсуждение. В последние годы с использованием современных методов диагностики, таких как магнитно-резонансная томография (МРТ) и воксельная морфометрия, были получены новые структурные и морфологические данные; эти данные указывают на различную восприимчивость полушарий головного мозга к эпилептогенезу. Так, у пациентов с левыми височными эпилептическими очагами наблюдалось уменьшение объема миндалевидного тела [11] и аномалии в белом и сером [12] веществе. Это объясняется разрушительным воздействием эпилептического очага на левое полушарие, которое в раннем возрасте функционально менее активно и более восприимчиво к травмам, вызванным эпилептическими разрядами.

Согласно функциональному магнитно - резонансному картированию - стандартному методу выявления речевой функции у пациентов с эпилепсией соответствует доминирование левого полушария. При фокальной эпилепсии функции речевого аппарата угнетаются [13]. Одним из распространенных показателей локализации эпилептического очага является двигательная активность. Примером двигательной активности являются межполушарные различия, проявляющиеся в мышечных припадках, путем мониторинга мышц на ЭЭГ. Таким образом, была обнаружена мышечная активность в полушарии, противоположном локализации эпилептического очага.

Не менее важным признаком диагностики эпилептического очага является отклонение головы и глаз во время припадков. При противоположные направления поворота головы во время припадков способствуют обнаружению эпилептических очагов между лобным и височными долями. Быстрым и надежным показателем латерализации фокуса при эпилепсии является тест на дихотическое прослушивание. Его применение находят у пациентов, готовящихся к операции. Согласно результатам дихотического прослушивания во время и после припадков, у пациентов с левополушарным речевым

доминированием, эпилептические разряды приводят к снижению уровня распознавания слов (при прослушивании правым ухом), тогда как у здоровых людей при повторении слов способность к распознаванию увеличивается [14].

Обладая внешней симметрией, человеческое тело характеризуется многими анатомическими и функциональными асимметриями, которые имеют большое клиническое значение. Асимметрии в функциях мозга, отражаются на поведении человека, левосторонности или правосторонности, слуховом восприятии, двигательных предпочтениях, ясности сенсорного анализа и т.д. Отмечается определенная связь между левосторонним или правосторонним развитием и эпилепсией. Левостороннее коррелирование с более выраженной правосторонней латерализацией снижает речевую функцию при височной эпилепсии.

Исследования американских ученых позволяют констатировать тот факт, что при височной эпилепсии структурные и функциональные нарушения выходят за пределы пилептогенной височной зоны. Таким образом, МРТ-изображения проводящих путей выявляют нарушения лобно-теменных трактов белого вещества, расположенных на стороне поражения, у пациентов с височной эпилепсией [15].

Исследование четырех структур головного мозга пациентов с височной эпилепсией позволило выявить ипсилатеральные отклонения в трех из них (передняя и средняя височные зоны и мозжечок), а в лобно-теменной зоне — контралатеральными по отношению к эпилептическому очагу. Мониторинг ЭЭГ показал, что эпилептиформная активность, регистрируемая из области за пределами эпилептического очага, может нарушать когнитивные процессы, такие как запоминание слов [16].

Коморбидность - это наличие двух или более синдромов или заболеваний с различной этиологией, патогенезом и патофизиологией, которые возникают у одного и того же человека одновременно. Существуют различные точки зрения

на сопутствующие заболевания. Так, депрессия является одним из наиболее частых расстройств у пациентов с эпилепсией; она возникает в 20-55% случаев при рецидивирующих припадках и в 3-9% случаев при отсутствии судорог [17]. Депрессия может быть связана со стрессом: пациент испытывает хронический стресс из-за осознанности заболевания и приобретенной беспомощности перед угрозой повторных припадков.

Существуют маркеры, которые могут указывать на предрасположенность к депрессии: это исходная асимметрия альфа-ритма ЭЭГ (активность правой теменной области ниже, чем левой) [18] и относительное снижение активности ЭЭГ в левой лобной зоне [19].

Эпилепсия часто сопровождается суицидальными расстройствами, что требует особого внимания при первичном обследовании пациента [20]. МРТ головного мозга способна обозначить потерю белого вещества в правой лобной зоне и увеличение серого вещества в левой височной зоне у пациентов с эпилепсией и суицидальными расстройствами.

С помощью видео – ЭЭГ - мониторинга и нейропсихологических тестов можно выявить рост когнитивной и психической дисфункции с увеличением числа интериктальных эпилептических припадков. Негативное влияние судорог на развитие психических функций опосредуется нарушением регуляции сигнальных путей и нейронных сетей. Неблагоприятный прогноз умственных способностей при эпилепсии коррелирует с ранним началом заболевания, наличием очаговых припадков, преобладанием крупных и серийных эпилептических припадков, возникновением эпилептического статуса, глубоким нарушением сознания в постиктальном периоде, частотой и тяжестью сумеречных состояний в межучный период.

Когнитивные расстройства при эпилепсии, по мнению большинства авторов, включают нарушения памяти и работоспособности, умственную отсталость, снижение скорости обработки информации, замедленную реакцию,

дефицит внимания и другие функциональные нарушения [23-26]. Когнитивные дефекты наблюдаются при эпилепсии как у детей, так и у взрослых считается, что эти дефекты вызваны генетическими, молекулярными и клеточными механизмами, общими для эпилепсии, интеллектуальных расстройств и расстройств аутистического спектра.

На течение и степень эпилепсии влияет ряд факторов, таких как этиология заболевания, возраст пациентов, тип, частота приступов, наследственные и психосоциальные факторы окружающей среды, последствия хирургического вмешательства и побочные эффекты противоэпилептических препаратов. Важную роль в когнитивных дисфункциях при эпилепсии играют факторы локализации и характера поражения головного мозга.

Проблема устойчивости эпилепсии к лекарственным препаратам является одной из наиболее важных. Фармакорезистентность обнаруживается примерно у 30% пациентов с эпилепсией и часто сопровождается повышенным травматизмом, психосоциальными расстройствами и ухудшением качества жизни. Установлено, что основными клиническими предикторами фармакорезистентности являются наличие психиатрических и депрессивных расстройств, а также органическая патология головного мозга, диагностируемая с помощью МРТ. У взрослых предикторами фармакорезистентности при эпилепсии являются ранний возраст дебюта, частые припадки, неэффективность предыдущей терапии.

У пациентов с правосторонним профилем межполушарной асимметрии количество сложных парциальных припадков (при противоэпилептической терапии) снижается в 3 раза больше, чем у пациентов с левосторонним профилем асимметрии [38-40]. Также было установлено, что профиль межполушарной асимметрии оказывает значительное влияние на эффективность противосудорожной терапии у пациентов с фармакорезистентной эпилепсией [12]. В последние годы было установлено,

что многие противоэпилептические препараты могут оказывать психотропное действие, что необходимо учитывать при выборе стратегии лечения. В настоящее время проводятся исследования противоэпилептических средств последнего поколения.

Заключение. В настоящее время, благодаря инновационным технологиям, были предложены и внедрены в практику ряд индивидуальных маркеров и предикторов эпилепсии. Наряду с этим накоплены данные о корреляциях между проявлениями эпилепсии и индивидуальными особенностями пациента. Следует принимать во внимание индивидуальный подход при принятии решения о лечении эпилепсии. Такой подход, на наш взгляд, обеспечивает положительные результаты лечения осложненной и лекарственно-устойчивой эпилепсии.

Литература / References:

1. Меликян, Е. Г., Мильчакова, Л. Е., Гехт, А. Б., Гусев Е.И. Качество жизни в эпилептологии. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 2008; 108 (Дополнение 3). С. 28-35.
2. Меликян, Е. Г., Гехт, А. Б. Качество жизни больных эпилепсией. Лечебное дело. 2021. №№ 1-9.
3. Duncan S., Brodie M.J. Sudden unexpected death in epilepsy. *Epilepsy Behav* 2011; 21(4): 344–351, <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2011.04.056>.
4. Shorvon S., Tomson T. Sudden unexpected death in epilepsy. *Lancet* 2011; 378(9808): 2028–2038, [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60176-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60176-1).
5. Duple S.N., Thomas S.V. Sudden unexpected death in epilepsy. *Indian J Med Res* 2017; 145(6): 738–745, https://doi.org/10.4103/ijmr.ijmr_548_17.
6. Guerreiro C.A. Epilepsy: is there hope? *Indian J Med Res* 2016; 144(5): 657–660, https://doi.org/10.4103/ijmr.ijmr_1051_16.
7. Авакян, Г. Г., Воронина, Т. А., Литвинова? С. А., Неробкова, Л. Н., Балабанян, В.У., Никонова, А. А., Авакян, Г. Н. Новые подходы в лечении

эпилепсии. *Анналы клинической и экспериментальной неврологии*. 2017. 11(3): 15-22.

8. Tang F., Hartz A.M.S., Bauer B. Drug-resistant epilepsy: multiple hypotheses, few answers. *Front Neurol* 2017; 8: 301, <https://doi.org/10.3389/fneur.2017.00301>.

9. Beghi E., Giussani G., Sander J.W. The natural history and prognosis of epilepsy. *Epileptic Disord* 2015; 17(3): 243–253.

10. Kerr E.N., Fayed N. Cognitive predictors of adaptive functioning in children with symptomatic epilepsy. *Epilepsy Res* 2017; 136: 67–76, <https://doi.org/10.1016/j.epilepsyres.2017.07.015>.

11. Silva I., Lin K., Jackowski A.P., Centeno Rda S., Pinto M.L., Carrete H. Jr., Yacubian E.M., Amado D. Absence of gender effect on amygdala volume in temporal lobe epilepsy. *Epilepsy Behav* 2010; 19(3): 501–503, <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2010.08.031> .

12. Santana M.T., Jackowski A.P., da Silva H.H., Caboclo L.O., Centeno R.S., Bressan R.A., Carrete H. Jr., Yacubian E.M. Auras and clinical features in temporal lobe epilepsy: a new approach on the basis of voxel-based morphometry. *Epilepsy Res* 2010; 89(2–3): 327–338, <https://doi.org/10.1016/j.epilepsyres.2010.02.006> .

СЕКСУАЛЬНАЯ НЕУДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ И АЛЕКСИТИМИЯ: ГЕНДЕРНЫЕ И ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ

Карпова Э. Б., Лабес А. И.

*Кафедра психологии кризисных и экстремальных ситуаций
Санкт-Петербургский государственный университет Минобрнауки России,
Россия, г. Санкт-Петербург*

Аннотация. В статье представлены результаты исследования гендерных и возрастных аспектов сексуального благополучия, а также алекситимии как предиктора сексуальной неудовлетворенности. Установлено, что сексуальная удовлетворенность не связана с возрастом и полом респондентов, и не зависит

от наличия урологических/ гинекологических заболеваний. Выявлена связь сексуальной неудовлетворенности с общим показателем алекситимии, а также с отдельными ее проявлениями – «трудности с идентификацией чувств» и «трудности с описанием своих чувств другим людям». Полученные результаты подтверждают, что осознание эмоций и способность выразить их словами имеют важное значение для сексуального благополучия.

Ключевые слова: сексуальная неудовлетворенность, сексуальное благополучие, алекситимия.

SEXUAL DISSATISFACTION AND ALEXITHYMIA: GENDER-SPECIFIC AND AGE-RELATED ASPECTS

Karpova E. B., Labes A. I.

*Department of Psychology of Crisis and Extreme Situations
St. Petersburg State University, Russia, St. Petersburg*

Abstract. The article represents the results obtained during the research of gender-specific and age-related aspects of sexual well-being, as well as examination of alexithymia as a predictor of sexual dissatisfaction. It was found out that sexual satisfaction does not depend on age or gender of respondents and is not affected by the presence of urological/gynecological diseases. The study also found a link between sexual dissatisfaction and rate of alexithymia, particularly between sexual dissatisfaction and such manifestations of alexithymia as «difficulty identifying feelings» and «difficulty describing feelings». The results of the research confirm and prove that emotional awareness and ability to verbalize emotions occur to be essential factors for sexual well-being.

Keywords: sexual dissatisfaction, sexual well-being, alexithymia.

Актуальность. Сексуальное благополучие оказывает благотворное воздействие на гармонию в браке, имеет первостепенное значение для партнерских отношений, влияет на ощущение человеком своей полноценности.

Иными словами, сексуальная удовлетворенность не только играет значимую роль в построении близких отношений, но и является важной составляющей субъективного благополучия.

Проблемы в интимной жизни воспринимаются психологически болезненно и тяжело. Однако зачастую, из-за табуированности темы секса в обществе, люди обращаются к психологам-сексологам только в случаях, когда чувствуют, что уровень их сексуальной жизни значительно ниже того, который они сочли бы для себя комфортным. В то же время несоответствие своих реальных сексуальных отношений желаемым, часто остается неотрефлексированным. Именно поэтому сексуальная неудовлетворенность является одним из ключевых понятий в практике данных специалистов, а повышение сексуальной удовлетворенности – одной из основных задач прикладной сексологии.

Сексуальная неудовлетворенность относится к недостаточно исследованным явлениям в психологии. Малоизученными также остаются предпосылки нарушений в сексуальной сфере, то есть те факторы риска, повлияв на которые, можно было бы помочь людям не допустить состояния сексуальной неудовлетворенности. Между тем, изучение возможных предикторов нарушений сексуальной удовлетворенности и накопление эмпирических данных в этой области позволит сделать более эффективным психокоррекционное и терапевтическое вмешательство.

В нашем исследовании в качестве предиктора был выбран феномен алекситимии. Мы предположили, что алекситимия будет негативно связана с сексуальной удовлетворенностью по ряду причин. Во-первых, ранее проведенные исследования свидетельствуют о том, что алекситимическая личность характеризуется низкой адаптивностью и психологической устойчивостью [7], что позволяет сделать вывод, что алекситимия представляет угрозу для достижения высокого качества жизни и является неспецифическим

фактором риска психоэмоциональных нарушений. Другими словами, алекситимия представляет угрозу для психологического благополучия человека, которое, в свою очередь, может влиять на сексуальное благополучие.

Во-вторых, известно, что алекситимия обуславливает некоторые межличностные проблемы, в особенности проблемы холодного и дистанцированного поведения, неспособность выстраивать отношения с близкими людьми [6], неспособность к сопереживанию, эмоциональной близости [2]. Согласно исследованиям, алекситимия также связана с более низким уровнем эмоционального интеллекта [12]. Таким образом, алекситимической личности свойственны более низкие навыки общения и трудности с эмпатией. Между тем, ведущей причиной сексуальных дисгармоний является нарушение коммуникации между партнерами как в повседневной жизни («хороший секс начинается с хорошей гостиной»), так и в обсуждении их сексуальных сценариев и предпочтений.

Наконец, свойственное алекситимии нарушение осознания человеком своих чувств закономерно приводит к непониманию им своих потребностей и желаний, в том числе в сексуальной жизни. Если человек сам не может понять, чего он хочет и что приносит ему удовольствие, то даже эффективная коммуникация между партнерами не гарантирует высокой удовлетворенности в сексуальных отношениях.

В научной литературе встречаются статьи, указывающие на связь алекситимии с сексуальными дисфункциями (которые, конечно, приводят к снижению качества сексуальной жизни), такими как: эректильная дисфункция у мужчин [10], преждевременная эякуляция у мужчин [9], аноргазмия, вагинизм [5] и боль во время секса у женщин [4]. Однако мы не встретили ни одного исследования, посвященного связи сексуальной неудовлетворенности с алекситимией, что обуславливает новизну нашей эмпирической работы.

Материалы и методы. Для участия в исследовании приглашались респонденты старше 18-ти лет, имеющие опыт сексуальных отношений и не имеющие диагностированных психических расстройств.

В исследовании приняли участие 193 человека в возрасте от 18 до 54 лет, средний возраст – $26,64 \pm 8.1$. В основном респонденты имели высшее или неоконченное высшее образование. 82% выборки (158 человек) составили женщины, 18% (35 человек) – мужчины. 14% респондентов (27 человек) указали на наличие у них гинекологических и/или урологических заболеваний. Примечательно, что все 27 участников исследования, указавших на наличие заболеваний, были женщинами. Это можно объяснить и тем, что женщины составили большую часть данной выборки, и тем, что женщины в целом внимательнее относятся к своему здоровью и лучше осведомлены о его состоянии.

В исследовании были использованы следующие методы:

1. Авторская анкета, состоящая из восьми вопросов, целью которых был сбор базовой информации о респондентах. Первые вопросы направлены на проверку соответствия респондента критериям включения в выборку, остальные вопросы, в основном, позволяют собрать социально-демографические данные, а также сведения о сексуальной ориентации и наличии диагностированных урологических/ гинекологических заболеваний.

2. «Опросник установок к сексу Айзенка» («Eysenk Anventory of difitudes to Sex», EIAS), в переводе на русский язык А. Белопольским. Из данного опросника мы использовали шкалу «Сексуальная удовлетворенность», позволяющую оценить уровень сексуального благополучия.

3. Торонтская Алекситимическая Шкала (TAS-20-R), созданная Дж. Тейлором, Д. Райаном и Р. Бэгби, русскоязычный вариант TAS-20-R Московского НИИ Психиатрии. Методика позволяет количественно оценить уровень алекситимии, а также выраженность трех факторов, отражающих

основные её компоненты: трудности идентификации чувств (ТИЧ), трудности с описанием чувств к другим людям (ТОЧ) и внешне-ориентированного (экстернального) типа мышления (ВОМ).

Для статистического анализа были использованы методы описательной и сравнительной статистики: непараметрические критерии U-Манна-Уитни и Н-Краскела-Уоллиса, а также коэффициент корреляции Спирмена. Анализ данных проводился на языке программирования R версии 4.2.

Результаты исследования и их обсуждение. Мы допускали, что различные заболевания мочеполовой системы сами по себе могут снижать степень сексуального благополучия. Для того чтобы понять, не будут ли урологические и/или гинекологические заболевания являться дополнительной переменной в исследовании (не будут ли значимо влиять на сексуальную удовлетворенность), и, соответственно, можно ли использовать результаты респондентов с соматической патологией в дальнейшем анализе данных, мы провели сравнение показателей сексуальной удовлетворенности в группах здоровых респондентов и респондентов с заболеваниями.

В исследуемой выборке о патологии сообщили только женщины, все мужчины указали нормальный урологический статус. Среди заболеваний женщины указывали такие, как: эндометриоз, кандидоз, ВПЧ, СПКЯ, миому матки, эрозию и эктопию шейки матки, хронический цистит, дисменорею, гипертонус мышц таза и некоторые другие заболевания. Доля женщин с заболеваниями составляет 17.09% от общего числа респондентов.

Сопоставление групп респондентов с гинекологическими заболеваниями и без патологии не выявило статистически значимых различий ($U=2518$, $p=0.304$). Таким образом, согласно полученным результатам, в данной выборке наличие урологических и/или гинекологических проблем не влияет на степень сексуальной удовлетворенности. На наш взгляд, данный факт еще раз

подчеркивает значительный вклад психологического, а не соматического в сексуальную удовлетворенность.

При изучении влияния гендерного фактора, возраста и сексуальной ориентации на сексуальную удовлетворенность не было выявлено статистически значимых различий в степени сексуальной удовлетворенности мужчин и женщин ($U=2244.5$, $p=0.082$), респондентов с различной сексуальной ориентацией (Kruskal-Wallis, $n=193$, $H=5.443$, $df=2$, $p=0.066$), респондентов различного возраста (Kruskal-Wallis, $n=193$, $H=0.998$, $df=3$, $p=0.802$). Мы также получили результаты, свидетельствующие о том, что сексуальная удовлетворенность в паре не зависит от длительности отношений ($r_s=0.08$, $p>0.05$).

В нашей выборке респондентов с высоким уровнем алекситимии оказалось 12 (6.2%) человек, со средним уровнем – 117 (60.6%) человек, нормальные значения были определены у 64-х (33.2%) респондентов. Сравнение выраженности алекситимии в зависимости от пола, возраста и уровня образования (табл. 1.) показало, что статистически значимых гендерных различий по общему показателю алекситимии выявлено не было, что расходится с данными других исследований [7, 8, 13], в которых отмечается более частая встречаемость алекситимии среди мужчин. Возможно, отсутствие различий между средними показателями у мужчин и женщин, объясняется гендерным дисбалансом нашей выборки. По шкалам «трудности идентификации чувств» (ТИЧ), «трудности описания чувств другим людям» (ТОЧ) между мужчинами и женщинами не было выявлено статистически значимых различий, однако они были обнаружены по шкале «внешне-ориентированный (экстернальный) тип мышления» (ВОМ) – экстернальность мышления более выражена у мужчин, чем у женщин.

Таблица 1.

Показатели сравнительного анализа выраженности алекситимии в зависимости от пола, возраста и уровня образования.

Переменная	Пол U-критерий Манна Уитни		Возраст Kruskal- Wallis, n=193, df=3		Уровень образования Kruskal- Wallis, n=193, df=3	
	u	p-value	H	p-value	H	p-value
Алекситимия общий балл	2590.0	0.559	5.162	0.16	4.02	0.259
Трудности идентификации чувств	3117.0	0.239	6.607	0.086	2.807	0.422
Трудности описания чувств	2508.0	0.390	3.766	0.288	2.567	0.463
Экстернальное мышление	1957.5	0.007	1.751	0.626	4.584	0.205

Результаты статистического анализа также показывают, что общий показатель алекситимии и средние шкальные оценки ТИЧ, ТОЧ и ВОМ не зависят от возраста и уровня образования респондентов.

Основной гипотезой нашего исследования было предположение, что сексуальная неудовлетворенность связана с высоким уровнем алекситимии (Таблица 2). Полученные данные свидетельствуют о том, что корреляция между сексуальной неудовлетворенностью и алекситимией действительно существует ($p < 0.001$). Причем сексуальная неудовлетворенность соответствует как более высокому общему баллу алекситимии, так и более высоким значениям по шкалам «трудности с идентификацией чувств» ($p < 0.001$) и «трудности с описанием чувств другим людям» ($p < 0.001$). Таким образом, осознание эмоций и собственных внутренних состояний важно для благополучного сексуального функционирования.

Таблица 2.

Корреляция сексуальной удовлетворенности с алекситимией (значения коэффициента корреляции Спирмена).

	Секс.удовлетворенность
Алекситимия Общий Балл	-0.36***
Трудности_идентификации_чувств	-0.37***
Трудности_описания_чувств	-0.35***
Экстернальное_мышление	-0.08

Однако статистически значимой корреляции между сексуальной неудовлетворенностью и значениями шкалы «внешне-ориентированный тип мышления» обнаружено не было. Полученные данные свидетельствуют о том, что характерная для людей с алекситимией особенность общения, при котором преобладает обмен фактической, а не эмоциональной информации, оказался не существенно связан с сексуальной удовлетворенностью. Можно предположить, что для сексуальной удовлетворенности при взаимоотношениях с партнером в значительной мере более важным является распознавание своих чувств и умение передать их другим людям при контакте с ними, чем склонность при коммуникации углубляться в чувственно-эмоциональную сферу.

Закючение.

1. В результате исследования не было обнаружено статистически значимых различий в уровне сексуальной удовлетворенности между мужчинами и женщинами, а также между респондентами разных возрастных групп и различной сексуальной ориентации. Кроме того, наши результаты показали, что сексуальная удовлетворенность не связана с продолжительностью отношений. Также сексуальная удовлетворенность в

данной выборке не зависела от наличия урологических/ гинекологических заболеваний респондентов.

2. Было выявлено, что у мужчин чаще наблюдается внешне-ориентированный тип мышления в сравнении с женщинами. Однако в целом степень выраженности алекситимии не зависит от пола. Также алекситимия не связана с возрастом и уровнем образования респондентов.

3. Существует связь между сексуальной неудовлетворенностью и более высоким общим баллом алекситимии, а также повышенными значениями по шкалам «трудности с идентификацией чувств» и «трудности с описанием чувств другим людям». Полученные результаты свидетельствуют о том, что осознание эмоций и способность выразить их словами могут выступать предикторами сексуальной неудовлетворенности.

4. Сексуальная удовлетворенность не зависит от степени выраженности внешне-ориентированного типа мышления.

Литература / References:

1. Есин, Р. Г., Горобец, Е. А., Галиуллин, К. Р., Есин, О. Р. Алекситимия – основные направления изучения // Журнал неврологии и психиатрии. 2014. № 13. С. 148-151.

2. Старостина, Е. Г., Тэйлор, Г. Д., Квилти, Л. К., Бобров А. Е., Мошняга Е. Н., Пузырева Н. В., Боброва М. А., Ивашкина М. Г., Кривчикова М. Н., Шаврикова Е. П., Бэгби М. Торонтская шкала алекситимии (20 пунктов): валидизация русскоязычной версии на выборке терапевтических больных // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 4. С. 31-38

3. Ciocca G., Limoncin E., Di Tommaso S., Gravina GL., Di Sante S., Carosa E., Tullii A., Marcozzi A., Lenzi A., Jannini EA. Alexithymia and vaginismus: a preliminary correlation perspective. Int J Impot Res. 2013. 25. Pp.113-116.

4. Hesse C., Floyd K. Affection mediates the impact of alexithymia on relationships. *Personality and Individual Differences*. 2011. 50. Pp. 3451-456.
5. Jackowska E. Zrozumieć aleksytymię. *Medycyna Rodzinna*. 2018. Vol. 21, N 2. Pp. 139-146.
6. Karukivi M., Saarijärvi S. Development of interoceptive Awareness, Alexithymia, and Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2019. 45:8. Pp. 729-738.
7. Karukivi M., Saarijärvi S. Development of alexithymic personality features. *World Journal of Psychiatry*. 2014. Vol. 4, N 4. Pp. 91-102.
8. Michetti P., Rossi R., Bonanno D., De Dominicis C., Iori F., Simonelli C. Dysregulation of emotions and premature ejaculation (PE): alexithymia in 100 outpatients. *The journal of sexual medicine*. 2007. 4(5). Pp. 1462-1467.
9. Michetti P., Rossi R., Bonanno D. *et al.* Male sexuality and regulation of emotions: a study on the association between alexithymia and erectile dysfunction (ED). *Int J Impot Res*. 2006. 18. Pp. 170-174.
10. Ozdemir YO., Ergelen M., Ozen B, Akgul IF., Bestepe EE. Alexithymia and Parental Bonding in Women with Genitopelvic Pain/Penetration Disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2022. 18. Pp. 3023-3033.
11. Parker J.D.A., Taylor G.J., Bagby R.M. The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual Differences*. 2001. Vol. 30, N1. Pp. 107-115.

РАННИЙ ДЕТСКИЙ АУТИЗМ: ПРОБЛЕМАТИКА И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ

Карташова П. М.

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

Аннотация. Проблема раннего детского аутизма (РДА) в настоящее время является актуальной, так как в мире с каждым годом растет число вновь

поставленного диагноза аутистического расстройства у маленьких детей. В данной статье рассматривается детский аутизм, современные проблемы расстройства аутистического спектра у детей и пути их решения, ранние симптомы и признаки проявления, а также методы диагностики и коррекции.

Ключевые слова: ранний детский аутизм, аутистическое расстройство, симптомы, методы диагностики, адаптация, методы психокоррекции.

EARLY CHILDHOOD AUTISM: PROBLEMS AND PSYCHOCORRECTION

Kartashova P. M.

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

Abstract. The problem of early childhood autism (ECA) is currently relevant, since every year the world is diagnosed with autistic disorder in young children. This article discusses childhood autism, modern problems of autistic behavior disorders in children and ways to solve them, early symptoms and manifestations, as well as diagnostic methods.

Keywords: early childhood autism, autistic disorder, symptoms, diagnostic methods, adaptation, methods of psychocorrection.

Опираясь на последние статистические данные, среди 10 000 детей и подростков в возрастном промежутке от 4 до 15 лет расстройство аутистического характера имеется у 4-5 человек, что является довольно большим показателем распространённости проблемы.

В современном обществе созданы различные методы оказания психолого-педагогической поддержки детям разных возрастных групп с ранним детским аутизмом. Присутствие экспансивных, поведенческих и умственных проблем в большей степени снижает возможности их адаптации в

социуме. Разработка результативного метода влияния на формирование личности детей и подростков с трудностями в развитии делает исследование данной проблемы крайне важной [6].

Объект исследования – аутизм.

Предмет исследования – ранний детский аутизм.

Результаты и обсуждения. Аутизм – расстройство развития органического происхождения, результатом которого является ослабление социальных взаимоотношений, обычно сопровождающееся качественным ухудшением вербального и невербального общения [1].

Детский аутизм принадлежит к категории первазивных (затрагивающих все сферы психической деятельности) расстройств развития. В интернациональной классификации болезней (МКБ-10) РДА относится к категории нарушений, отмеченных как «общие расстройства развития». Ребенка с аутизмом определяет специфичный склад личности, главной чертой которого является интроверсия – индивидуально-психологическая характеристика человека, отражающая преимущественную направленность личности на явления собственного субъективного мира [3]. Несмотря на то, что активно разрабатываются методики направленные на оказание помощи детям с аутистическим расстройством, а также помощи в их социализации, специалисты сталкиваются с рядом проблем. В первую очередь, недостаток у преподавателей и клинических психологов общеобразовательных и коррекционных организаций нужных медико-психолого-педагогических познаний не дает возможность грамотно осуществлять работу по обучению и воспитанию ребенка с РДА. Положение осложняется тем, что в Российской Федерации отсутствует целенаправленное обучение специалистов для работы с аутистическими детьми на факультетах психологии, педагогики и специального образования в вузах. Положение при подготовке кадров для работы с детьми, страдающими РДА, осложняется отсутствием специальной литературы [2].

В связи с этим в государстве в последнее время активно проводится разработка мер по организации максимально эффективной помощи детям-аутистам, разработка ранних способов диагностики заболевания, а также подготовка специалистов.

«Триада Wing» является основной группой симптомов при аутизме, обнаружение которых дает врачу возможность сделать вывод о наличии раннего детского аутизма. Главными симптомами, которого является социальная дезорганизация, нарушение коммуникативных возможностей и циклическое (стереотипное) поведение. Дети неординарно реагируют на всевозможные старания наладить с ними контакт. В раннем возрасте о такого рода ребенке нередко складывается мнение глухого – он никак не реагирует на собственное имя, всевозможные звуки, а также на наличие знакомых людей рядом, у такого ребенка отсутствует зрительный контакт с рядом находящимися людьми. Такие дети скупы на выражение эмоций, присутствует каменное выражение лица, зачастую именуемое «зачарованность созерцанием», помимо того у них отсутствует эмпатия [4].

Проблемы с коммуникацией у детей аутистического типа проявляются в виде торможения речевого развития. У них проявляются эхολалические явления речи, в норме которые должны исчезнуть после двухлетнего возраста. Взамен привычной речи аутичный ребёнок применяет вокализации, напоминающие «пение», «мычание» или «дельфиний визг». О себе они говорят в третьем лице и с заметной задержкой учатся употреблять местоимение «Я». Более того у детей с аутизмом имеется затруднённая коммуникация при помощи жестикуляций.

Еще одним признаком при постановке специалистом диагноза аутистического расстройства является чрезмерная увлеченность ребенком очень мелких предметов, к тому же его может привлекать не предмет в целом, а отдельные его части, свойства. Для детей страдающих аутизмом также

характерна агрессия по отношению к другим людям, аутоагрессия и отсутствие страха перед опасностями. Однако, несмотря на все это дети-аутисты обладают уникальной памятью, проявляют высокие математические и музыкальные способности, имеют склонность к изучению языков, но сроки овладения знаниями могут быть сдвинуты на более поздние возрастные периоды, чем обычно. Своевременная диагностика заболевания позволяет снизить аутистическую симптоматику, улучшить интеллектуальное и социальное функционирование ребёнка. Постановка диагноза происходит только после сбора анамнеза, исследования психического состояния и наблюдения за поведением пациента. Более того комплексная диагностика в дальнейшем пригодится для планирования терапевтического лечения. В случае отсутствия ранней диагностики детского аутизма и подбора нужной терапевтической коррекции большинство больных становятся необучаемыми и неприспособленными к жизни в социуме.

В современном мире еще не придумали результативных способов терапии, которыми возможно оказать действие на причины расстройства. Поэтому лечение всегда носит поддерживающий характер. В случае применения медикаментозного лечения раннего детского аутизма препараты дозируются с учетом возраста, развития пациента и индивидуальных особенностей, характерных для конкретного случая.

Терапевтическое лечение детей с РДА является комплексом мероприятий, который содержит:

1) Индивидуальная терапия.

- Стимулирование процессов обучения с целью определения собственной жизненной перспективы.
- Укрепление отношений и чувства доверия.
- Стимулирование анализа и организации процессов собственного мышления.

- Анализ взаимосвязи событий.
- Подготовка в преодолении обыденных трудностей.

2) Тренировка социальных навыков в составе группы.

- Стимулирование интереса к социальному взаимодействию.
- Поощрение соблюдения социальных норм.
- Передача социального опыта.

3) Профессиональная подготовка и занятость.

- Применение специфических интересов пациента с целью получения им профессионального образования.

- Организация условий для профессиональной деятельности, соответствующих способностям больного.

- Отказ от видов деятельности, требующих интенсивных социальных контактов.

4) Медикаментозное лечение.

- Целенаправленное медикаментозное лечение в соответствии с симптоматикой или нарушениями поведения.

- Медикаментозное лечение представляет собой лишь один из компонентов общего терапевтического плана [5].

Кроме проведения работ с больным ребенком крайне важно проводить мероприятия с родителями, которые содержат:

1. Просветительную работу, направленную на ознакомление с особенностями детей с РДА, способов коррекции, лечебных центров, способных поддерживать и улучшать состояние ребенка.

2. Консультативно-методическая работа, включает разработку правил, методик и инструкций для воспитания аутистического ребенка, а также психологическую поддержку семьям.

3. Психокоррекционная и психопрофилактическая работы направлены на оказание психологической помощи самим родителям [6].

Заключение. Проблема раннего детского аутизма остаётся актуальной и по сей день, однако для снижения выявления новых эпизодов заболевания с особым усилием проводятся ряд мероприятий, таких как организация обучения специалистов, создание методик диагностики и психокоррекции, разработка терапевтического лечения, а также комплексная работа, как с самими детьми, так и с их родителями.

Литература / References:

1. Аутизм // Большой медицинский словарь. Доступно по: <https://834.slovaronline.com/9-аутизм>. Ссылка активна на 08.09.2023.
2. Детский аутизм: хрестоматия // Сост. Л.М. Шипицына. — СПб.: Международный университет семьи и ребенка им Р. Валленберга, 1997. С.3.
3. Интроверсия // Большой медицинский словарь. Доступно по: <https://slovar-konfliktologa.slovaronline.com/428-интроверсия>. Ссылка активна на 08.09.2023.
4. Альбицкая, Ж. В. Медицинский Альманах // Ранний детский аутизм – проблемы и трудности первичной диагностики при междисциплинарном взаимодействии. 2016. №2. С. 109-110.
5. Ремшмидт, Х. Аутизм. Клинические проявления, причины и лечение. М. 2003. С. 120-250.
6. Маллаев, Д. М. Известия Дагестанского государственного педагогического университета. Психолого-педагогические науки // Синдром раннего детского аутизма: медико-психологические и социально-педагогические аспекты, 2007. №1. С. 9, 32.

ТРАВМАТИЗАЦИЯ СТРАХОМ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПАНДЕМИИ

Кирина Ю. Ю., Акименко Г. В., Яковлев А. С.

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

Аннотация. Пандемия COVID-19 в сочетании с высоким уровнем передачи инфекции и смертности создала беспрецедентное чрезвычайное положение во всем мире. Риск заражения и угрозы жизни, переживание социальной изоляции и потери контроля над ситуацией, масштабы устрашающего информационного воздействия стали причиной «пандемии страха», распространившейся по регионам и странам. В статье дан анализ результатов исследований психологических последствий пандемии COVID-19, как для населения разных стран и мира в целом, так и для отдельных категорий населения, а также соответствующих факторов риска.

Ключевые слова: психика, психосоматические расстройства, пандемия, паника, страх, карантин.

TRAUMATIZATION BY FEAR: PSYCHOLOGICAL CONSEQUENCES OF THE PANDEMIC

Kirina Y. Y., Akimenko G. V., Yakovlev A. S.

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

Abstract. The COVID-19 pandemic, coupled with high levels of transmission and mortality, has created an unprecedented state of emergency around the world. The risk of infection and threat to life, the experience of social isolation and loss of control over the situation, the scale of the frightening information impact have become the cause of a «pandemic of fear» that has spread across regions and countries. The article provides an analysis of the results of studies of the psychological consequences of the COVID-19 pandemic, both for the population of

different countries and the world as a whole, and for individual categories of the population, as well as relevant risk factors.

Keywords: psyche, psychosomatic disorders, pandemic, panic, fear, quarantine.

Введение. История человечества была отмечена влиянием многих страшных эпидемий инфекционных заболеваний. В начале XXI века международное сообщество испытало в глобальном масштабе пугающую ситуацию, связанную с распространением тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС, *англ.* SARS), который был необычной, быстро распространяющейся пневмонией [12]. Эпидемия продемонстрировала, что одним из последствий глобализации стало её чрезвычайно быстрое распространение с одного континента на другой. Однако коронавирус (COVID-19) «побил» все антирекорды скорости экспансии вируса. Пандемия коронавируса стала одним из главных вызовов обществу в новейшей истории. Опасная болезнь привела к введению режима карантина и самоизоляции на длительный срок в более чем 150 странах мира [3]. Ситуация с COVID-19 стала «благоприятной» почвой для роста тревоги, паники, усиления фобий, психосоматических расстройств.

В сложившейся ситуации важно проанализировать возникающие психологические проблемы и найти оптимальные решения для выхода из стрессовой ситуации пандемии, используя личностные и мировые социальные ресурсы.

Целью работы является выявление основных факторов, воздействующих на психологическое и соматическое здоровье человека в условиях COVID-19.

Методология. В работе использовался историко-психологический метод, который позволил проанализировать влияние пандемии на психологическое состояние и поведение людей на разных этапах эпидемии, обобщить исследуемый материал и сделать выводы.

Результаты. Реакции на эпидемию, как и большую часть человеческой психологии, важно рассматривать в контексте предыстории. Мир уже переживал пандемии и изоляция, как форма борьбы с ними давно известна. Первое упоминание о карантине содержится в Библии в книге «Левит: Третья книга Моисеева» [1].

В начале прошлого века по Европе прокатилась эпидемия «испанского» гриппа. За полтора года (1918-1919 гг.) «испанкой» переболело более 550 млн. человек, или 31,4 % населения планеты и умерло около 90-100 млн. [4]. Пандемия XX в. стала одной из самых масштабных катастроф в мировой истории.

Человечество веками вырабатывало рефлекс на инфекционные угрозы. Как результат, у людей сформировался целый ряд бессознательных психологических реакций, которые Марк Шаллер (*англ.* Mark Schaller, Университет Британской Колумбии) назвал «поведенческой иммунной системой». Эксперименты, проведенные ученым, показали, что люди, чувствуя угрозу развития опасной болезни, с большим уважением относятся к предлагаемым им правилам поведения.

Исследования эпидемий и карантинов за последние 20 лет свидетельствуют о том, что сильнее всего негативно влияют на психологическое состояние людей такие события в их жизни, как: выпадение из привычного круга общения; ограничение или временное лишение свободы; отказ от привычных повседневных дел (например, поездки в офис или поход в тренажерный зал); финансовые потери и др. Даже для тех, кто до периода самоизоляции работал дистанционно все происходящее всё равно становится стресс-фактором. Выявлено, что любая изоляция человека на срок более 10 дней может привести к депрессивному состоянию [11].

Карантин в период пандемии и тревожное состояние социума - это очевидное ухудшение качества жизни. Поэтому для человека естественны все

«реакции утраты» по модели американского психолога, психотерапевта Элизабет Кюблер-Росс (*англ.* Elisabeth Kübler-Ross), которая доказала, большинство людей при серьезных бедах испытывают одну и ту же гамму чувств, проходят одни и те же стадии принятия проблемы, и главное, они предпринимают попытку создать вокруг себя иллюзию безопасного мира [8]. Наблюдая за людьми, которые испытывали сильнейший стресс - потеряли не так давно близкого человека; были смертельно больны Э. Кюблер-Росс установила, что абсолютно каждый из них проходил одинаковые стадии психологического реагирования: «шок» - «отрицание» – «паника-гнев» – «торг» – «депрессия» - «повседневность».

Первое, что происходило с людьми, услышавшими о COVID-19 и смертельных исходах болезни – это шок. Коронавирус движется в рамках этой парадигмы: первый этап прошёл максимально быстро. Затем наступило состояние отрицания: «никакого коронавируса нет!». Людям хотелось и хочется этому верить – это нормальная реакция на шок. В период карантина COVID-19 «отрицание» проявлялось, например, в том, что каждый четвертый человек в России считал, что вирус не существует, а каждый второй не боялся заболеть и был убеждён, что ему вирус не угрожает [7]. Как правило, простые и понятные рекомендации вроде «мойте руки как можно чаще» на практике могут казаться недостаточными, в силу того, что слишком обыденны. Поэтому они часто обесцениваются и перестают выполняться человеком уже на стадии «отрицания».

На следующей стадии психика уже иначе реагирует на происходящие события. Данные интернет исследований свидетельствуют, что чаще всего болезнь начинают воспринимать в терминах «угрозы, ставшей вызовом всему человечеству и с которой необходимо бороться» (44%), «биологического оружия» (39%) или же «спланированного шага политических и экономических элит отдельных стран» (32%) [6]. При этом не имеет значения, откуда именно

исходит угроза, - были важны скорее сочетание ультимативности, экстраординарности и милитаризованности события. Для этапа «паника-гнев» показательны: повышенная тревога, особенно в ситуации, когда человек находится среди заболевших; страх; острое стрессовое расстройство, которое встречается уже втрое чаще; бессонница; утомляемость; плохая концентрация; раздражительность и злость; нерешительность; возмущение, направленное на тех, кто, например, не предпринимал меры предосторожности, поехал в другие страны и заразил других людей и др. [10]. Это можно рассматривать как проявление эволюционного защитного механизма, процесса физиологической активации или комплекса неприятных эмоций, который проявляется при попытке интерпретировать ситуацию как возможную угрозу. Данная реакция известна, как выбор альтернативы «борьба-бегство».

В условиях современного карантина COVID-19 на людей в большей степени, чем раньше оказывает давление информационная среда. Отмечено, что переизбыток негативной информации приводит к усилению тревоги и, как следствие, отрицательно сказывается на психическом здоровье человека. Однако, как правило, на смену ему приходит «мышление вызова» - чувство тревожности и депрессивное состояние ослабевает и человек эффективнее адаптируется к происходящим переменам. Таким образом, чем дольше длится эпидемия, тем меньше тревога. Это связано в первую очередь с тем, что длительность данного процесса увеличивает осведомленность его участников о заболевании. Наступает стадия «повседневности». Человеку все становится как бы понятным, предсказуемым и он прекращает соблюдать необходимые меры безопасности. И, в результате возникает вероятность «второй волны» коронавируса.

Страх - эта эмоция человека играет в его жизни одну из основополагающих ролей, так как предупреждает человека об опасности, тем самым обеспечивая в максимальной степени его выживание. Поэтому для

любого человека важно уметь верно оценивать степень этой угрозы. В условиях пандемии, коронавирус, в первую очередь, стал почти главным «медицинским» страхом россиян. По данным мониторинга на конец июня 2020 г. он пугает 60% опрошенных и обошёл другие болезни, включая СПИД (54%), сердечно - сосудистые заболевания (50%) и туберкулез (39%). Коронавирусу свои позиции не сдала только онкология - 83% респондентов боятся заболеть раком. В итоге, по словам экспертов, «под психологическим ударом оказываются фундаментальная вера в собственную неуязвимость и символическое переживание бессмертия; вера в стабильность мира, его прогнозируемость; приходит осознание конечности человеческих возможностей» [9]. По оценке специалистов в дальнейшем распространение COVID-19 приведёт к повышенной заботе людей о здоровье своём и своих близких.

Агрессия – в условиях пандемии так же является стадией переживания шоковой травмы и это закономерно. Проявления агрессивности разнообразны: шутки в Интернете на тему избиения не вовремя и не так чихнувших; соседи настаивают на изоляции в стационар здоровых родственников; обсуждение «теорий заговора» и поиск виновных в локальном и мировом масштабе и др.

Во время карантина из-за пандемии коронавируса во многих странах зафиксировали рост домашнего насилия. Число обращений на «горячие линии» от жертв издевательств со стороны супругов и самих актов проявления агрессии вырос во Франции на 30%, в России - вдвое, а в Китае – втрое [5]. Сообщения о росте ксенофобии так же могут быть первым признаком этих процессов, и если прогнозы психологов, сделанные по результатам научных исследований, верны, то это может привести к гораздо более глубоким социальным и психологическим сдвигам. Расизм, враждебность, связанные с коронавирусом, также требуют дальнейших исследований.

Паника. Нейропсихолог и психиатр Жадсон Брюер (*англ.* Judson Alyn

Brewer) считает, что паника порождается страхом—самым древним механизмом выживания. Эта реакция зависит от работы мозга, а именно миндалевидного тела, которое отвечает за эмоции, осторожность и страх, и префронтальной коры, помогающей человеку планировать будущее и принимать решения. При возникновении страха миндалевидное тело побуждает человека реагировать на опасность и запускает реакцию «бей или беги», в то же время в префронтальной коре происходит процесс прогнозирования событий. Если у префронтальной коры недостаточно информации для составления прогноза, возникают стресс, тревога. Они, в свою очередь, еще больше подавляют активность префронтальной коры, негативно сказываясь на процессе принятия человеком важных решений [1].

Страх перед неизвестностью усиливает чувство тревоги. Опасно и то, что COVID-19 явление новое. С подобным мир еще не сталкивался. Важен факт: чем чаще то или иное пугающее событие освещается в СМИ, например, как происходит в настоящее время с коронавирусной инфекцией, тем легче человек впадает в стрессовое состояние. В случае, если тревожность неконтролируема, она вызывает панику и формирует «пандемию страха». В состоянии дистресса человеку необходимо хоть что-то делать, но что именно не всегда точно известно и понятно. Это сочетание — «надо что-то делать, но неизвестно что именно» вполне способно усилить паническое настроение.

Панику усиливали и распространяющиеся «теории заговора», в которых прослеживается призыв не верить официальным источникам информации, потому что «...они во всем виноваты или скрывают информацию, им это выгодно» [6]. Несколько нелогично, но это дает людям большее чувства контроля. Случайность и неопределенность никто не любит. Таким образом, из-за недоверия, люди теряли то, в чем как раз очень нуждались в самом начале самоизоляции - источников информации или рекомендаций, которые могли снять излишнее психологическое напряжение.

Психологи считают, что постоянное ощущение угрозы может иметь и другие, более серьезные последствия для психики человека. Из-за некоторых глубоко эволюционировавших реакций на болезнь, страх заражения приводит людей к тому, что человек становится более конформным и трайбалистическим, и меньше принимает эксцентричность. Моральные суждения могут стать более жесткими, а социальные установки более консервативными.

Повседневная жизнь человека нуждается в стабилизации, и после стадии «паника-гнев» наступает «военный этап» сосуществования с болезнью - появляются описания механизма заражения и средств борьбы. С точки зрения социума действенность мер значения не имеет, важно их наличие.

Социальное заражение как феномен быстрого распространения мнений, эмоций, моделей поведения в обществе с помощью, например, слухов, дезинформации и др.

Заражение страхом невозможно предотвратить – оно происходит автоматически, но его влияние, по мнению психологов, можно уменьшить. Поскольку это социальный феномен, для снижения уровня панических настроений применяются правила, регулирующие общественное поведение. Например, исследования американских психологов показали, что в присутствии спокойного и уверенного в себе человека реинфекция страха снижается.

К теории жизнестойкости сейчас обращаются многие российские и зарубежные психологи, призывающие людей к спокойствию и стойкому перенесению трудностей самоизоляции, опасности заражения новым вирусом [12]. Большое внимание уделяется психологическому здоровью и, главным образом, исследованию практико-ориентированных стратегиям совладания со стрессом.

Пандемия COVID-19 является не только эпидемиологическим, но также и психологическим кризисом. Резюмируя вышесказанное можно констатировать,

что современному человеку необходимо, прежде всего, лечение души, ибо, если она не лечена, нет необходимости и в излечении от вируса, ибо самый плохой и неисцелимый вирус – бесчеловечность. Забота о других поддерживает в человеке позитивный настрой и повышает осмысленность жизни». Другим психологическим следствием коронавируса является недоверие к авторитетным источникам: учреждениям здравоохранения, политикам, ученым и другим экспертам. В середине этих кризисов и неопределенности наступает момент, когда человеческий разум утрачивает доверие. Об этом свидетельствует, например, кризис SARS 2003 года. Основная причина кроется в том, что иногда власти давали противоречивую информацию. В других случаях не было четкой координации между различными членами правительства, здравоохранения и других юрисдикций.

Социальные сети играют сложную роль в управлении психическим здоровьем так, как они могут обеспечить позитивные и поддерживающие связи во время физической изоляции. Однако более ранние исследования в этой области показывают, что многие люди с психическими заболеваниями все чаще обращаются к социальным сетям, чтобы поделиться своим опытом и получить консультации. С другой стороны, общение в социальных сетях может спровоцировать рост числа депрессивных и тревожных симптомов, основанных на распространении тревожной информации. Например, в недавнем перекрестном опросе в Китае почти 5000 участников, отметили, что повышенное негативное воздействие социальных сетей в условиях пандемии было связано с увеличением симптомов тревоги и депрессии [11].

Заключение. Опираясь на данные главным образом интернет источников нельзя сделать однозначных выводов о психоэмоциональном состоянии респондентов. Однако можно отметить следующие «психологические эффекты» во время карантина: страх, апатия, ступор, эмоциональное расстройство, депрессия, стресс, плохое настроение и др.

Психологический эффект от карантина всегда был предиктором симптомов посттравматического стресса. Например, у сотрудников больницы, работавших в «красной зоне» он проявлялся даже через 3 года после окончания пандемии [2]. На основе вышеизложенного можно сделать вывод о том, что в психологических последствиях коронавируса есть один очевидный и очень опасный фактор: негативное мышление. Это тип мышления человека, который всего боится и всегда ожидает худшего. Думается, что особый интерес для исследователей будут представлять стрессоры в пост карантинный период, в числе которых: финансовые трудности и стигматизация.

Еще одной серьёзной психологической проблемой, требующей дополнительных социально - психологических, педагогических исследований станет эмоциональное состояние профессионалов, которые не утратили материальный доход, но столкнулись с экстренной перестройкой своего труда и, как следствие, стрессом, тревогой, связанной с этим. Например, специалисты в области образования: преподаватели высших учебных заведений, школ и других учреждений, которые перешли на полный режим дистанционного обучения. Коронавирус стал повседневностью, частью социальной реальности, условием общественной жизни, которая разворачивается во времени, в сферах быта, труда и досуга, с помощью различных видов деятельности и поэтому его психологические последствия требуют дальнейших углубленных исследований.

Литература / References:

1. Ведмеш, Н. А. Стигматизация. [Электронный ресурс]. - URL: <https://psihomed.com/stigmatizatsiya/>. (дата обращения 14.10.2023).
2. Влияние COVID-19: дайджест исследований про кризис 2020. [Электронный ресурс]. - URL: <https://ppc-world.turbopages.org/s/ppc.world/articles/vliyanie-covid-19-daydzhest-issledovaniy-krizisa-2020/>. (дата обращения 14.10.2023).

3. «Испанка» - самая крупная пандемия в истории. [Электронный ресурс].-URL: <https://zen.yandex.ru/media/obistorii>. (дата обращения 14.10.2023).
4. Коронавирус и протестное мышление. [Электронный ресурс]. - URL: <https://aftershock.news/?q=node/858114&full>. (дата обращения 14.10.2023).
5. Коронавирус и общество. *Как россияне реагируют на эпидемию*. [Электронный ресурс]. - URL: <https://knife.media/corona-sociology-1/>. (дата обращения 14.10.2023).
6. Кюблер-Росс, Э. О смерти и умирании. [Электронный ресурс]. - URL: <https://zen.yandex.ru/media/id/5e4e2f83e977e25b8eec20ac/o-smerti-i-umiranii-elizabet-kiublerrross-5e7a6cf4e83e8260fbf2e20d>. (дата обращения 14.10.2023).
7. Социальная стигматизация и коронавирус. [Электронный ресурс].- URL: <https://www.unicef.by/press-centr/297.html>. (дата обращения 14.10.2023).
8. Федосенко, Е.В. Жизнь после карантина: психология смыслов и коронавирус COVID-19. [Электронный ресурс]. - URL: <https://zen.yandex.ru/media/id/5d54255e14f98000ad3440d4/jizn-posle-karantina-psiologii-smyslov-i-koronavirus-covid19-5ec1624b07fc79033f536a08>. (дата обращения 14.10.2023).
9. Эволюция угрозы: как коронавирус меняет нашу психологию. [Электронный ресурс]. - URL: <https://zen.yandex.ru/media>. (дата обращения 14.10.2023).
10. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations / J. Qiu [et al.] // General psychiatry. 2020. Vol. 33. № 2. 3 p. DOI:10.1136/ gpsych-2020-100213
11. A nationwide survey of psychological distress among Italian people during the COVID19 pandemic: immediate psychological responses and associated factors / C. Mazza [et al.] // International journal of environmental research and public health. 2020. Vol. 17. № 9. 14 p. DOI:10.3390/ijerph17093165

12. Affective temperament, attachment style, and the psychological impact of the COVID-19 outbreak: an early report on the Italian general population / L. Moccia [et al.] // *Brain, Behavior, and Immunity*. 2020. Vol. 87. P. 75–79. DOI:10.1016/j.bbi.2020.04.048

**О СОСТОЯНИИ И ДИНАМИКЕ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ
СПИРТСОДЕРЖАЩЕЙ ПРОДУКЦИЕЙ НАСЕЛЕНИЯ СИБИРСКОГО
ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА**

Кормилина О. М., Теркулов Р. И., Мингазов И. Ф.

*Новосибирский областной клинический наркологический диспансер,
Россия, г. Новосибирск*

Аннотация. В статье рассмотрена ситуация, связанная с оценкой состояния острых отравлений спиртосодержащей продукцией населения Сибирского Федерального Округа (СФО).

Ключевые слова: острые отравления, динамика, тенденция, спиртосодержащая продукция, летальность.

**ON THE STATE AND DYNAMICS OF ACUTE POISONING BY
ALCOHOL-CONTAINING PRODUCTS OF THE POPULATION OF THE
SIBERIAN FEDERAL DISTRICT**

Kormilina O. M., Terkulov R. I., Mingazov I. F.

Novosibirsk Regional Clinical Narcological Dispensary, Russia, Novosibirsk

Abstract. The article considers the situation related to the assessment of acute poisoning by alcohol-containing products of the population of the Siberian Federal District (SFD).

Keywords: acute poisoning, dynamics, trend, alcohol-containing products, lethality.

Цель исследования – изучение основных тенденций острых отравлений спиртосодержащей продукцией населения Сибирского федерального округа (СФО). Материалы и методы. Произведен ретроспективный анализ статистических показателей острых отравлений спиртосодержащей продукцией.

Результаты и обсуждение. Одной из острых социальных проблем сказывающейся на снижении продолжительности жизни населения остаются острые отравления спиртосодержащей продукцией [1]. В Сибирском федеральном округе регистрируются высокие уровни острых отравлений спиртосодержащей продукцией. Показатель острых отравлений спиртосодержащей продукцией по СФО - 55,9 на 100 тыс. населения и в динамике за 10 лет (2013-2022 гг.) превышает среднероссийский уровень - 33,7 в 1,8 раза. Среди регионов СФО наиболее значительные превышения среднероссийского уровня регистрируется в Республике Тыва в 3,9 раза (показатель 118,8 на 100 тыс. населения), Кемеровской области в 2,7 раза (показатель 82,1), Красноярском крае в 1,9 раза (показатель 59,4) и Новосибирской области в 1,8 раза (показатель 54,0) (табл.1-2, рис.1).

Темп снижения уровня острых отравлений спиртосодержащей продукцией в динамике за 10 лет составил по: Российской Федерации -41,8%; СФО - 42%; Республике Тыва -54,1%; Республике Хакасия -59,3%. В этот же период по Алтайскому краю темп прироста составил 75,2% и Новосибирской области 9,4%.

Таблица 1.
Показатель острых отравлений спиртосодержащей продукцией по регионам СФО на 100 тыс. населения [2].

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Российская Федерация	36,4	33,6	34,6	32,9	32	35,5	34,5	25	21,1	21,2
Сибирский ФО	76,9	71,2	67,3	62,6	51,5	51,4	46,7	43,9	42,6	44,6

Республика Алтай	48	41,6	35,6	26	27,2	21,1	28,8	43,6	55,8	39,8
Республика Тыва	155,6	179,3	251,5	145,4	122,6	34	86,6	71,2	69,9	71,5
Республика Хакасия	33,8	31	30,1	18,8	16,2	85,2	13,4	11,2	12,0	13,8
Алтайский край	40,6	40,8	47,5	40,6	36,3	15,4	37,5	55,3	58,3	71,1
Красноярский край	64,6	64,5	67,2	66	64,5	48,5	57,7	52,2	53,2	55,9
Иркутская область	103,7	79,7	62,9	68,3	57,2	42,6	34	27,7	24,0	27,2
Кемеровская область	162,3	138,5	121,9	109,2	61,5	59,2	44,5	43,5	39,1	40,9
Новосибирская область	41,2	61,1	62,5	62,2	60,4	46,1	64,8	48,8	47,5	45,1
Омская область	62	53,1	49,3	46,2	41,3	47,8	46,2	45,9	41,2	39,1
Томская область	30,4	35,7	37,6	35,7	30	78,7	32,7	26,2	23,7	22,2

При анализе последних четырех лет установлено, что темп снижения уровня острых отравлений спиртосодержащей продукцией за 2019-2022 годы по Российской Федерации -38,6%; по СФО -4,5%; Томской области -32,2%; Новосибирской области -30,5%. В этот же период по Алтайскому краю темп прироста составил 89,6% и Республике Алтай 38,1% (табл. 2). По итогам 2022 года показатели острых отравлений спиртосодержащей продукцией выросли по Российской Федерации и по СФО (рис.1).

Таблица 2.
Расчетные показатели острых отравлений спиртосодержащей продукцией по регионам СФО.

	Средне-голетний за 2013-2022 на 100 тыс. населения	Отношение к среднему по РФ	Ранг	темпы прироста за 2013-2022	ежегодный за 2013-2022	темпы прироста 2022 к 2019

Российская Федерация	30,7			-41,8	-4,6	-38,6
Сибирский ФО	55,9	1,8		-42,0	-4,7	-4,5
Республика Алтай	36,7	1,2	8	-17,1	-1,9	38,1
Республика Тыва	118,8	3,9	1	-54,1	-6,0	-17,4
Республика Хакасия	26,5	0,9	10	-59,3	-6,6	2,8
Алтайский край	44,3	1,4	7	75,2	8,4	89,6
Красноярский край	59,4	1,9	3	-13,4	-1,5	-3,1
Иркутская область	52,7	1,7	5	-73,8	-8,2	-19,9
Кемеровская область	82,1	2,7	2	-74,8	-8,3	-8,2
Новосибирская область	54,0	1,8	4	9,4	1,0	-30,5
Омская область	47,2	1,5	6	-37,0	-4,1	-15,4
Томская область	35,3	1,2	9	-27,1	-3,0	-32,2

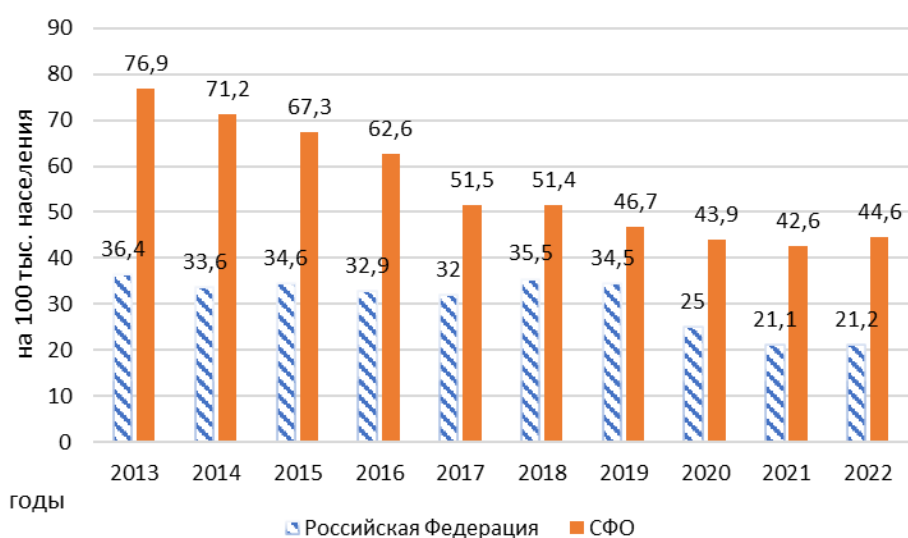


Рис.1.- Динамика показателя (на 100 тыс. населения) острых отравлений спиртосодержащей продукцией по СФО на 100 тыс. населения.

Среди регионов СФО за 2022 год наиболее высокие показатели (на 100 тыс. населения) острых отравлений спиртосодержащей продукцией зарегистрированы в следующих субъектах: Республике Тыва 71,5; Алтайском крае 71,1; Красноярском крае в 55,9 (рис.2).

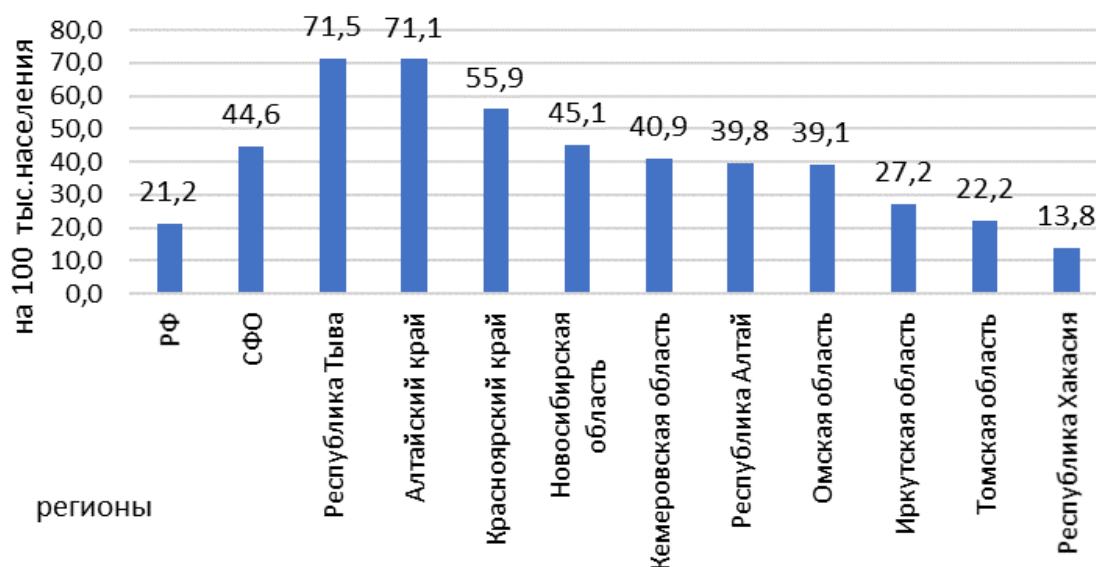


Рис. 2.- Показатель острых отравлений спиртосодержащей продукцией по СФО на 100 тыс. населения за 2022 год [5].

В 2021 г. в Российской Федерации Роспотребнадзором и МЗ зарегистрировано 30864 случаев острых отравлений спиртосодержащей продукцией из которых 10455 завершились летальным исходом (33,9%) (среди детского населения в РФ было зарегистрировано 1130 отравлений из них 7 с летальным исходом (0,6%), и среди подростков 1304 случаев из которых 6 завершились летальным исходом (0,5%).

В 2022 г. в Российской Федерации Роспотребнадзором и МЗ зарегистрировано 30910 случаев острых отравлений спиртосодержащей продукцией из которых 9221 завершились летальным исходом (29,8%) [2].

«В целом за период с 2013 по 2022 г. на территории Российской Федерации зарегистрировано 445851 случай острых отравлений

спиртосодержащей продукцией, в том числе 119666 случаев – с летальным исходом (26,8 %).

В динамике с 2013 по 2022 г. отмечено снижение показателя острых отравлений спиртосодержащей продукцией в целом по Российской Федерации на 41,7 % и снижение показателя острых отравлений спиртосодержащей продукцией с летальным исходом на 33,7 %» [1].

За 2021 год в СФО Роспотребнадзором и МЗ зарегистрировано 7260 случаев острых отравлений спиртосодержащей продукцией из которых 1683 завершились летальным исходом (23,2%) (у детей в СФО было зарегистрировано 224 отравлений из них 3 с летальным исходом (1,3%) и у подростков 217 случаев без летальных исходов). В 2022 г. острые отравления спиртосодержащей продукцией выше среднероссийского уровня регистрировались в регионах СФО: в 3,37 раз в Республике Тыва; в 3,36 раза в Алтайском крае; в 2,64 раза в Красноярском крае; в 2,13 раз в Новосибирской области; в 1,93 раза в Кемеровской области – Кузбассе; в 1,88 раз в Республике Алтай; в 1,84 раз в Омской области; в 1,28 раз в Иркутской области [2].

Показатель острых летальных отравлений спиртосодержащей продукцией по СФО (12,6 на 100 тыс. населения) в динамике за 10 лет имеет темп снижения (-38,7%), но остается на уровне стабильно превышающий среднероссийский (8,2 на 100 тыс. населения) среднемноголетний показатель в 1,53 раза.

Среди регионов СФО наиболее значительные превышения среднемноголетнего среднероссийского уровня регистрируется в Республике Алтай в 2,64 раза (21,7 на 100 тыс. населения), Кемеровской области в 2,06 раза (17,0 на 100 тыс. населения), Омской области в 1,86 раза (15,4 на 100 тыс. населения) и Красноярском крае в 1,70 раза (14,0 на 100 тыс. населения) (табл.3-4, рис.3).

Таблица 3.
Динамика показателя острых отравлений с летальным исходом
спиртосодержащей (на 100 тыс. населения).

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Российская Федерация	9,5	9,7	9,8	8,9	8,2	7,8	7,6	7,3	7,1	6,3
Сибирский ФО	15,5	17,7	15,5	14,2	12	12,2	10,5	9,2	9,9	9,5
Республика Алтай	30,7	28,8	23,4	12,5	18,4	14,2	22,8	19,5	27,2	19,9
Республика Тыва	1,9	7,7	4,8	10,8	3,8	12,8	3,4	3,4	1,8	5,7
Республика Хакасия	26,7	24,2	23,4	16	12,9	4,7	11,2	10,3	10,1	10,2
Алтайский край	9,2	8,8	6,5	6,5	5	12,3	3,8	3,4	3,1	4,0
Красноярский край	18,8	18,4	17,4	16,5	15,7	5,6	11,3	10,5	13,7	12,2
Иркутская область	12,8	7	6,7	7,9	7,3	17,7	6	6,9	5,5	7,1
Кемеровская область	22	24,5	21,5	19,1	17,5	15,1	14,1	14,3	10,7	11,0
Новосибирская область	5,4	21,5	17,4	11,2	7,8	6,4	8,5	7,3	11,0	9,0
Омская область	16,3	18,3	18,8	18,8	13,6	15,8	15,2	11,9	12,6	12,5
Томская область	12,1	17,9	14,2	14	12,4	9,5	19,4	10,7	12,5	10,5

Темп снижения уровня острых летальных отравлений спиртосодержащей продукцией в динамике за 10 лет составил; по Российской Федерации -33,4%; СФО -38,7%; Республике Хакасия -61,9%; Алтайском крае -56,7%. В этот же период по Республике Тыва зарегистрирован темп прироста 201,7% и по Новосибирской области зарегистрирован темп прироста 67,0%.

При анализе последних четырех лет выяснилось, что темп снижения уровня острых отравлений спиртосодержащей продукцией за 2019-2022 годы по Российской Федерации -16,8%; по СФО -9,5%; Томской области -46,0%;

Кемеровской области -22,3%. В этот же период по Республике Тыва темп прироста составил 68,6%, Иркутской области 18,3%, Красноярском крае 8,0%, Новосибирской области 6,1% (табл. 4).

Таблица 4.
Показатель острых отравлений спиртосодержащей продукцией с летальным исходом по регионам СФО на 100 тыс. населения.

	Средне-го-летний за 2013-2022	Отношение к среднему по РФ	Ранг	темп прироста за 2013-2022	ежегодный за 2013-2022	темп прироста 2022 к 2019
Российская Федерация	8,2			-33,4	-3,7	-16,8
Сибирский ФО	12,6	1,53		-38,7	-4,3	-9,5
Республика Алтай	21,7	2,64	1	-35,2	-3,9	-12,8
Республика Тыва	5,6	0,68	10	201,7	22,4	68,6
Республика Хакасия	15,0	1,82	4	-61,9	-6,9	-9,1
Алтайский край	6,3	0,76	9	-56,7	-6,3	4,9
Красноярский край	14,0	1,70	5	-35,1	-3,9	8,0
Иркутская область	8,5	1,03	8	-44,5	-4,9	18,3
Кемеровская область	17,0	2,06	2	-50,2	-5,6	-22,3
Новосибирская область	10,6	1,28	7	67,0	7,4	6,1
Омская область	15,4	1,87	3	-23,5	-2,6	-17,9
Томская область	13,3	1,62	6	-13,4	-1,5	-46,0

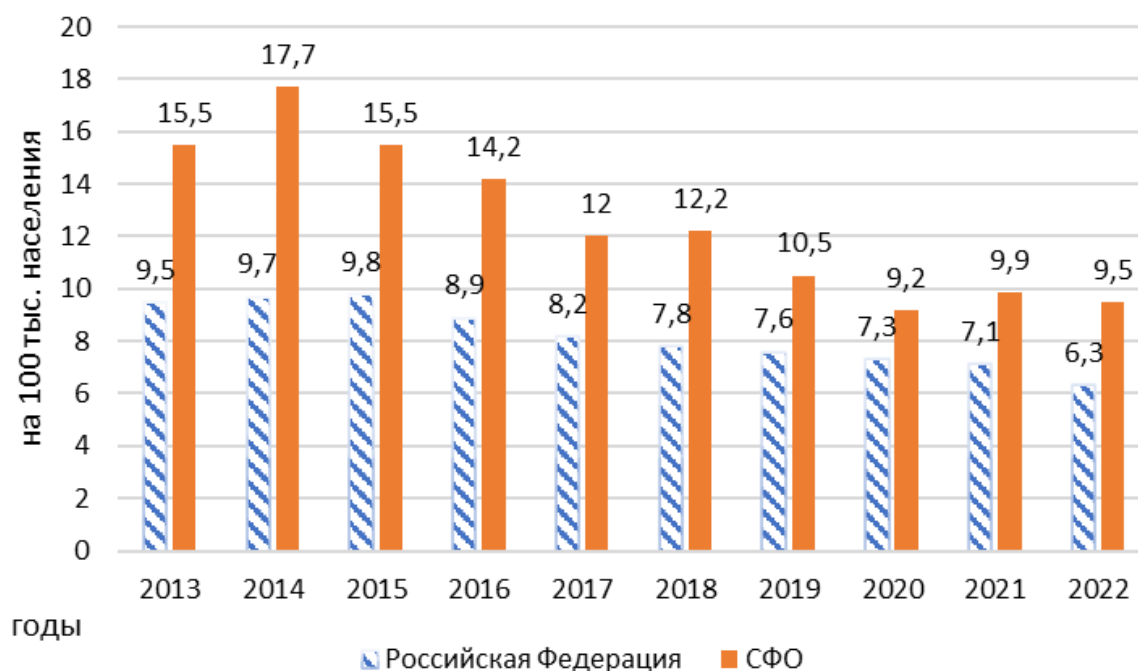


Рис. 3.- Динамика показателя (на 100 тыс. населения) летальных отравлений спиртосодержащей продукцией по СФО на 100 тыс. населения [5].

Среди регионов СФО за 2022 год наиболее высокие показатели острых летальных отравлений на 100 тыс. населения спиртосодержащей продукцией зарегистрированы в следующих субъектах: Республика Алтай 19,9 (превышение среднероссийского (6,3) показателя в 3,1 раза); Омская область 12,5 (превышение в 2,0 раза); Красноярский край 12,2 (превышение в 1,9 раз); Кемеровская область 11,0 (превышение в 1,7 раз); Республика Хакасия 10,2 на 100 тыс. населения (превышение в 1,6 раза) (территории где зарегистрирован значительный рост продаж алкогольной продукции за 2020-2022 годы (рис.4, табл.5 и 6) [2].

По уточненным данным Росстата за 2022 год суммарная смертность от всех заболеваний, связанных с алкоголем на 100 тыс. населения составила: Иркутская область 52,2 (превышение среднероссийского показателя (29,4) за 2022 год в 1,78 раза; Кемеровская область 48,5 (превышение в 1,65 раза); Республика Алтай 46,0 (превышение в 1,57 раза); Республика Хакасия 41,6

(превышение в 1,42 раза); Омская область 37,2 (превышение в 1,27 раза); Томская область 30,5 (превышение в 1,04 раза).

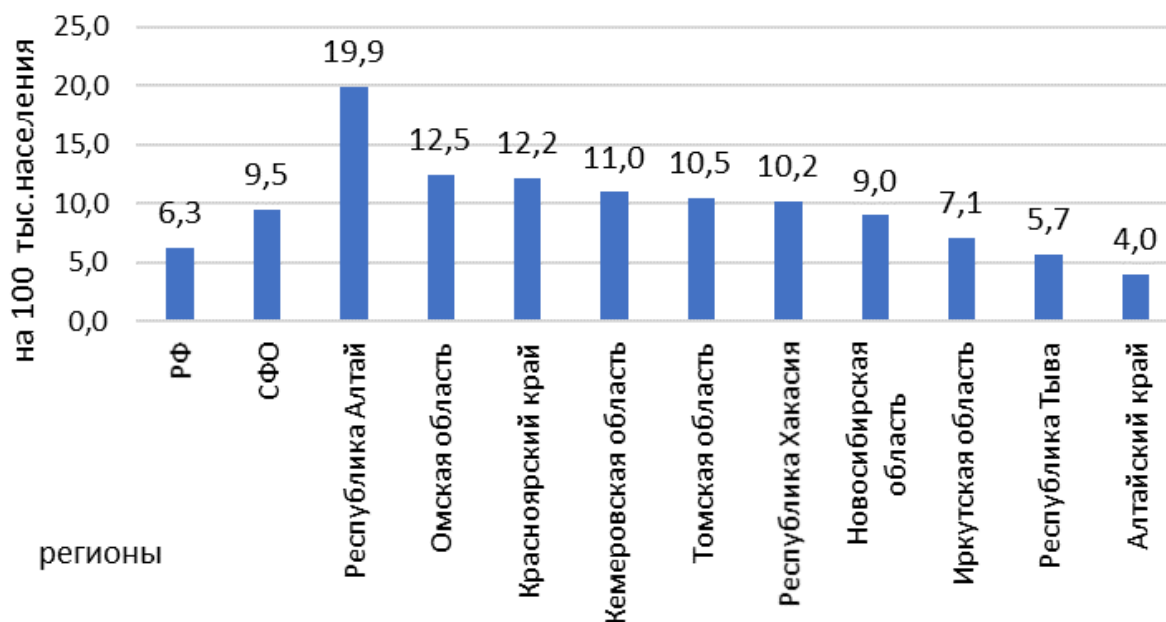


Рис.4.- Показатель летальных отравлений спиртосодержащей продукцией по СФО на 100 тыс. населения за 2022 год [5].

О ситуации, сложившейся в регионах СФО за последние 4 года по объемам продаж алкогольной продукции, свидетельствуют данные официальной статистики [3, 4]. В отношении продажи алкогольной продукции можно сделать вывод, что наблюдается рост этого процесса. Потребление алкогольной продукции (в литрах этанола) несколько выше, чем объемы продаж (в 1,4-1,8 раз) (табл.5 и 6).

Розничные продажи алкогольной продукции выросли в 2022 году по сравнению с 2019 годом: в Российской Федерации на 6,7%; Республика Алтай на 20,3%; Республика Тыва на 31,3%; Республика Хакасия на 37,3%; Красноярский край на 20,6%; Омская область на 18,6%; Томская область на 7,9%; Новосибирская область на 4,1%. Розничные продажи алкогольной

продукции снизились в 2022 году по сравнению с 2019 годом в Алтайском крае на 4,8%, Иркутской области на 0,5% и Кемеровской области на - 3,5% (табл.5).

Таблица 5.
Розничные продажи алкогольной продукции (в литрах этанола)
(ЕМИСС) [3].

	2019	2020	2021	2022
Российская Федерация	885428714,0	903112652,1	922460113,4	944511935,9
Республика Алтай	1087855,0	1065248,4	1187262,3	1308736,4
Республика Тыва	653995,6	482588,8	920811,5	858595,7
Республика Хакасия	2639643,5	3438805,8	3252878,2	3624215,7
Алтайский край	13026049,4	12387233,4	12167224,9	12395615,5
Красноярский край	15088333,0	15695456,0	17354661,7	18194202,9
Иркутская область	16549114,2	16392836,7	16876129,9	16468401,2
Кемеровская область	17318593,6	16826107,0	16470462,1	16709055,2
Новосибирская область	16267201,6	16613543,3	16751585,7	16929069,1
Омская область	8000491,0	8411307,0	9339949,6	9487979,0
Томская область	6432826,9	6672708,3	6836136,8	6937933,4

Розничные продажи алкогольной продукции на душу населения выросли в 2022 году по сравнению с 2019 годом: в Российской Федерации на 6,9%; Республика Алтай на 25,7%; Республика Тыва на 27,4%; Республика Хакасия на 38,4%; Алтайский край на 3,5%; Красноярский край на 21,4%; Омская область на 24,7%; Томская область на 10,6%; Новосибирская область на 4,2%; Иркутская область 1,5%. Розничные продажи алкогольной продукции на душу населения снизились в 2022 году по сравнению с 2019 годом в Кемеровской области на 0,1% (табл.6).

Среди территорий СФО лидерами по розничным продажам алкогольной продукции (литров этанола) на душу населения являются: Иркутская область 7,0 литров; Республика Хакасия 6,8 литров; Томская область 6,6 литров и Кемеровская область 6,5 литров.

Таблица 6.
Розничные продажи алкогольной продукции на душу населения (в литрах этанола) (ЕМИСС) [4].

	2019	2020	2021	2022
Российская Федерация	6,0336	6,1785	6,3374	6,4505
Республика Алтай	4,9407	4,8211	5,3587	6,2085
Республика Тыва	1,9976	1,4608	2,7685	2,5455
Республика Хакасия	4,9407	6,4635	6,1568	6,8375
Алтайский край	5,6216	5,3943	5,3643	5,8168
Красноярский край	5,2641	5,4958	6,0911	6,3929
Иркутская область	6,9209	6,9022	7,1596	7,0248
Кемеровская область	6,516	6,3894	6,3244	6,5067
Новосибирская область	5,8135	5,9636	6,0251	6,0584
Омская область	4,1525	4,4185	4,9693	5,1794
Томская область	5,9603	6,2342	6,3991	6,595

Заключение:

- В Регионах Сибирского Федерального округа уровень острых отравлений спиртосодержащей продукцией стабильно превышают среднероссийские показатели.
- Уровень острых отравлений спиртосодержащей продукцией с летальными исходами в Сибирском Федеральном округе значительно превышает среднероссийский уровень.
- Уровень острых отравлений спиртосодержащей продукцией в СФО и смертность от отравлений спиртосодержащей продукцией синхронизированы и носит прямо пропорциональный характер.
- Уровень острых отравлений спиртосодержащей продукцией в СФО и смертность от отравлений спиртосодержащей продукцией более выражен в наиболее обеспеченных в экономическом отношении регионах (Красноярский край, Иркутская область, Томская область, Новосибирская область, Омская область, Кемеровская область).

- В Сибирском Федеральном округе актуальной остаётся профилактическая работа, направленная на борьбу с потреблением алкогольной продукции.

Литература / References:

1. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2022 году: Государственный доклад. М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2023. 368 с.
2. Сведения об острых отравлениях химической этиологии по субъектам РФ. Источник: <https://fcgie.ru/sgm.html>
3. Розничные продажи алкогольной продукции (в литрах этанола) <https://www.fedstat.ru/>
4. Розничные продажи алкогольной продукции на душу населения (в литрах этанола). <https://www.fedstat.ru/indicator/59721>

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ НАРКОСИТУАЦИИ В 2022 ГОДУ В СИБИРСКОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ ПО ИТОГАМ ДОКЛАДА ГОСУДАРСТВЕННОГО АНТИНАРКОТИЧЕСКОГО КОМИТЕТА

Кормилина О. М., Теркулов Р. И., Мингазов И. Ф.

*Новосибирский областной клинический наркологический диспансер,
Россия, г. Новосибирск*

Аннотация. В статье рассмотрена ситуация, связанная с оценкой некоторых аспектов наркоситуации в Сибирском Федеральном Округе (СФО) в 2022 году по итогам доклада государственного антинаркотического комитета.

Ключевые слова: Наркотики, заболеваемость, смертность, итоговая оценка.

**SOME ASPECTS OF THE DRUG SITUATION IN 2022 IN THE SIBERIAN
FEDERAL DISTRICT BASED ON THE RESULTS OF THE REPORT OF
THE STATE ANTI-DRUG COMMITTEE**

Kormilina O. M., Terkulov R. I., Mingazov I. F.
*Novosibirsk Regional Clinical Narcological Dispensary,
Russia, Novosibirsk*

Abstract. The article considers the situation related to the assessment of some aspects of the drug situation in the Siberian Federal District (SFD) in 2022 based on the results of the report of the State Anti-Drug Committee.

Keywords: drugs, morbidity, mortality, final assessment.

Цель исследования – изучение материалов Доклада Государственного антинаркотического комитета о наркоситуации в Российской Федерации в 2022 году для детализации оценки наркоситуации в Сибирском Федеральном Округе.

Материалы и методы: аналитический, описательный.

Результаты и обсуждение. Доклад Государственного антинаркотического комитета о наркоситуации в Российской Федерации в 2022 подготовлен с участием значительных интегрированных материалов. Авторами была проведена работа по ранжированию показателей в соответствии с критериями оценки по узловым аспектам состояния наркоситуации.

Вовлеченность населения в незаконный оборот наркотиков. Обстановка по данному показателю в Российской Федерации оценивается как «нейтральная» за исключением Дальневосточного ФО («напряженная») [1].

Ситуация в СФО - Республика Тыва на 2 месте, Республика Алтай на 9 месте, Республика Хакасия на 14 месте, Иркутская область на 42 месте, Алтайский край на 46 месте, Красноярский край на 48 месте, Омская область на 53 месте, Кемеровская область на 62 месте, Томская область на 70 месте, Новосибирская область на 76 месте.

Таблица 1.
Вовлеченность населения в незаконный оборот наркотиков.

	Показатель	Превышение среднероссийского показателя	Ра нг
Российская Федерация	18,3		
Еврейская автономная область	100	5,46	1
Республика Тыва	44,4	2,43	2
Приморский край	39,1	2,14	3
Амурская область	37,5	2,05	4
Забайкальский край	33,9	1,85	5
Ямало-Ненецкий автономный округ	31,7	1,73	6
Республика Северная Осетия-Алания	31,6	1,73	7
Республика Бурятия	31,6	1,73	8
Республика Алтай	31,3	1,71	9
Пермский край	28,7	1,57	10

В Российской Федерации в 2022 году уровень вовлеченности несовершеннолетних в незаконный оборот наркотиков оценивается как «нейтральный» за исключением Дальневосточного («напряженная»).

Ситуация в СФО - Республика Тыва на 5 месте, Омская область на 30 месте, Иркутская область на 42 месте, Республика Алтай на 46 месте, Алтайский край на 53 месте, Красноярский край на 58 месте, Республика Хакасия на 61 месте, Кемеровская область на 62 месте, Новосибирская область на 65 месте и Томская область на 73 месте.

Таблица 2.
Уровень вовлеченности несовершеннолетних в незаконный оборот наркотиков.

	Показатель	Превышение среднероссийского показателя	Ранг
Российская Федерация	17,2		
Еврейская автономная область	100	5,81	1
Амурская область	48,9	2,84	2

Костромская область	36,9	2,15	3
Республика Бурятия	36,6	2,13	4
Республика Тыва	35,6	2,07	5
Брянская область	31,9	1,85	6
г. Севастополь	30	1,74	7
Республика Коми	29,7	1,73	8
Магаданская область	29,7	1,73	9
Удмуртская Республика	28,7	1,67	10

Криминогенность наркомании оценивается как «нейтральная», в Ямало-Ненецком автономном округе ситуация осложнилась до «напряженной» и неблагоприятная в регионах Дальневосточного ФО, особенно в Еврейской автономной области [1].

Таблица 3.
Криминогенность наркомании.

	Показатель	Превышение среднероссийского показателя	Ранг
Российская Федерация	17,8		
Еврейская автономная область	100	5,62	1
Амурская область	42,7	2,40	2
Приморский край	36,3	2,04	3
Ямало-Ненецкий автономный округ	31,3	1,76	4
Республика Алтай	29,3	1,65	5
Республика Хакасия	28,6	1,61	6
Республика Бурятия	28,3	1,59	7
Пермский край	27,3	1,53	8
Республика Татарстан	26	1,46	9
Нижегородская область	25,9	1,46	10

Ситуация в СФО - Республика Алтай на 5 месте, Республика Хакасия на 6 месте, Красноярский край на 23 месте, Алтайский край на 28 месте, Иркутская область на 29 месте, Республика Тыва на 41 месте, Томская область на 49 месте, Омская область на 53 месте, Кемеровская область на 59 месте и Новосибирская область на 78 месте.

Уровень криминогенности наркомании среди несовершеннолетних оценивается как «нейтральная». В Удмуртской Республике, Брянской, Костромской и Ленинградской областях «напряженной». «Кризисное» значение показателя - в Еврейской автономной области, «предкризисное» - в Республике Карелия [1].

Таблица 4.
Уровень криминогенности наркомании среди несовершеннолетних.

	Показатель	Превышение среднероссийского показателя	Ранг
Российская Федерация	14,6		
Еврейская автономная область	100	6,85	1
Республика Карелия	50,2	3,44	2
Амурская область	49,8	3,41	3
Удмуртская Республика	36,8	2,52	4
Республика Бурятия	33	2,26	5
Брянская область	29,5	2,02	6
Костромская область	29,2	2,00	7
Ленинградская область	26,4	1,81	8
г. Санкт-Петербург	26,1	1,79	9
Приморский край	23,9	1,64	10

Ситуация в СФО - Республика Тыва на 23 месте, Омская область на 28 месте, Красноярский край на 38 месте, Иркутская область на 44 месте, Республика Алтай на 51 месте, Кемеровская область на 59 месте, Алтайский край на 68 месте, Республика Хакасия на 72 месте, Новосибирская область на 74 месте и Томская область на 77 месте.

Доступность наркотиков оценивается как «предкризисная» за исключением Северо-Кавказского, Южного и Уральского ФО («напряженная») [1].

Ситуация в СФО - Республика Хакасия на 4 месте, Томская область на 7 месте, Омская область на 19 месте, Кемеровская область на 24 месте и Новосибирская область на 26 месте, Алтайский край на 30 месте, Красноярский

край на 41 месте, Иркутская область на 44 месте, Республика Алтай на 61 месте, Республика Тыва на 68 месте.

Таблица 5.
Доступность наркотиков.

	Показатель	Превышение среднероссийского показателя	Ранг
Российская Федерация	56,2		
Приморский край	100	1,78	1
Ленинградская область	89	1,58	2
Оренбургская область	85,8	1,53	3
Республика Хакасия	85,5	1,52	4
Ивановская область	84,8	1,51	5
Тамбовская область	83,9	1,49	6
Томская область	83,6	1,49	7
Магаданская область	82,9	1,48	8
Московская область	82,8	1,47	9
Липецкая область	81,5	1,45	10

Оценочная распространенность употребления наркотиков определена как «нейтральная». В Северо-Западном, Южном и Сибирском федеральных округах ухудшение ситуации с «нейтральной» до «напряженной». Кризисная ситуация в Калининградской и Ростовской областях, Республиках Тыва и Хакасия. В Липецкой и Ленинградской областях, городах Москве и Севастополе ситуация оценивается как «предкризисная» [1].

Ситуация в СФО - Республика Хакасия на 3 месте, Республика Тыва на 8 месте, Красноярский край на 15 месте, Новосибирская область на 16 месте, Омская область на 17 месте, Томская область на 18 месте, Алтайский край на 25 месте, Кемеровская область на 39 месте, Республика Алтай на 57 месте, Иркутская область на 66 месте.

Таблица 6.
Оценочная распространенность употребления наркотиков.

	Показатель	Превышение среднероссийского показателя	Ранг
Российская Федерация	21,8		
Калининградская область	100	4,59	1
Ростовская область	85,1	3,90	2
Республика Хакасия	70,9	3,25	3
Ленинградская область	67,5	3,10	4
Липецкая область	63,8	2,93	5
г. Москва	52	2,39	6
г. Севастополь	51,1	2,34	7
Республика Тыва	50,8	2,33	8
Ивановская область	47,3	2,17	9
Астраханская область	46,8	2,15	10

Уровень первичной заболеваемости наркологическими расстройствами, связанными с употреблением наркотиков определен как «напряженный». Дальневосточный федеральный округ - «предкризисный», как и в республиках Алтай, Башкортостан. Бурятия и Алтайский край. «Кризисная» ситуация в Приморском и Забайкальском краях, Сахалинской области [1].

Таблица 7.
Уровень первичной заболеваемости наркологическими расстройствами.

	Показатель	Превышение среднероссийского показателя	Ранг
Российская Федерация	28,3		
Сахалинская область	100	3,53	1
Приморский край	88,6	3,13	2
Забайкальский край	84,5	2,99	3
Республика Бурятия	63,2	2,23	4
Республика Алтай	52,7	1,86	5
Алтайский край	52,6	1,86	6
Республика Башкортостан	50,1	1,77	7
Рязанская область	48,4	1,71	8
Пермский край	47,9	1,69	9
Еврейская автономная область	47,1	1,66	10

Ситуация в СФО - Республика Алтай на 5 месте, Алтайский край на 6 месте, Томская область на 26 месте, Иркутская область на 29 месте, Омская область на 36 месте, Республика Хакасия на 40 месте, Красноярский край на 42 месте, Республика Тыва на 46 месте, Новосибирская область на 47 месте, Кемеровская область на 55 месте.

Количество отравлений наркотиками по стране оценивается как «нейтральная». В Сибирском федеральном округе оценивается как «напряженная». Наиболее неблагоприятном в городе Санкт-Петербурге и Омской области [1].

Таблица 8.
Количество отравлений наркотиками.

	Показатель	Превышение среднероссийского показателя	Ранг
Российская Федерация	11,6		
г. Санкт-Петербург	100	8,62	1
Омская область	88,7	7,65	2
Томская область	45,8	3,95	3
Кемеровская область - Кузбасс	45,3	3,91	4
Челябинская область	43,6	3,76	5
Новосибирская область	34,6	2,98	6
Красноярский край	28	2,41	7
Московская область	25,7	2,22	8
Тюменская область	24,7	2,13	9
Пензенская область	23,9	2,06	10

Ситуация в СФО - Омская область на 2 месте, Томская область на 3 месте, Кемеровская область на 4 месте, Новосибирская область на 6 месте, Красноярский край на 7 месте, Алтайский край на 15 месте, Иркутская область на 23 месте, Республика Хакасия на 57 месте, Республика Алтай на 76 месте, Республика Тыва на 78 месте.

Количество смертельных отравлений наркотиками по стране оценивается как «напряженная». Ухудшение ситуации отмечается в 15

регионах, шесть из которых находятся в Сибирском федеральном округе. Как «нейтральная» определена обстановка в Северо-Западном, Северо-Кавказском, Южном, Приволжском и Дальневосточном федеральных округах [1].

Таблица 9.
Количество смертельных отравлений наркотиками.

	Показатель	Превышение среднероссийского показателя	Ранг
Российская Федерация	26,5		
Московская область	100	3,77	1
Красноярский край	91,4	3,45	2
Свердловская область	89,2	3,37	3
Новосибирская область	89,2	3,37	4
Челябинская область	85,4	3,22	5
г. Севастополь	82,1	3,10	6
Мурманская область	79,5	3,00	7
Тюменская область	74,9	2,83	8
Томская область	64,4	2,43	9
Омская область	61,4	2,32	10

Ситуация в СФО - Красноярский край на 2 месте, Новосибирская область на 4 месте, Томская область на 9 месте, Омская область на 10 месте, Кемеровская область на 11 месте Алтайский край на 29 месте, Иркутская область на 34 месте, Республика Хакасия на 45 месте, Республика Алтай на 74 месте и Республика Тыва на 77 месте.

Количество отравлений наркотиками среди несовершеннолетних в стране в целом определена как «нейтральная». Вместе с тем существенное изменение величины показателя в Республике Адыгея, Ростовской области и городе Севастополе привело к ухудшению ситуации в целом по Южному федеральному округу. Ухудшение также отмечено в Архангельской, Новгородской, Свердловской, Томской областях [1].

Таблица 10.
Количество отравлений наркотиками среди несовершеннолетних.

	Показатель	Превышение среднероссийского показателя	Ранг
Российская Федерация	11,7		
Омская область	100	8,55	1
г. Севастополь	95,9	8,20	2
Новгородская область	43,6	3,73	3
Архангельская область	42,8	3,66	4
Волгоградская область	42,7	3,65	5
Мурманская область	41,7	3,56	6
Республика Адыгея	30,6	2,62	7
Томская область	30,1	2,57	8
Свердловская область	28	2,39	9
Ростовская область	25,4	2,17	10

Ситуация в СФО - Омская область на 1 месте, Томская область на 8 месте, Новосибирская область на 12 месте, Красноярский край на 15 месте, Республика Хакасия на 25 месте, Иркутская область на 36 месте, Кемеровская область на 44 месте, Алтайский край на 46 месте, Республика Алтай на 78 месте и Республика Тыва на 79 месте.

Итоговая оценка. Лидерами по итоговой оценке стали Еврейская автономная область, Омская область, г. Севастополь, г. Санкт-Петербург, Приморский край, Липецкая область, Амурская область, Томская область, Свердловская область и Тюменская область. Вплотную к территориям с наибольшим уровнем риска по наркоситуации приближаются Красноярский край, Московская область, Мурманская область, Новосибирская область, Ленинградская область, Ростовская область и Республика Хакасия [1].

Таблица 11.
Итоговая оценка.

	Показатель	Превышение среднероссийского показателя	Ранг
Российская Федерация	22,4		
Еврейская автономная область	57,5	2,57	1
Омская область	45,4	2,03	2
г. Севастополь	40,4	1,80	3
г. Санкт-Петербург	36,8	1,64	4
Приморский край	36,8	1,64	5
Липецкая область	34,6	1,54	6
Амурская область	33,3	1,49	7
Томская область	33,1	1,48	8
Свердловская область	32,8	1,46	9
Тюменская область	32,4	1,45	10

Ситуация в СФО - Омская область на 2 месте, Томская область на 8 месте, Красноярский край на 11 месте, Новосибирская область на 14 месте, Республика Хакасия на 17 месте, Кемеровская область на 24 месте, Алтайский край на 28 месте, Республика Тыва на 36 месте, Иркутская область на 50 месте, Республика Алтай на 51 месте.

Заключение. Наиболее неблагоприятная ситуация исходя из интегральных материалов Доклада Государственного антинаркотического комитета «О наркоситуации в Российской Федерации в 2022 году» сложилась в следующих регионах СФО: Омской области, Томская области, Красноярском крае, Новосибирской области, Республике Хакасия, Кемеровской области и Алтайском крае.

Литература / References:

1. Государственный антинаркотический комитет доклад о наркоситуации в Российской Федерации в 2022 году. Москва. 2023 г. 60 с.

ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИЕ ОТНОШЕНИЯ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ

Критинина В. С., Елькина И. Ю.

Кафедра психологии и педагогики

ЧОУ ВО «Московский университет имени С. Ю. Витте»,

Россия, г. Москва

Аннотация. Статья посвящена проблеме влияния внутрисемейных отношений на развитие расстройств пищевого поведения в подростковом возрасте. Представлен анализ некоторых современных зарубежных и отечественных исследований в области пищевых расстройств, охарактеризована роль детско-родительских отношений в развитии патологии расстройства пищевого поведения детей. Показана связь между специфическими особенностями поведения родителей и признаками патологии пищевого поведения детей.

Ключевые слова: расстройства пищевого поведения, пищевое поведение подростков, детско-родительские отношения.

CHILD-PARENT RELATIONSHIPS AS A RISK FACTOR IN THE DEVELOPMENT OF EATING DISORDERS AMONG ADOLESCENTS

Kritinina V. S., Elkina I. Y.

Department of Psychology and Pedagogy

S. Y. Witte Moscow University, Russia, Moscow

Abstract. The paper is devoted to the problem of influence of intra-family relationships on the development of eating disorders among teenagers. The analysis of modern foreign and national research in the field of eating disorders is carried out; the role of relations between parents in development of eating disorders in children is characterized. The relation between specific peculiarities of parents' behavior and signs of pathology of children's eating behavior is shown.

Keywords: eating disorders, adolescents' eating behavior, parent-child relationships, parental attitudes.

Расстройства пищевого поведения - это серьезное психическое заболевание, которое может поразить любого человека, независимо от возраста, пола, расы или этнической принадлежности. Однако подростки особенно уязвимы к развитию расстройств пищевого поведения из-за значительных изменений, происходящих на этом этапе развития, как в физическом, так и в эмоциональном плане.

В современном мире проблема риска возникновения расстройств пищевого поведения становится наиболее актуальной, в связи с ростом числа пациентов с данным расстройством, а так же повышенным уровнем смертности по сравнению с другими психическими отклонениями. Из-за своей сложности расстройство пищевого поведения можно рассматривать как психиатрическую патологию, связанную с несколькими индивидуальными, реляционными психологическими факторами, а также социокультурными факторами.

В подростковом возрасте люди переживают период быстрого роста и развития, что может привести к неудовлетворенности своим телом и повышенному вниманию к образу тела. В сочетании с давлением общества, заставляющего соответствовать идеализированным стандартам красоты, это может способствовать развитию таких расстройств пищевого поведения, как нервная анорексия, нервная булимия и компульсивные переедания. Подростки с расстройствами пищевого поведения могут страдать от социальной изоляции, плохой успеваемости и трудностей в отношениях со сверстниками. Хотя не существует единой причины возникновения расстройств пищевого поведения, исследования показывают, что стиль воспитания и внутрисемейные отношения могут играть определенную роль в их развитии.

Условия жизни, окружающая подростка среда, внутрисемейные отношения, средства массовой информации и многие другие условия оказывают острое влияние на процесс жизнедеятельности, формирование психических процессов подростка. Отношения с родителями в подростковом возрасте являются очень сложными и, безусловно, усложняются, если речь идет о расстройстве пищевого поведения и рисках его возникновения, ведь семейное окружение оказывает влияние на формирование определённого пищевого поведения у детей.

Особенно важную роль играют пищевые традиции в семье и стили воспитания. С самого детства родители прививают ребёнку обычаи, связанные с приемами пищи, которые усваиваются ребёнком бессознательно, что и может оказать влияние на развитие расстройств пищевого поведения.

При изучении традиций питания в семьях подростков с диагнозом «расстройство пищевого поведения» выясняется, что определенное отношение к еде в семье может быть способствующим фактором. Семьи, которые демонстрируют принудительный подход к питанию и возводят еду в культовый статус, могут вызывать у ребенка гиперфагическую реакцию на стресс [1, с. 2-6.], что может привести к компульсивному перееданию и нервной булимии. Семьи, которые представляют прием пищи в негативном свете и ассоциируют полноценный прием пищи с неэстетичными и вульгарными характеристиками, тоже могут способствовать созданию благоприятной среды для развития расстройств пищевого поведения.

Само по себе расстройство пищевого поведения исследовалось с помощью теоретических и эмпирических методов, которые включали в себя психодинамические модели, когнитивные модели и нейробиологические модели. В связи с данными исследований, можно сказать, что возникновение расстройства пищевого поведения у подростков связаны с индивидуальной

уязвимостью, но стоит признать, что влияние семьи является важным элементом при рисках возникновения и поддержанием данного нарушения.

Профессор педиатрии и детской психиатрии С. Минухин говорил, что не следует обвинять родителей в развитии патологии пищевого поведения у подростков, но теоретизировал, что некоторые семейные процессы, такие как, например, избегание конфликтов становятся фундаментом для развития патологии пищевого поведения, в особенности нервной анорексии.

Семейные факторы, предположительно, связанные с патологией пищевого поведения, включают в себя низкий уровень связи и общения между родителями и детьми, чрезмерную родительскую защиту и строгий контроль или же наоборот низкий уровень родительского контроля и семейные насмешки, связанные с весом, едой и внешним видом.

Говоря о взаимосвязи детско-родительских отношений и развитии патологии расстройства пищевого поведения невозможно не упомянуть о том, что при данной патологии подростки склонны к зависимости от родителей, стремление к худобе становится попыткой вернуться в детское, незрелое состояние.

Для подтверждения вышеуказанных данных было проведено исследование:

В исследовании приняли участие 12 подростков (возрастной категории от 14 до 18 лет), равно поделенные на 2 группы: имеющие ярко выраженные признаки расстройства пищевого поведения и имеющие ограниченные признаки, не имеющие расстройства; и 12 родителей (официальных представителей), равно разделенные на 2 группы по тем же критериям. Основанием для деления испытуемых на группы являются баллы, суммированные по трем шкалам опросника «Шкала оценки пищевого поведения»: «булимия», «стремление к худобе», «неудовлетворенность телом», которые совместно отражают риск нарушений пищевого поведения.

Исследование проводилось с помощью электронных вариантов анкет в виде Google-формы, которые были предложены двум группам испытуемых в различных тематических группах, в том числе группах на сайте vk.com, посвященных расстройствам пищевого поведения. Использовались «Шкала оценки пищевого поведения» D.M. Garner в адаптации О. А. Ильчика [2, с. 39-50], «Подростки о родителях» E.S. Schaefer в адаптации Л. И. Вассермана и Опросник для родителей «анализ семейного воспитания» (АСВ) Э. Г. Эйдемиллера и В. В. Юстицкого (для родителей подростков в возрасте от 11 до 21 года), адаптированный под Google-формы, и в дальнейшем перенесенный на бумажный бланк регистрации ответов.

По результатам исследования, сопоставив полученные данные от 2 групп подростков и 2 групп их родителей (официальных представителей), были сделаны следующие заключения, что между подростками с признаками расстройства пищевого поведения и безучастностью, автономностью родителей значимых корреляций нет, но есть тенденция. Подростки с более выраженными признаками расстройства оценивают родителей, как критикующих, холодных по отношению к ним, а также проявляющих непоследовательность в воспитании.

В ходе опроса родителей (официальных представителей) подростков с ярко выраженными признаками патологии пищевого поведения были получены данные, что у 66% (4 из 6) родителей преобладающий тип воспитания – доминирующая гипопротекция, а у оставшихся 33% (2 из 6) опрошенных родителей улавливается тенденция к эмоциональному отвержению.

В группе опрошенных подростков, имеющих ограниченные признаки /не имеющих расстройства, 83% (5 из 6) испытуемых по результатам опроса «Подростки о родителях» E.S. Schaefer в адаптации Л. И. Вассермана показали средний результат по всем шкалам, что даёт основание полагать о гармоничном отношении к подростку в семье. Однако, 17% (1 из 6) подростков показали

высокий результат по шкалам «Позитивный интерес» и «Враждебность», что говорит о дисгармоничном стиле воспитания в семье, что может нести риск развития психических патологий, в том числе и расстройства пищевого поведения.

Результаты исследования показали, что в группе родителей подростков, имеющих ограниченные признаки /не имеющих расстройства нарушений в типах воспитания выявлено не было. Однако по шкалам ВН, и Г+ наблюдались тенденции, свидетельствующие о том, что у опрошенных родителей наблюдались черты неуверенности в воспитании. Кроме того, данные, полученные, по шкале Г+ указывают на потенциальный риск приближения к чрезмерной гиперпротекции (чрезмерной опеке). Эти результаты позволяют предположить, что родители подростков с ограниченными признаками/не имеющих расстройства могут иметь определенные родительские характеристики, которые могут повлиять на дальнейшее развитие и благополучие их ребенка.

По полученным данным можно сделать вывод о том, что у подростков, воспитывающихся в условиях гипопротекции, развивается чувство неуверенности, низкая самооценка и отсутствие контроля. Эти эмоции могут привести к желанию получить контроль над своей жизнью и телом, что может привести к расстройствам пищевого поведения, таким как компульсивное переедание или нервная булимия. Кроме того, недостаточное участие родителей может привести к недостаточному руководству в отношении здорового питания, что приводит к отсутствию знаний и понимания правильного питания. Это может способствовать развитию таких форм пищевого поведения, как ограничительное питание и/или нездоровые попытки похудеть, что в дальнейшем приводит к нервной анорексии.

Полученные в ходе исследования результаты пересекаются с данными других исследований. Например, в исследовании С. В. Горбатова и К. Д.

Макаршиной [3, с.199-206] сообщалось о корреляции между непоследовательным материнским поведением и проявлениями булимии у дочерей, а также частотой булимических эпизодов. Настоящее исследование поддерживает идею о том, что родительские практики, особенно непоследовательное поведение матери, играют важную роль в развитии расстройств пищевого поведения у подростков. Эти результаты подчеркивают необходимость целенаправленных вмешательств, направленных на коррекцию детско-родительских отношений, чтобы способствовать здоровому развитию ребёнка и предотвратить возникновение расстройств пищевого поведения.

В заключение следует отметить, что неправильное воспитание может оказать значительное влияние на риск развития у подростка расстройства пищевого поведения. Исследования показали, что такие формы поведения родителей, как непоследовательность в воспитании, критика, при условии взаимодействия ряда факторов могут увеличить вероятность развития у подростка расстройства пищевого поведения. Стили и типы воспитания, отношения с родителями, которые воспринимаются подростком болезненно, играют роль психотравмирующего фактора.

Отсутствие эмоциональной поддержки и общения может привести к чувству изоляции и одиночества, подростки могут прибегать к неупорядоченному пищевому поведению в качестве средства преодоления своих эмоций и чувства низкой самооценки. Поэтому очень важно, чтобы родители создавали благоприятную и заботливую среду для своих детей и осознавали свое собственное поведение и отношение к еде и образу тела.

Нарушения в детско-родительских отношениях играют многогранную роль в этиологии расстройств пищевого поведения, выступая в качестве предрасполагающего и провоцирующего фактора. В частности, такие отношения могут ускорить развитие психических расстройств, предрасположить человека к определенным неблагоприятным воздействиям

окружающей среды и спровоцировать возникновение расстройств пищевого поведения.

Литература / References:

1. Вознесенская, Т. Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция / Т. Г. Вознесенская. Текст : непосредственный // Ожирение и метаболизм. 2004. № 2. С. 2-6.
2. Ильчик, О. А., Сивуха, С. В., Скугаревский, О. А., Суихи, С. Русскоязычная адаптация методики «Шкала оценки пищевого поведения» // Психиатрия, психотерапия клиническая психология, 2011. №1. С. 39-50.
3. Макаршина, К. Д., Горбатов, С. В. Особенности отношения к себе и другим людям девушек с расстройствами пищевого поведения // Научные исследования выпускников факультета психологии СПбГУ / под ред. А. В. Шаболтас. СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2015. С.199-206.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА И ОБЩЕСТВА. АКТУАЛЬНЫЕ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Лайлои С., Курбонова С. М., Ҳайдарзода Б. М.

Кафедра клинической психологии

НОУ «Медико-социальный институт Таджикистана»,

Республика Таджикистан, г. Душанбе

Аннотация. Психические заболевания и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, распространены во всем мире и считаются одними из наиболее стигматизирующих из всех состояний здоровья. Стигматизация продолжает создавать серьезные препятствия для лечения, выздоровления, повышения качества жизни и социальной и экономической несправедливости. Литература по психическим заболеваниям и стигматизации, связанной с употреблением психоактивных веществ, становится все более обширной, подкрепляя ряд важных приоритетов в снижении стигматизации, таких как информированное о стигматизации образование,

значимое вовлечение людей с жизненным опытом психического заболевания или расстройства, связанного с употреблением психоактивных веществ, уход, ориентированный на восстановление, устранение барьеров доступа в рамках наших систем медицинской помощи и борьба со стигматизацией на уровне структур, законов и политик.

Ключевые слова: здоровье, психическое здоровье.

**MENTAL HEALTH OF PERSONS AND SOCIETY. CURRENT
INTERDISCIPLINARY ISSUES**

Lailoi S., Kurbonova S. M., Haydarzoda B. M.

Department of Clinical Psychology

Medical and Social Institute of Tajikistan, Republic of Tajikistan, Dushanbe

Abstract. Mental illness and substance use disorders are common throughout the world and are considered among the most stigmatized of all health conditions. Stigma continues to create significant barriers to treatment, recovery, quality of life, and social and economic injustice. The literature on mental illness and substance use stigma is growing, supporting a number of important priorities in reducing stigma, such as stigma-informed education, meaningful engagement with people with lived experience of mental illness or substance use disorder, recovery-oriented care, removing barriers to access within our health care systems, and combating stigma through structures, laws, and policies.

Keywords: health, mental health.

Мы живем в опасном мире, где, довольно часто случаются катастрофы самого разного масштаба и вида – гуманитарные, техногенные, природные. В результате почти ежедневно тысячам людей во всем мире причиняется не только физический, но и психологический вред. Когда происходит нечто ужасное кто-то должен протянуть «руку помощи» пострадавшим, помочь преодолеть кризис, сберечь ментальное здоровье, сохранив при этом

достоинство и культуру. По причине того, что тысячи людей во всем мире, страдающие различными расстройствами психического здоровья, подвергаются ограничениям прав человека. К ним не только предвзято относятся, клеймят и маргинализируют, но и подвергают эмоциональному или, хуже того, физическому насилию в специальных учреждениях и в обществе. Еще больше усиливает проблему недостаток квалифицированных кадров и финансирования.

Именно поэтому ВОЗ объявила 10 октября ежегодным Всемирным днем психического здоровья для привлечения широкого внимания к проблеме, мобилизации и координации усилий государственных, частных и общественных структур в целях защиты прав и оказания эффективной помощи лицам, страдающим ментальными расстройствами [5, С. 320].

Здоровье - это особый дар, который дается человеку от рождения, причем далеко не всем. О необходимости беречь свое здоровье знают все, но мало кто знает о том, что здоровье, как состояние, выходит за рамки физического состояния [2, С. 128].

Психическое здоровье - важная составляющая общего здоровья человека. Это обусловлено тем фактом, что все элементы организма взаимосвязаны друг с другом и находятся под постоянным контролем нервной системы. Именно по этой причине состояние психики человека оказывает влияние на деятельность всех систем организма, а их состояние сказывается на психике человека.

Психическое здоровье – это состояние психологического и социального благополучия, при котором человек реализует свои возможности, эффективно противостоит жизненным трудностям и стрессу, осуществляет продуктивную осознанную деятельность и вносит свой вклад в развитие социума. В первую очередь это реализуется за счет стабильного, адекватного функционирования психики, а также основных психических познавательных процессов: памяти, внимания, мышления.

Бесспорным фактом является то, что психическое здоровье - индивидуальное явление. У разных людей при выполнении одной и той же деятельности может происходить разный уровень напряжения, особенно заметно это у детей. Например, учебный процесс может вызвать у одного ребенка очень высокое напряжение, а другой практически не прилагает усилий. Соответственно, одному ребенку будет требоваться восстановительный период, а другому – нет [3, С. 202].

Чем характеризуется психическое здоровье?

1. Умение выстраивать отношения с окружающими. Эти отношения в основном позитивные, доверительные (с узким кругом людей). В эту же категорию относят способность любить – принимать человека таким, какой он есть, избегать идеализации и необоснованных претензий, эффективно решать конфликтные ситуации, способность не только брать, но и давать. Это относится не только к супружеским отношениям, но и детско-родительским.

2. Желание и способность работать. Это - не только профессиональная деятельность, но и творчество, вклад в общество. Создавать то, что ценно для самой личности, его семьи, общества – важно для психически здорового человека.

3. Автономия. Здоровый человек не делает того, чего ему не хочется. Он самостоятельно делает выбор и несет за него ответственность, не страдает зависимостью, не пытается компенсировать отсутствие контроля за одной из сфер жизни гиперконтролем в другой.

4. Понимание этических норм. В первую очередь, здоровый человек осознает смысл и необходимость следования им, однако является гибким в этом отношении - в определенных обстоятельствах он может позволить себе изменить линию поведения (в пределах разумного).

5. Эмоциональная устойчивость. Она выражается в способности вынести накал эмоций - чувствовать их, не позволяя им управлять собой. В любых обстоятельствах находиться в контакте с разумом.

6. Гибкость применения защитных механизмов. Каждый человек сталкивается с неблагоприятными жизненными обстоятельствами, и, будучи носителем такого нежного конструкта, как психика, применяет средства ее защиты. Здоровая личность выбирает эффективные методы и в разных ситуациях осуществляет выбор в пользу наиболее подходящего.

7. Способность к рефлексии. Вовремя обратиться к самому себе, проанализировать причины тех или иных событий в собственной жизни, понять, как поступить дальше и что это повлечет – эти умения также отличают здоровую личность.

8. Адекватная самооценка. Одна из составляющих психического здоровья - реалистичная самооценка, самовосприятие себя согласно действительным чертам характера и особенностям, отношение к себе с теплом, реальное понимание слабых и сильных сторон характера [1, С. 75].

Ментальное здоровье - это далеко не только отсутствие психических расстройств, заболеваний, связанной с ними инвалидизации, это, прежде всего, состояние благополучия, в котором человек реализует свои способности, может противостоять жизненным стрессам, продуктивно работать и вносить вклад в свое сообщество. Фактически, система мер по охране психического здоровья обеспечивает не только индивидуальные потребности, персональное благополучие личности, но и эффективное функционирование общества, социума в целом. Расстройства ментального здоровья, будучи распространены во всех регионах мира, поражают каждое сообщество и каждую возрастную группу в странах с разными уровнями дохода [7, С. 59].

Каждый год 10 октября ВОЗ предоставляет возможность всем заинтересованным сторонам, работающим над проблемами психического

здоровья, рассказать об их работе, достижениях, сложностях и вызовах, чтобы сделать качественную и доступную охрану ментального здоровья реальностью для людей во всем мире. Делаются конкретные шаги по заполнению пробелов в области охраны ментального здоровья. Разрабатываются и распространяются знания и навыки, которые позволяют при надлежащем уходе, психосоциальной поддержке и медикаментозном лечении лечить депрессию, шизофрению и эпилепсию, а также предотвращать самоубийства среди десятков миллионов людей [5, С. 342].

Важность акцента на организацию охраны психического здоровья в условиях ограниченных ресурсов в глобальной перспективе обусловлена тем, что 75% людей, нуждающихся в соответствующей помощи, проживают в странах с низким уровнем дохода, не имеют доступа к необходимому им лечению [8, С. 112].

В России Всемирный день психического здоровья отмечают с 2002 г, инициатором его признания на национальном уровне стала академик РАМН Татьяна Дмитриева – выдающийся ученый и организатор здравоохранения.

На уровне государства политика в сфере охраны психического здоровья обычно ориентирована не только на устранение болезненных расстройств, но и на более широкие аспекты, обеспечивающие безопасность, уважение и защиту основных гражданских, политических, социально-экономических и культурных прав, создание условий жизни и окружающей среды, позволяющих людям вести физически и ментально здоровый образ жизни [9, С. 65].

В обеспечении национальной системы охраны психического здоровья интегрируются усилия государственного и негосударственного секторов, сфер здравоохранения, образования, трудоустройства, правосудия, экологии, логистики, жилищного и социального обеспечения. Как в глобальной перспективе, так и на национальном уровне в ближайшие 4 года должны быть значительно укреплены эффективное лидерство и руководство в области

охраны психического здоровья путем реализации обеспечения здоровья и профилактики, обеспечена комплексная интегрированная и четко реагирующая на изменения ситуации медико-санитарная и социальная помощь на первичном уровне (по месту обращения, проживания человека), также - укреплены информационные системы, систематизированы фактические данные и исследования в области психического здоровья [11, С. 43].

Первая помощь и социализация пациентов

Каждый год Всемирный день психического здоровья посвящен какой-либо теме. В последнее десятилетие рассматривались проблемы психического здоровья в изменяющемся мире, охраны достоинства пациента, организации оказания помощи на первичном этапе, глобальное значение депрессивных расстройств, суицидального поведения, социальной адаптации при шизофрении, даже инвестиции в сферу охраны ментального здоровья. Тема Всемирного дня в 2016 г. - «Первая психологическая помощь». Под этим термином ВОЗ понимает «гуманную, поддерживающую и практическую помощь людям, страдающим после кризисных событий. Такая поддержка должна быть оказана людям с уважением их достоинства, культурных особенностей и способностей. Она охватывает как социальную, так и психологическую поддержку [10, С. 89].

Вполне обоснованно можно задаться вопросом – почему эта тема актуальна лично для меня или для врачей широкого круга специальностей, ведь в кризисной ситуации должны работать специалисты – травматологи, анестезиологи, психиатры. Но это не совсем так. Каждый человек в любой момент времени может оказаться в эпицентре локальной или масштабной катастрофы. Это может быть и военный кризис, и террористическая или криминальная атака, и природное бедствие. Будучи окруженным пострадавшими, человек должен будет прийти им на помощь, не только перевязав раны или наложив жгуты, но и применив приемы «первой

психологической помощи». Фактически, ВОЗ призывает к тому, чтобы приемы и методы «первой линии» психологической поддержки были внедрены в перечни навыков первой помощи. Важно понимать, что «Первая психологическая помощь» - это не инструмент исключительно профессионалов, а – совокупность навыков и знаний, которыми должен владеть фактически каждый ответственный гражданин. Здоровый человек есть самое драгоценное произведение природы [5, С. 321].

Литература / References:

1. Холмогорова, А. Б. Клиническая психология в четырёх томах. — Academia, 2013. Т. 1. С. 170. 464 с.
2. Гурвич, И.Н. Социальная психология здоровья. СПб.: Изд-во С.-Петербурга. гос. ун-та, 1999.
3. Дружилов, С. А. Психическое здоровье и экология личности // Успехи современного естествознания. 2012. № 12. С. 1216.
4. Елисеев, В.В. Психосоматические заболевания. Справочник. Москва, 2003.
5. Психическое здоровье. Всемирная организация здравоохранения. Дата обращения: 27 сентябрь 2023
6. Психическое здоровье / Информационный бюллетень. Всемирная организация здравоохранения. Центр СМИ (апрель 2016). Дата обращения: 20 сентябрь 2023.
7. National Alliance for the Mentally Ill, 2011 [25.09. 2023]
8. Mental Disorders. medlineplus.gov. Дата обращения: 22 сентябрь 2023
9. What is Mental Health and Mental Illness? | Workplace Mental Health Promotion. Workplace Mental Health Promotion. Дата обращения: 20 сентябрь 2023 . Practicing Effective Prevention. Center for the Application of Prevention Technologies. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Дата обращения: 21.09. 2023

10. Kitchener, Betty. Mental Health First Aid Manual / Betty Kitchener, Anthony Jorm. 1st. Canberra : Center for Mental Health Research, Australian National University, 2002.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ

Макеева О. А.

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

Аннотация. Симптоматика расстройств пищевого поведения определяется уникальным сочетанием биологических и психологических факторов индивида в зависимости от его семейного и социального происхождения. В статье расстройства пищевого поведения (нервная анорексия, булимия и переедание) рассматриваются как психиатрические синдромы, которые имеют некоторое отношение к ожирению. Автор описывает современные клинические и научные знания, касающиеся клинических описаний этих расстройств, этиологии каждого расстройства, диагностических признаков и подходов к лечению, которые были признаны эффективными.

Ключевые слова: пищевое поведение, анорексия, булимия, расстройства.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF EATING DISORDERS AND POSSIBILITIES FOR THEIR CORRECTION

Makeeva O. A.

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract Eating disorder symptoms are determined by an individual's unique combination of biological and psychological factors depending on their family and social background. The article discusses eating disorders (anorexia nervosa, bulimia and binge eating) as psychiatric syndromes that have some relationship to obesity.

The author describes current clinical and scientific knowledge regarding the clinical descriptions of these disorders, the etiology of each disorder, diagnostic features, and treatment approaches that have been found to be effective.

Keywords: eating behavior, anorexia, bulimia, disorders.

Введение. Расстройство пищевого поведения (РПП) имеет высокую частоту встречаемости по всему миру, но, к сожалению, диагностика этого заболевания на ранних стадиях часто затруднена, а больные расстройством не спешат обращаться к специалистам за помощью, так как боятся быть осужденными и непринятыми. РПП поведения сопутствуют различные другие психологические расстройства, которые без должного внимания прогрессируют и развиваются в данное заболевание.

Существует много типов расстройств питания, и все они имеют свои собственные определяющие характеристики и диагностические критерии. Расстройства пищевого поведения, официально признанные Руководством по диагностике и статистике психических расстройств (DSM-5), к наиболее встречающимся РПП относят: анорексию, булимию, компульсивное переедание.

Материалы и методы. Исследование проводилось с использованием системного подхода и общенаучных методов анализа.

Методы: был проведен обзор электронных баз данных по заранее определенным критериям исключения и включения.

Результаты и их обсуждение. Анорексия чаще всего встречается именно у девушек в подростковом или молодом возрасте и сопровождается активным снижением массы тела ввиду ограничения потребления калорий. У пациента с анорексией присутствует страх набора веса и чрезмерное уделение внимания своей фигуре с наличием низкой самооценки.

Анорексию можно разделить на два подтипа: ограничивающий, когда пациенты редко переедают или проводят чистку и сохраняют регулярную схему ограничения калорий, и подтип переедания/очищения, когда пациент регулярно переедает и/или проводит регулярную чистку. К сожалению, исходы у анорексии являются весьма плохими: уровень выздоровления составляет всего от 35% до 85%, а выздоровление длительное - от 57 до 79 месяцев [2].

Следует отметить, что анорексия может перерасти в хроническое заболевание и является одним из самых серьёзных психических расстройств. Пациенты с анорексией не только страдают от физических последствий сильной потери веса, но и от сопутствующих психологических состояний, которые обычно вызывают большой процент самоубийства среди больных данным расстройством.

При анорексии развивается депрессия, которая является следствием недостаточного потребления калорий и низкого веса. В настоящее время главными симптомами для диагностирования анорексии, наряду с другими вышеперечисленными, являются аменорея и остеопения, но первый больше не рассматривается как критерий для диагностики анорексии, из-за его частой неприменимости [3].

Булимия встречается гораздо чаще, чем анорексия и распространена больше среди женщин, но стоит отметить, что пациенты с данным расстройством часто скрытные и не имеют явных физических проявлений. Люди с булимией не имеют проблем с недостаточностью веса и часто находятся в цикле сильного переедания и последующего за ним очищения (например, самостоятельное вызывание рвоты, злоупотребление слабительными или мочегонными препаратами), что может сопровождаться голоданием или навязчивыми физическими упражнениями. Как и в случае с анорексией, пациенты с булимией могут уделять чрезмерное внимание своей фигуре и жить в страхе набрать лишний вес.

Среди симптомов булимии часто можно обнаружить симптом Рассела, который характеризуется наличием мозолей или ссадин на тыле кисти, покрывающие пястно-фаланговые и межфаланговые суставы, возникающие в результате неоднократного контакта с резцами во время самоиндуцированной рвоты. Также может наблюдаться неожиданная частота кариеса зубов и эрозия эмали из-за многократной рвоты.

Компульсивное переедание характеризуется потреблением большого количества пищи в течение двух часов, что сопровождается ощущением потери контроля, чувством дискомфорта от сытости, быстрым приёмом пищи и приёмом пищи при отсутствии голода. Может встречаться и среди мужчин, и среди женщин, затрагивая широкий возрастной диапазон. В отличие от булимии, эти эпизоды переедания не сопровождаются самостоятельным очищением организма с помощью вызова рвоты или приёма слабительных препаратов. При этом следует различать компульсивное переедание от обычного переедания. При компульсивном переедании эпизоды чрезмерного потребления пищи обычно носят скрытый характер и возникают при негативных мыслях. Физические осложнения, связанные с компульсивным перееданием чаще являются вытекающими из тяжёлого ожирения.

Стоит рассмотреть основные психологические причины РПП. Чтобы раскрыть эти причины нужно взять во внимание экологические, культурные, социальные и биологические факторы. По таким ресурсам, как телевидение, интернет, социальные сети и журналы ведётся долгая и успешная пропаганда идеалов красоты. Было установлено, что диета у девочек связана с социальными факторами, такими как чувство беспокойства, словесные комментарии других и стремление похудеть, чтобы понравится другим. Также фактором риска развития РПП является половое созревание, которое рассматривается как неадекватная реакция на события пубертатного периода, особенно наблюдаемая у девочек, которые начинают испытывать

неуверенность в отношении внешнего вида своего тела и сравнивать его с телами сверстников. С развитием анорексии и булимии связаны следующие психологические фактор риска: высокая депрессивность, более низкая самооценка, более высокая неудовлетворённость своим телом, перфекционизм и другие психические расстройства [1].

По мнению некоторых учёных, существует взаимосвязь между недостатком эмпатии и развитием анорексии, которая объясняется связью между эмоциональными процессами и обработкой социальной информации, а также недавними нейробиологическими открытиями, показывающими, что дефицит эмпатии может привести не только к трудностям с маркировкой эмоций других, но и собственных эмоций, то есть дефицит эмпатии может служить потенциальной причиной нарушения регуляции эмоций. У людей с анорексией нарушена когнитивная эмпатия, характеризующаяся пониманием чувств других, что объясняет изменение эмоционального выражения лица у анорексиков, которое демонстрирует меньше выражений и сообщает о менее положительных, но не менее отрицательных эмоциях, чем у здоровых людей.

Компульсивное переедание напрямую связано с негативными эмоциями, следовательно для постановки данного диагноза важно наличие выраженного дистресса, связанного с перееданием [4]. Несколько десятилетий назад было установлено, что у большинства людей с компульсивным перееданием имеется хотя бы одно сопутствующее психическое расстройство, причём расстройства настроения и тревожные расстройства являются одними из наиболее распространённых. У людей с компульсивным перееданием в целом настроение ухудшено, но оно особенно понижено непосредственно перед перееданием. Некоторые исследования показывают связь между депрессивными симптомами и перееданием, а также указывают на то, что более высокие уровни депрессии связаны с более тяжёлым перееданием. Сильнее всего на переедание влияет такая эмоция как гнев, то есть негативные эмоции, затрагивающие других,

которые возникают при межличностных взаимодействиях. Также было установлено, что люди с компульсивным перееданием переживают стрессоры и связанные с ними эмоции иначе, чем их здоровые сверстники. Исследования в этой области показали, что люди с данным расстройством испытывают больше негативных стрессоров и менее способны бороться с отрицательными эмоциями по сравнению со здоровыми людьми, переживающими похожее количество ежедневных неприятностей.

Расстройства пищевого поведения часто возникают наряду с другими психическими расстройствами, чаще всего тревожными расстройствами, включая:

- Дисморфическое расстройство тела (BDD)
- Генерализованное тревожное расстройство (GAD)
- Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР)
- Социальное тревожное расстройство (GAD)

Тревожные расстройства обычно предшествуют возникновению расстройства пищевого поведения. Часто люди с расстройствами пищевого поведения также испытывают депрессию и набирают высокие баллы по показателям перфекционизма.

Расстройства пищевого поведения - это сложные заболевания. Хотя мы точно не знаем, что их вызывает, существуют некоторые теории.

Похоже, что от 50% до 80% риска развития расстройства пищевого поведения является генетическим, но сами по себе гены не предсказывают, у кого разовьется расстройство пищевого поведения.

Определенные ситуации и события, часто называемые «провоцирующими факторами», способствуют или запускают развитие расстройств пищевого поведения у тех, кто генетически уязвим.

Некоторые факторы окружающей среды, являющиеся провоцирующими факторами, включают: издевательства, соблюдение диеты, жизненные

перипетии, психическое заболевание, половое созревание, стресс, стигматизация по поводу лишнего веса и др.

Также стало распространенным обвинять в РПП средства массовой информации. Хотя влияние СМИ признается специалистами осложняющим фактором, это не считается основной причиной развития расстройств пищевого поведения у отдельных людей. В конечном счете, человек также должен обладать генетической уязвимостью для развития расстройств пищевого поведения.

Заключение. Основными факторами риска развития РПП являются негативные эмоции и идеализация стройного телосложения в обществе. Важно отметить, что люди с данными расстройствами чаще всего имеют сопутствующие психические заболевания.

Литература/References:

1. Batista, M., Žigić Antić, L., Žaja, O., Jakovina, T., & Begovac, I. Predictors of eating disorder risk in anorexia nervosa adolescents // *Acta clinica Croatica*, 57(3), 399–410. 2018. URL: <https://doi.org/10.20471/acc.2018.57.03.01> (дата обращения: 04.10.2023)
2. Sim, L. A., McAlpine, D. E., Grothe, K. B., Himes, S. M., Cockerill, R. G., & Clark, M. M. Identification and treatment of eating disorders in the primary care setting // *Mayo Clinic proceedings*, 85(8), 746–751. 2010. URL: <https://doi.org/10.4065/mcp.2010.0070> (дата обращения: 04.10.2023)
3. Hay P. Current approach to eating disorders: a clinical update // *Internal medicine journal*, 50(1), 24–29. 2020 URL: <https://doi.org/10.1111/imj.14691> (дата обращения: 04.10.2023)
4. Dingemans, A., Danner, U., & Parks, M. Emotion Regulation in Binge Eating Disorder: A Review. // *Nutrients*, 9(11), 1274. 2017 URL: <https://doi.org/10.3390/nu9111274> (дата обращения: 04.10.2023)

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЛОКУС-КОНТРОЛЯ С КОПИНГ-СТРАТЕГИЯМИ, УРОВНЕМ АГРЕССИВНОСТИ И ТРЕВОЖНОСТИ У ПОДРОСТКОВ С ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Матвеева И. А., Лазюк И. В., Пономаренко И. В., Асачёва А. В.

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

Аннотация. Патология желудочно-кишечного тракта является одной из самых распространенных в подростковом возрасте, считается частой формой соматизации психических расстройств и накладывается на ряд личностных изменений, происходящих в данный критический период. В статье рассматривается роль локус-контроля и его взаимосвязь с копинг-стратегиями уровнем агрессивности и тревожности у подростков с гастроэнтерологическими заболеваниями, что может способствовать дальнейшему исследованию в этой области и совершенствованию методов лечения и профилактики подростков, страдающих заболеваниями органов пищеварения.

Ключевые слова: локус-контроль, копинг-стратегии, агрессивность, тревожность, подростковый возраст, гастроэнтерологические заболевания.

THE RELATIONSHIP OF LOCUS OF CONTROL WITH COPING STRATEGIES, THE LEVEL OF AGGRESSIVENESS AND ANXIETY IN ADOLESCENTS WITH GASTROENTEROLOGICAL DISEASES

Matveeva I. A., Lazyuk I. V., Ponomarenko I. V., Asacheva A. V.

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

Abstract. Pathology of the gastrointestinal tract is one of the most common in adolescence, it is considered a frequent form of somatization of mental disorders and is superimposed on a number of personal changes occurring during this critical

period. The article examines the role of the locus of control and its relationship with coping strategies, the level of aggressiveness and anxiety in adolescents with gastroenterological diseases, which can contribute to further research in this area and improve methods of treatment and prevention of adolescents suffering from diseases of the digestive system.

Keywords: locus-counter, coping strategies, aggressiveness, anxiety, adolescence, gastroenterological diseases.

Введение. Современные исследования показывают увеличение распространенности функциональных заболеваний органов пищеварения. В научной литературе отмечено, что многие функциональные нарушения органов пищеварения часто протекают на фоне эмоционального и психического напряжения. Для большинства подростков с гастроэнтерологическими заболеваниями характерны такие эмоциональные нарушения, как депрессия и субдепрессивные состояния, агрессивности тревожность.

Проблема изучения локус-контроля подростков с гастроэнтерологическими заболеваниями в стрессовой ситуации и их взаимосвязь с агрессивностью, тревожностью и копинг-стратегиями изучена недостаточно и представляет собой как исследовательский, так и научный интерес. Актуальность исследований подтверждает тот факт, что публикаций, касающихся изучению психологических особенностей проявления заболеваний органов пищеварения в подростковом возрасте, как в отечественной, так и зарубежной литературе относительно мало. Тем временем признается, что частота встречаемости гастроэнтерологических заболеваний достигает пика в подростковом возрасте (Филимонов Р.М., 2008).

Объекты и методы исследования. Цель исследования: изучить взаимосвязь локус-контроля с копинг-стратегиями, уровнем агрессивности и тревожности подростков с гастроэнтерологическими заболеваниями.

Методики исследования:

- Методика Басса-Дарки для исследования уровня агрессивности и враждебности
- Методика многомерной оценки детской тревожности (МОДТ)
- Опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса
- Опросник «Уровень субъективного контроля (УСК)» Дж. Роттера

Основной целью данной работы было выявить взаимосвязь копинг-стратегий с уровнем агрессивности, тревожности и локус-контролем у подростков с гастроэнтерологическими заболеваниями.

Исследование проводилось на базе гастроэнтерологического отделения ГБУЗ НСО «Городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи». Таким образом, в группу исследования вошли 20 юношей и девушек, возраст: 14±1 лет, с диагнозом хронический гастродуоденит.

Также на начальном этапе исследования нами была предложена анкета для подростков с гастроэнтерологическими заболеваниями, которая включала вопросы о составе семьи, о наличии беспокоящих симптомов, о сопутствующих заболеваниях, вредных привычках, о том, соблюдает ли диету подросток и есть ли заболевание у близких родственников.

Первыми вопросами в анкете были вопросы, касающиеся состава семьи. Было выявлено, что полную семью имеют 8 (40%) испытуемых, неполная семья у 12 (60%) респондентов.

Следующий блок вопросов касался симптомов, которые беспокоят подростков. Выяснилось, что у всех испытуемых есть только одна жалоба: боль в животе.

Результаты и их обсуждение. По данным анкеты выявлено, что только 2 (10%) исследуемых подростков имеют вредные привычки, к которым относится злоупотребление фастфудом. Соблюдают диету 14 (70%) исследуемых, остальные 6 (30%) – не соблюдают.

Заболевание у близких родственников подростков имеется только у 25 %, то есть у 5 испытуемых. Сопутствующими заболеваниями страдают 4 (20%), к ним относится портальная гипертензия и острый аллергоз.

Исследование проходило в период с октября по ноябрь 2018 года и включало в себя четыре этапа.

1. Средние значения показателей уровня субъективного контроля превышают нормативные значения по общей шкале интернальности ($9,4 \pm 7$), экстернальный тип локус – контроля у подростков преобладает по шкалам: «область неудач» ($0,15 \pm 2,6$), «семейные отношения» ($0,25 \pm 2,4$) и «здоровье» ($0,55 \pm 1,7$). Выраженные показатели интернальности отмечаются по всем шкалам.

2. Уровень копинг-стратегий располагается в пределах нормативных значений. Среди выраженного использования копинг-стратегий наиболее часто подростки выбирают такие копинг-стратегии как «бегство-избегание» 5 человек (25%) и «дистанцирование» 6 человек (30%).

3. Средние значения показателей уровня агрессивности у подростков с гастроэнтерологическими заболеваниями превышают нормативные значения по шкалам: физическая агрессия ($5,7 \pm 3$), «вербальная агрессия» (7 ± 3), «подозрительность» ($5 \pm 2,1$) и чувство вины (6 ± 1). Высокие показатели по критерию физической агрессии наблюдается у 6 (30%) исследуемых подростков и у 5 (25%) показатели вербальной агрессии. Чувство вины выявилось у 4 (20%) подростков с гастроэнтерологическими заболеваниями. Индекс агрессии высокий у 4 (20%) и у 1 (5%) испытуемых наблюдается высокий индекс враждебности.

4. Средние значения по уровню тревожности у подростков с гастроэнтерологическими заболеваниями в пределах нормы. Выраженные показатели по шкале «общая тревожность» наблюдается у 6 (30%) исследуемых подростков. Тревога, связанная с оценкой окружающих, обнаружилась у

2 (10%) исследуемых подростков. Тревога в отношениях с учителями также как в ситуации самовыражения наблюдается у 1 (5%) исследуемого. Повышение тревоги в ситуации проверки знаний наблюдается у 4 (20%) подростков. Снижение психической активности выявилось у 3 (15%) исследуемых и у 3 человек (15%) наблюдается повышенная вегетативная реактивность.

5. Выявлена прямая корреляция копинг – стратегии «бегство-избегание» и общей шкалы интернальности ($r=0,45$ при $p\leq 0,05$), «бегство-избегание» и интернальностью в отношении здоровья ($r=0,51$ при $p\leq 0,05$), подозрительностью и тревогой, связанной с оценкой окружающих ($r=0,71$ при $p\leq 0,05$). Обратные корреляции общей шкалы интернальности с индексом агрессивности ($r=-0,48$ при $p\leq 0,05$), физической агрессией ($r=-0,53$ при $p\leq 0,05$), а также чувством вины ($r=-0,71$ при $p\leq 0,05$).

Заключение. Изучения локус-контроля у подростков с гастроэнтерологическими заболеваниями, было выявлено, что исследуемые нами подростки с гастроэнтерологическими заболеваниями имеют интернальный тип локус-контроля.

При изучении преобладающих копинг-стратегий у подростков с гастроэнтерологическими заболеваниями, было обнаружено, что подростки используют преимущественно копинг-стратегии бегство-избегание - 5 человек (25%) и дистанцирование 6 (30%).

При выявлении уровня агрессивности у подростков с гастроэнтерологическими заболеваниями выяснилось, что исследуемых подростков имеются высокие показатели по шкалам «физическая агрессия» ($5,7\pm 3$), «вербальная агрессия» (7 ± 3), «подозрительность» ($5\pm 2,1$) и чувство вины» (6 ± 1).

При выявлении уровня тревожности у подростков с гастроэнтерологическими заболеваниями, было обнаружено, что средние значения показателей тревожности в пределах нормативных результатов.

Исследования взаимосвязи локус-контроля с копинг-стратегиями, уровнем агрессивности и тревожности показали прямую связь между копинг – стратегией «бегство-избегание» и общей шкалой интернальности ($r=0,45$ при $p\leq 0,05$), «бегство-избегание» и интернальностью в отношении здоровья ($r=0,51$ при $p\leq 0,05$), подозрительностью и тревогой, связанной с оценкой окружающих ($r=0,71$ при $p\leq 0,05$). Обратная связь была выявлена между индексом агрессивности и общей шкалой интернальности ($r=-0,48$ при $p\leq 0,05$), физической агрессией и общей шкалой интернальности ($r=-0,53$ при $p\leq 0,05$), а также между чувством вины и общей шкалой интернальности ($r=-0,71$ при $p\leq 0,05$).

Заключение. Проведённое исследование показало, что у подростков с гастроэнтерологическими заболеваниями существует взаимосвязь между интернальным локус-контролем и дезадаптивными копинг-стратегиями, а также между интернальным локус-контролем высоким уровнем агрессивности.

Литература / References:

1. Абитов, И. Р. Антиципационная состоятельность в структуре совладающего поведения: в норме и при психосоматических и невропатических расстройствах: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Казань, 2007.
2. Аникина, Е. Б. Психологические особенности больных язвенной болезнью разного паспортного и биологического возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2007.
3. Антропов, Ю. А., Шевченко, Ю. С. Психосоматические расстройства у детей (Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков). М.: Изд-во Института психотерапии, Изд-во НГМА, 2000.
4. Антропов, Ю. Ф. Динамика невротической депрессии у детей и подростков // Журн. неврол. и психиатрии. 2002. N 5. С. 15-19.

5. Антропов, Ю. Ф., Бельмер. С. В. Пономарева, А. П. Психоэмоциональный статус детей с нарушениями моторики кишечника // II-й междунар. конгресс «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья». Минск, 2003. С. 260–261.
6. Атаманов, А. А., Буйков, В. А. Особенности тревожных синдромов при психосоматических заболеваниях: о правомочности понятия «психосоматическая тревога» // Социальная и клиническая психиатрия. 2000, N 10. С.16-20.
7. Беличева, С. А. Превентивная психология. М - СПб., 2012.
8. Белоусова, И. Г., Вязьмин, А.М., Макарова, В.И., Меньшикова. Л.И. Особенности внедрения стандартов медицинской помощи при лечении подростков с язвенной болезнью в условиях дневного стационара // Экология человека. 2012, N 7. С. 24-28.
9. Березанцев, А. Ю. Психосоматические и соматоформные расстройства (аналитический обзор, часть 1) // Российский психиатрический журнал. 2001, N 3. С. 61-69.
10. Воликова, С. В. Системно-психологические характеристики родительских семей с тревожными и депрессивными расстройствами // СПб.: Питер, 2006.
11. Генералова, Е. В. Особенности психоэмоционального статуса подростков с хроническими заболеваниями гастродуоденальной зоны // Национальная ассоциация ученых (НАУ). V (10), 2015. С. 90- 92.
12. Дейнека, О. С. Проявления адаптационного ресурса при социальной и психосоматической дезадаптации / О.С. Дейнека, Е.Р. Исаева// Психологические проблемы самореализации личности. Вып.12 / Под ред. Л.А. Коростылевой. СПб.: Изд-во СПбГУ, 2008. С.146-175.
13. Крюкова, Т. Л. Психология совладающего поведения. Монография. Кострома: Авантитул, 2004. С.187-195.

14. Лебединская, К. С., Райская, М. М., Грибанова, Г. В. Подростки с нарушениями в аффективной сфере, 2002. 88 с.

**ПОД ДАВЛЕНИЕМ ОБЪЕКТИВНЫХ ОБСТОЯТЕЛЬСТВ.
СМЕРТНОСТЬ ОТ ПРИЧИН СМЕРТИ,
СВЯЗАННЫХ С НАРКОТИКАМИ**

Мингазов И. Ф., Кормилина О. М., Теркулов Р. И.

*Новосибирский областной клинический наркологический диспансер,
Россия, г. Новосибирск*

Аннотация. В статье проанализированы материалы по смертности населения по причинам смерти, связанных с наркотиками.

Ключевые слова: смертность, наркотические вещества, динамика, профилактика.

**UNDER THE PRESSURE OF OBJECTIVE CIRCUMSTANCES.
DEATHS FROM DRUG-RELATED CAUSES OF DEATH**

Mingazov I. F., Kormilina O. M., Terkulov R. I.

*Novosibirsk Regional Clinical Narcological Dispensary,
Russia, Novosibirsk*

Abstract. The article analyzes materials on population mortality due to drug-related causes of death.

Keywords: mortality, narcotic substances, dynamics, prevention.

Цель исследования - изучить тенденции смертности населения по причинам смерти, связанных с наркотиками. Материалы и методы: Изучены статистические материалы по мониторингу за отравлениями наркотическими веществами. Метод аналитический, описательный.

Результаты и обсуждение. При анализе данных по смертности населения Российской Федерации обращает на себя внимание факт резкого

роста смертности населения от причины смерти, связанные с наркотиками. Приведем данные Росстата по динамике смертности населения РФ от причин смерти, связанных с наркотиками за 2017-2022 годы (табл.1 и рис. 1,2) [1].

Таблица 1.

Причины смерти, связанные с наркотиками (по данным Росстата) [11].

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Причины смерти, связанные с наркотиками по Российской Федерации	4825	4445	4569	7316	10043	11356
-//- показатель на 100 000 населения	3,286	3,027	3,113	4,995	6,885	7,74

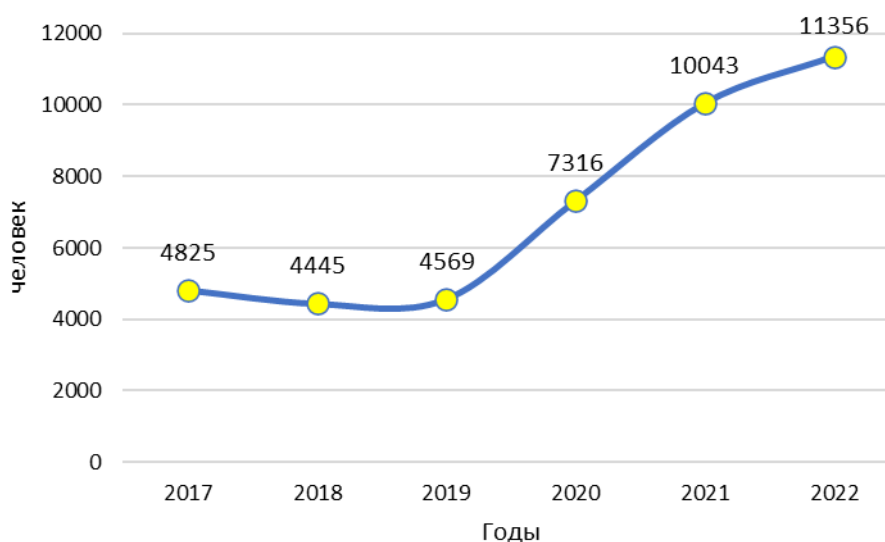


Рис.1.- Смертность от причин смерти связанными с наркотиками по Российской Федерации (абс. Росстат).

Авторами статьи на основе данных Федерального Центра Роспотребнадзора в Российской Федерации, СМЭ и Росстата, получены обобщающие статистические данные по динамике острых отравлений от наркотических веществ, в т.ч. с летальным исходом (табл.2) [1, 2, 3].

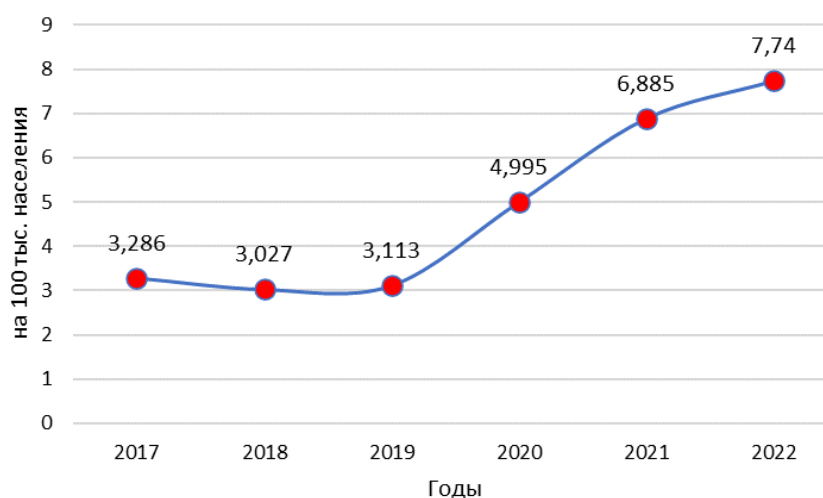


Рис.2.- Показатель смертности от причин смертности связанными с наркотиками по Российской Федерации на 100 000 населения (Росстат).

Всего за 2021 год в Российской Федерации Роспотребнадзором и МЗ зарегистрировано 21280 случаев острых отравлений наркотическими веществами из которых 7048 завершились летальным исходом (33,1%) (у детского населения в РФ было зарегистрировано 106 отравлений из них 4 с летальным исходом (3,8%) и у подростков 455 случаев из которых 52 завершились летальным исходом (11,4%)). По данным Роспотребнадзора за 2022 год в Российской Федерации Роспотребнадзором и МЗ зарегистрировано 22047 случаев острых отравлений наркотическими веществами, из которых 7070 завершились летальным исходом (32,1%). У детей в РФ было зарегистрировано 89 отравлений из них 7 с летальным исходом (7,9%) и у подростков 333 случаев из которых 42 завершились летальным исходом (12,6%) [2].

За 2021 год в СФО Роспотребнадзором и МЗ зарегистрировано 4334 случаев острых отравлений наркотическими веществами, из которых 1297 завершились летальным исходом (29,9%) (у детей в СФО было зарегистрировано 13 отравлений без летальных исходов и у подростков 125 случаев из которых 7 с летальным исходом (5,6%)).

Возрастные группы	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Острые отравления наркотическими веществами (Роспотребнадзор)	18 132	16 336	18000	18200	21280	22054
Острые летальные отравления наркотическими веществами (Роспотребнадзор)	4 825	4 445	6300	7400	7048	7077
Острые летальные отравления наркотическими веществами (РСМЭ)	5379	5331	5982	7024	9178	10096
Причины смерти, связанные с наркотиками (Росстат)	4825	4445	4569	7316	10043	11356
Острые отравления наркотическими веществами на 100000 (Роспотребнадзор)	12,5	11,2	12,4	12,4	14,5	15,1
Острые летальные отравления наркотическими веществами на 100000 (Роспотребнадзор)	2,8	2,8	3,2	3,7	4,8	4,85

За 2022 год в СФО Роспотребнадзором и МЗ зарегистрировано 5027 случаев острых отравлений наркотическими веществами из которых 1749 завершились летальным исходом (34,8%) (у детей в СФО было зарегистрировано 16 отравлений из них 1 с летальным исходом (6,3%) и у подростков 87 случаев из которых 6 с летальным исходом (6,9%)).

Анализируя показатели острых отравлений наркотическими веществами за 2013-2022 гг. следует отметить, что в целом по СФО отмечается положительная динамика, однако среднесноголетний уровень (26,7 на 100 тыс.

населения) превышает среднероссийский уровень (14,9 на 100 тыс. населения) в 1,8 раза.

Таблица 3.
Динамика показателя (на 100 тыс. населения) острых отравлений
наркотическими веществами по субъектам СФО.

	013	014	015	016	017	018	019	020	021	022
Российская Федерация	18,7	21,1	17,1	13,7	12,5	11,2	12,4	12,4	14,5	15,1
Сибирский ФО	34,9	38,8	31,6	28,9	22,4	16,2	19,4	20,2	25,4	29,7
Республика Алтай	0,5	0,5	3,7	0,0	0,5	0,0	0,0	1,4	0,0	0,5
Республика Тыва	0,6	0,3	0,6	0,0	0,0	2	0,0	0,6	0,0	0,3
Республика Хакасия	7,5	5,3	5,6	3	4,3	0,0	1,7	2,1	2,3	3,6
Алтайский край	8,9	4,1	5,1	5	3,2	2,4	3,1	5,5	8,1	15,4
Красноярский край	17,5	24,2	23,5	25,7	16,6	2,3	9	9,8	17,1	24,3
Иркутская область	47,9	75,8	39,2	18,9	12	3,4	9,1	8,7	8,3	11,1
Кемеровская область	104	82,9	62,1	57,6	37,7	12,9	26,3	27,1	25,0	38,8
Новосибирская область	27,5	47,7	47,2	36,2	28,8	10,4	15,3	17,1	32,3	30,2
Омская область	51,5	50,8	56,3	66,9	64,2	24	74,1	67,9	81,1	75,1
Томская область	14,3	18,8	17,3	27,6	28,3	18,7	18,5	29,4	31,0	39,4

Среди регионов СФО наиболее высокие показатели в Омской области 61,2 на 100 тыс. населения (превышение среднероссийского уровня 14,9 на 100 тыс. населения в 4,1 раза) и в Кемеровской области со среднемноголетним показателем 47,4 на 100 тыс. населения (превышение в 3,2 раза) (табл.3-4, рис.3) [2].

Таблица 4.
Расчетные показатели острых отравлений наркотическими
веществами по СФО.

	Средне- но- голетни й за 2013- 2022 на 100 тыс.	Отноше- ние к средне- му по РФ	Ра- нг	тем- п при- роста за 2013- 2022	ежегод- ный за 2013- 2022	тем- п при- роста 2022 к 2019
Российская Федерация	14,9			-19,1	-2,1	21,9
Сибирский ФО	26,7	1,8		-15,0	-1,7	52,9
Республик а Алтай	1,0	0,1	9	-9,6	-1,1	-
Республик а Тыва	0,6	0,0	10	-49,7	-5,5	-
Республик а Хакасия	3,9	0,3	8	-52,2	-5,8	110,8
Алтайский край	6,1	0,4	7	73,3	8,1	397,5
Красноярс- кий край	17,0	1,1	6	38,8	4,3	169,9
Иркутская область	23,4	1,6	5	-76,8	-8,5	22,1
Кемеровск- ая область	47,4	3,2	2	-62,7	-7,0	47,5
Новосибир- ская область	29,3	2,0	3	9,9	1,1	97,5
Омская область	61,2	4,1	1	45,8	5,1	1,3
Томская область	24,3	1,6	4	175,3	19,5	112,8

В то же время, рассматривая динамику за 2013-2022 годы можно отметить, что темп снижения уровня острых отравлений наркотическими веществами составил: по Российской Федерации -19,1%; СФО -15,0%;

Республике Хакасия -52,2%; Иркутской области -76,8%; Кемеровской области - 62,7%; Республике Тыва - 49,7%.

Однако в этот же период по Томской области зарегистрирован темп прироста 175,3%, Алтайском крае 73,3%, Омской области 45,8%, Красноярском крае 38,8%.

Анализируя показатели острых отравлений наркотическими веществами за 2019-2022 годы следует отметить, что темп прироста в целом по Российской Федерации составил 21,9%; по СФО 52,9%; Алтайском крае 397,5%; Томской области 112,8%; Красноярском крае 169,9%; Республике Хакасия 110,8%; Новосибирской области 97,5%; Кемеровской области 47,5%; Иркутской области 22,1% (табл. 4).

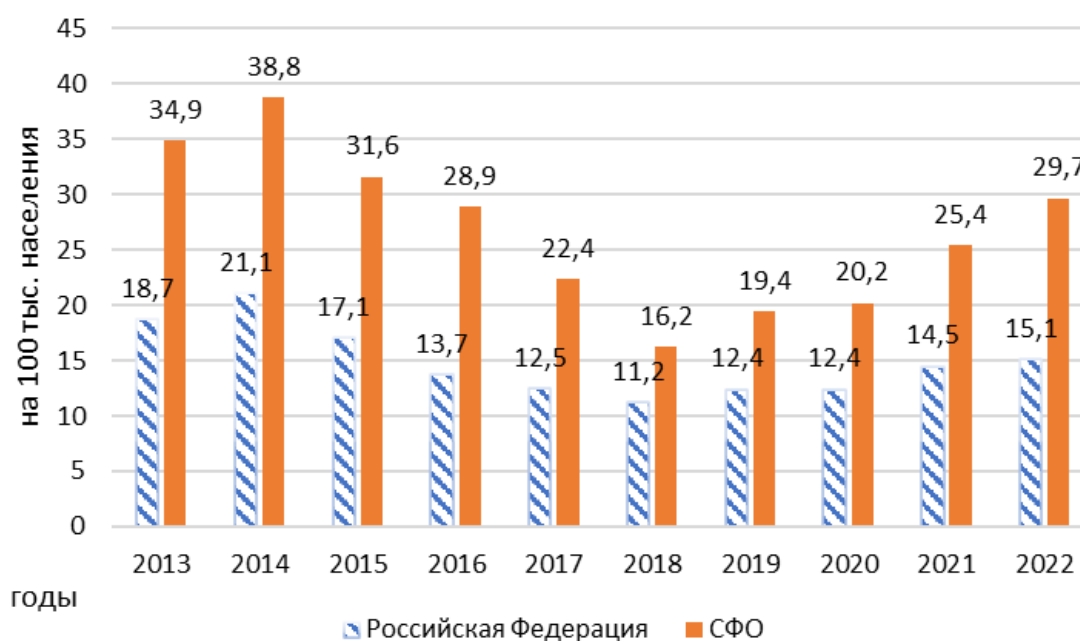


Рис. 3.- Динамика показателя (на 100 тыс. населения) острых отравлений наркотическими веществами по СФО на 100 тыс. населения.

Уровень острых отравлений наркотическими веществами имел до 2019 года тенденцию к снижению, но с 2019 по 2022 наблюдается уже рост по РФ с 12,4 до 15,1 на 100 тыс. населения, а по СФО с 16,2 до 29,7 на 100 тыс. населения (рис.3) [2].

Среди регионов СФО за 2022 год наиболее высокие показатели острых отравлений наркотическими веществами зарегистрированы в следующих субъектах: Омская область 75,1 на 100 тыс. населения; Томская область 39,4; Кемеровская область 38,8; Новосибирская область 30,2 на 100 тыс. населения (рис.4).

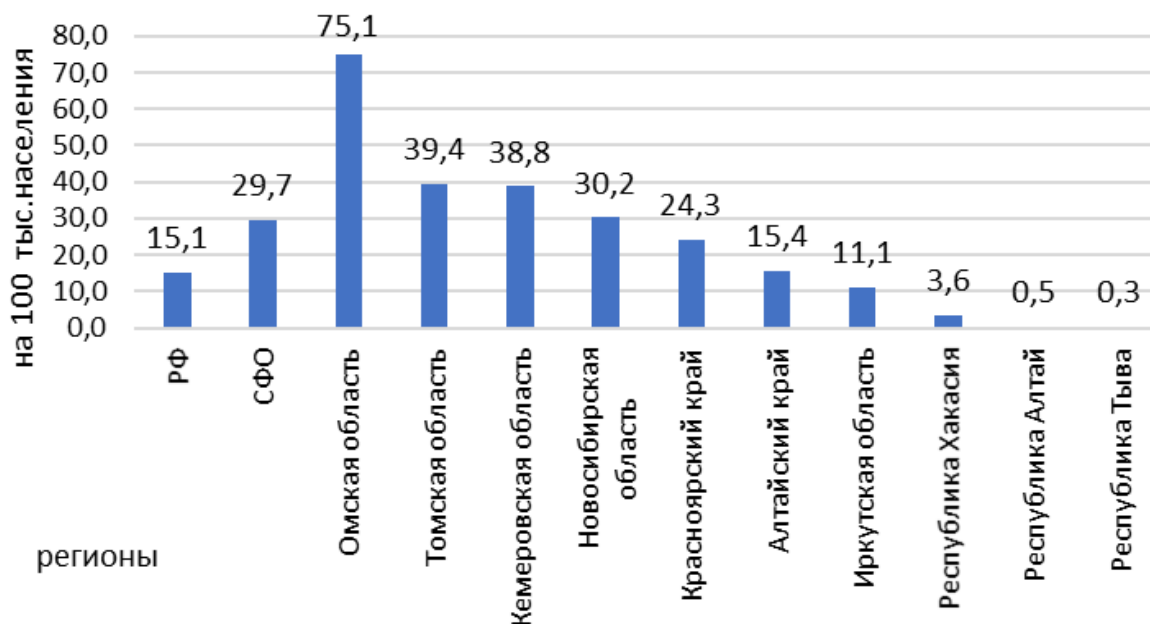


Рис. 4.- Показатель острых отравлений наркотическими веществами по СФО на 100 тыс. населения за 2022 год.

По данным [2, 3] ежегодно регистрируются превышения показателей острых отравлений курительными смесями над среднероссийским уровнем в Новосибирской области, Красноярском крае и Томской области.

Уровень острых отравлений наркотическими веществами с летальным исходом по СФО, составляющий 5,3 на 100 тыс. населения в динамике за 10 лет превышает среднероссийский показатель 3,6 на 100 тыс. населения в 1,46 раза. Среди регионов СФО максимальные показатели регистрируются: в Кемеровской области 10,0 на 100 тыс. населения (превышение в 2,77 раза); в Новосибирской области 7,0 на 100 тыс. населения (превышение в 1,94 раза); Красноярском крае 6,1 на 100 тыс. населения (превышение в 1,71 раза); в

Омской области 5,8 на 100 тыс. населения (превышение в 1,60 раз) и Томской области 5,5 на 100 тыс. населения (превышение в 1,54 раза) (табл.5 и 6) [2].

Таблица 5.

Динамика показателя острых отравлений наркотическими веществами с летальным исходом (на 100 тыс. населения) [2].

	013	014	015	016	017	018	019	020	021	022
Российская Федерация	3,8	4	3,3	2,7	2,8	2,8	3,2	3,7	4,8	4,9
СФО	5,7	6,1	3,3	3,7	4	3,4	4	4,4	7,6	10,3
Республика Алтай	0,5		0,5		0,5			0,5	0,0	0,0
Республика Тыва						0,2			0,0	0,0
Республика Хакасия	4,1	3	3	1,7	2,8		1,3	1,3	2,3	2,8
Алтайский край	1,5	0,3	0,4	0,3	0,3	2	0,5	0,5	1,6	3,4
Красноярский край	4,8	3,9	2,5	4,6	5,9	0,1	4,8	5,7	11,2	17,8
Иркутская область	4,2	7,9	3,7	2,8	2,7	0,2	3	3,1	2,9	4,3
Кемеровская область	20,9	18,3	9,1	10,3	8,3	5,2	6,5	5,7	5,6	9,9
Новосибирская область	2,3	7,4	3,3	3,9	4,7	3,2	4,8	6,3	17,2	16,6
Омская область	5,8	3,7	4,2	4,1	4,7	6,8	5,2	4,9	7,3	10,9
Томская область	3,8	5,7	1,9	2,6	6,1	3,9	4,9	6,9	8,7	11,0

При проведение статистических расчетов выявлено, что самый высокий уровень среднемноголетней летальности зарегистрирован в Кемеровской области 10,0 на 100 тыс. населения, что выше среднероссийского показателя в 2,77 раза (табл.10).

Наиболее высокие темпы роста летальности за 2013-2022 годы выявлены по Новосибирской области 621 % с ежегодным приростом 69,1%. При расчете темпа прироста за 2022 год к 2019 году наиболее высокий темп прироста зарегистрирован в Алтайском крае 583% (табл.6) [2].

Таблица 6.
Расчетные показатели острых летальных отравлений наркотическими
веществами по СФО.

	Среднемо- голетний за 2013- 2022 гг.	Отношени е к среднему по РФ	Ран г	темп прирост а за 2013- 2022	темп прироста ежегодны й за 2013- 2022	темп прирост а 2022 к 2019
Российская Федерация	3,6			27,7	3,1	51,6
Сибирский ФО	5,3	1,46		81,1	9,0	158,0
Республика Алтай	0,3	0,09	9	-100,0	-11,1	
Республика Тыва	0,1	0,02	10			
Республика Хакасия	2,5	0,69	8	-31,0	-3,4	117,6
Алтайский край	1,1	0,30	9	127,8	14,2	583,5
Красноярский край	6,1	1,71	3	271,7	30,2	271,7
Иркутская область	3,5	0,97	7	1,6	0,2	42,3
Кемеровская область	10,0	2,77	1	-52,7	-5,9	52,2
Новосибирска я область	7,0	1,94	2	621,8	69,1	245,8
Омская область	5,8	1,60	4	88,7	9,9	110,4
Томская область	5,5	1,54	5	190,4	21,2	125,2

Динамика показателя (на 100 тыс. населения) летальных отравлений наркотическими веществами в СФО по сравнению со среднероссийским уровнем свидетельствует о значительном отрыве в сторону значительного увеличения (рис.5).

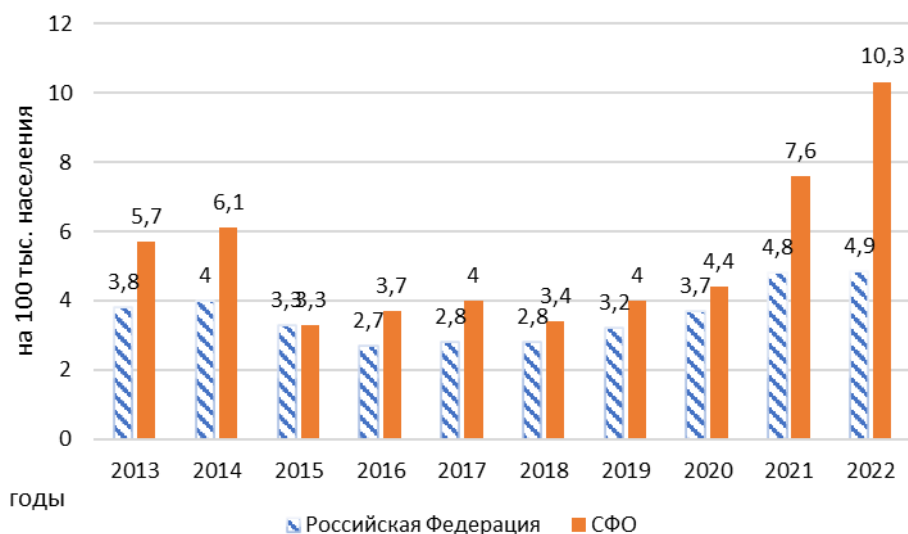


Рис. 5.- Динамика показателя (на 100 тыс. населения) летальных отравлений наркотическими веществами по СФО на 100 тыс. населения.

Среди регионов СФО наиболее высокий показатель летальных отравлений наркотическими веществами за 2022 год зарегистрирован в Красноярском крае и Новосибирской области (рис.6).

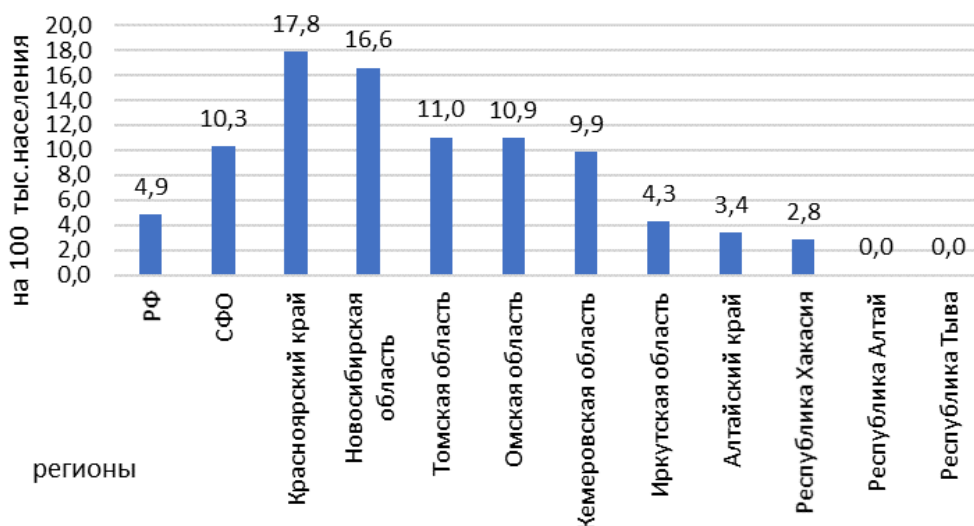


Рис. 6.- Показатель летальных отравлений наркотическими веществами по СФО на 100 тыс. населения за 2022 год [2].

По уточненным данным Росстата за 2022 год суммарная смертность от всех заболеваний, связанных с наркотиками на 100 тыс. населения составила:

Красноярский край 17,1 (превышение среднероссийского показателя (7,7) за 2022 год в 2,21 раза; Новосибирская область 14,7 (превышение в 1,90 раз); Томская область 13,6 (превышение в 1,76 раза); Кемеровская область 12,1 (превышение в 1,56 раза); Омская область 11,2 (превышение в 1,45 раза).

Характеристику ситуации, отражающую социальную среду, в которой происходят отравления наркотическими веществами дополняют такие данные как преступность, связанная с незаконным оборотом наркотических средств, количество наркотических средств, изъятых на момент возбуждения уголовного дела, объемы уничтоженных дикорастущих наркосодержащих растений и т.д. [6]. Снижается число лиц, совершивших преступления, связанные с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров или аналогов, сильнодействующих веществ, новых потенциально опасных психоактивных веществ, как по РФ, так и по СФО (за счет комплексной работы МВД, АНК и органов здравоохранения (табл.7).

Количество наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, сильнодействующих веществ, новых потенциально опасных психоактивных веществ, изъятых на момент возбуждения уголовного дела в целом по Российской Федерации в 2022 г. по сравнению с 2021 годом снизилось, а в СФО возросло.

В структуре изъятий за 2022 год дела в Российской Федерации 52% составили синтетические наркотические средства, 42,3% пришлось на каннабиноиды, 5,7% на сильнодействующие вещества, 6,7% на гашиш, 5% на наркотические средства опийной группы, 3,5 % на героин (табл.8).

Количество наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, сильнодействующих веществ, новых потенциально опасных психоактивных веществ, изъятых на момент возбуждения уголовного дела в целом по Российской Федерации в 2022 г. по сравнению с 2021 годом снизилось, а в СФО возросло.

Таблица 7.

Число лиц, совершивших преступления, связанные с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров или аналогов, сильнодействующих веществ, новых потенциально опасных психоактивных веществ [5].

	2018	2019	2020	2021	2022
Российская Федерация	95 683	85 425	83 137	85 147	79 666
СФО	13 232	11 803	10 901	11 319	10 636
Республика Алтай	211	199	212	217	220
Республика Тыва	874	962	629	701	745
Республика Хакасия	659	616	643	630	572
Алтайский край	2 151	1 986	1 825	1 763	1 697
Красноярский край	2 076	1 873	1 867	2 217	2 009
Иркутская область	1 659	1 333	1 333	1 393	1 180
Кемеровская область	2 073	1 880	1 845	1 727	1 551
Новосибирская область	1 294	974	859	941	1 151
Омская область	1 615	1 413	1 147	1 133	990
Томская область	620	567	541	597	521

В структуре изъятий за 2022 год дела в Российской Федерации 52% составили синтетические наркотические средства, 42,3% пришлось на каннабиноиды, 5,7% на сильнодействующие вещества, 6,7% на гашиш, 5% на наркотические средства опийной группы, 3,5 % на героин (табл.8).

Количество наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, сильнодействующих веществ, новых потенциально опасных психоактивных веществ, изъятых на момент возбуждения уголовного дела в Российской Федерации за 2018-2022 гг.. составило (По данным Росстата ЕМИСС, грамм) [4].

Уровень изъятий в Российской Федерации синтетических наркотических средств за 2018-2022 годы возрос в 3,3 раза. В структуре изъятий по СФО за 2022 год составили: 64,9% каннабиноиды; 25,4% синтетические наркотические средства; 6,6% на гашиш; 9,6% на наркотические средства опийной группы; 2% на героин (табл.9).

Российская Федерация, грамм	2018	2019	2020	2021	2022	Доля 2022
Наркотические средства	20550836	19470082	20965871	30599262	26410851	
Наркотические средства опиной группы	1161511	798201	861439	1628661	1308011	5,0
Ацелированный опий	946	472	212	2107	219	0,0
Героин (диацетилморфин)	721733	502670	486427	1431497	911667	3,5
Дезоморфин	259	143	256	32	19	0,0
Опий (в том числе медицинский) - свернувшийся сок опиного или масличного мака	1347	7579	14148	576	16589	0,1
Маковая солома	222340	231078	308557	148909	350733	1,3
Каннабиная группа (каннабиноиды)	15202910	13036756	10604984	14595902	11171005	42,3
Каннабис (марихуана)	12888383	10102332	9379751	12175184	9214885	34,9
Гашиш (анаша, смола каннабиса)	2075062	2786322	932025	2213341	1759667	6,7
Кокаин и его производные	47553	515745	862424	871546	231186	0,9
Синтетические наркотические средства.	4164204	5142109	8663538	13467946	13721430	52,0
Психотропные вещества	598253	372360	559859	4835321	340101	1,3
Сильнодействующие вещества	378035	727943	1202228	2041981	1504140	5,7
Прекурсоры	1231	1144	7270	47019	15019	0,1

В структуре изъятий наркотических средств по СФО прослеживаются следующие тенденции: снизилась доля каннабиноидов с 82,9% в 2018 году до 64,9% в 2022 году (тенденция -40,9%); возросла доля синтетических наркотических средств с 14,0% в 2018 году до 25,4% в 2022 году (тенденция +37,2%); возросла доля наркотических средств опиной группы с 3,2% в 2018 году до 9,6% в 2022 году (тенденция +130,5%).

По данным Росстата и МВД в 2022 увеличились объемы уничтоженных дикорастущих наркосодержащих растений (конопля, опиный мак, килограмм) как по Российской Федерации с 24992033 килограмм в 2018 г. до 27167506 килограмм в 2022 году, так и по СФО с 11735765 килограмм в 2018 г. до 15272372 в 2022 году [6].

Количество наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, сильнодействующих веществ, новых потенциально опасных психоактивных веществ, изъятых на момент возбуждения уголовного дела в СФО 2018-2022 гг.. составило (По данным Росстата ЕМИСС, грамм) [4]

Сибирский федеральный округ, грамм	2018	2019	2020	2021	2022	Доля 2022
Наркотические средства	3842493	3253651	2840945	2646693	2901285	
Наркотические средства опиной группы	121286	134937	138984	116125	279520	9,6
Ацелированный опий	18	16	5	131	7	0,0
Героин (диацетилморфин)	72835	63503	68799	75185	58171	2,0
Дезоморфин	14	8	3	1	0	0,0
Опий (в том числе медицинский) - свернувшийся сок опиного или масличного мака	28	425	0	559	74	0,0
Маковая солома	44173	61460	68484	37380	220678	7,6
Каннабисная группа (каннабиноиды)	3185375	2681599	2366357	1924242	1883170	64,9
Каннабис (марихуана)	2983521	2446653	2187074	1763962	1683835	58,0
Гашиш (анаша, смола каннабиса)	190005	219670	73264	148946	190292	6,6
Кокаин и его производные	471	1450	1099	2772	1092	0,0
Синтетические наркотические средства.	537850	437743	330299	581258	737747	25,4
Психотропные вещества	19093	6442	23351	9412	6792	0,2
Сильнодействующие вещества	6145	14490	54069	122744	18062	0,6
Прекурсоры	170	258	1720	1268	799	0,0

Ситуация по острым отравлениям психоактивными веществами населения Сибирского федерального округа остается напряженной. В связи с увеличением объемов продаж алкогольной продукции возможно увеличение и уровня смертности в отдельных регионах СФО. Анализ многолетних данных свидетельствует о значительном росте смертности населения, связанной с наркотиками в СФО в 2020-2022 годах. Высокий уровень смертности от наркотических веществ свидетельствует о росте его потребления населением и значительной латентности. Профилактика острых отравлений среди населения остается актуальной и требует от органов исполнительной власти и законодательных органов актуализации мер по снижению спроса и потребления населением психоактивных веществ.

Заключение:

- В Регионах Сибирского Федерального округа уровень острых отравлений наркотиками и отравлений наркотическими веществами стабильно превышают среднероссийские показатели.
- Уровень острых отравлений наркотиками с летальными исходами в Сибирском Федеральном округе значительно превышает среднероссийский уровень.
- Уровень острых отравлений наркотиками в СФО и смертность от отравлений наркотиками синхронизированы и носит прямо пропорциональный характер.
- Уровень острых отравлений наркотиками в СФО и смертность от отравлений наркотиками более выражен в наиболее обеспеченных в экономическом отношении регионах (Красноярский край, Иркутская область, Томская область, Новосибирская область, Омская область, Кемеровская область)
- Можно предположить, что в СФО на теневом рынке наркоуслуг увеличивается доля распространения объемов синтетических наркотических средств, что может повлечь и увеличение тяжести заболеваний и их осложнений.
- В Сибирском Федеральном округе актуальной остаётся профилактическая работа, направленная на борьбу с потреблением психоактивных веществ.

Литература / References:

1. Федеральная служба государственной статистики.
<https://rosstat.gov.ru/folder/12781>
2. Сведения об острых отравлениях химической этиологии по субъектам РФ. Источник: <https://fcgie.ru/sgm.html>

3. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2022 году: Государственный доклад. М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2023. 368 с.

4. Количество наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, сильнодействующих веществ, новых потенциально опасных психоактивных веществ, изъятых на момент возбуждения уголовного дела. ЕМИСС <https://www.fedstat.ru/indicator/58159>

5. Число лиц, совершивших преступления, связанные с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров или аналогов, сильнодействующих веществ, новых потенциально опасных психоактивных веществ ЕМИСС. <https://www.fedstat.ru/indicator/58160>

6. Вес уничтоженных дикорастущих наркосодержащих растений ЕМИСС <https://www.fedstat.ru/indicator/58163>

О МАРКЕРАХ НАРКОТИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Мингазов И. Ф., Кормилина О. М., Теркулов Р. И.

*ГБУЗ НСО «Новосибирский областной клинический наркологический
диспансер», Россия, г. Новосибирск*

Аннотация. В данной статье рассмотрена ситуация, связанная с наркотиками и их распространением в современном мире. Пока обуздать теневую экономику, связанную с наркорынком, не представляется возможным. Угроза населению от распространения наркотических веществ и потребителей наркотиков сохраняется. Учитываемая смертность населения от отравлений наркотическими веществами имеет тенденцию к росту.

Ключевые слова: наркотики, наркоситуация, незаконный оборот наркотиков, наркомания, тенденция, заболеваемость, смертность.

ABOUT THE MARKERS OF DRUG TROUBLE IN THE MODERN WORLD

Mingazov I. F., Kormilina O. M., Terkulov R. I.
*Novosibirsk Regional Clinical Narcological Dispensary,
Russia, Novosibirsk*

Abstract. This article examines the situation related to drugs and their distribution in the modern world. So far, it is not possible to curb the shadow economy associated with the drug market. The threat to the population from the spread of narcotic substances and drug users remains. The mortality rate of the population from drug poisoning tends to increase.

Keywords: drugs, drug situation, drug trafficking, drug addiction, trend, morbidity, mortality.

Цель исследования: выявить особенности и характерные черты современной мировой наркоситуации.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ публикаций о состоянии мировой наркологической ситуации. Выявлена структура наркопотребления ведущими наркотическими веществами в различных странах. Проведена оценка угроз распространения наркотиков.

Результаты и их обсуждение. В сегодняшнем мире широко распространилась теневая экономика, базирующаяся на противозаконной экономической деятельности. Подпольный наркобизнес коррупционно связан с экономикой государств и занимается в итоге производством сырья и его переработкой в готовый наркопродукт, а также доставкой наркотиков до потребителей. В наркобизнесе задействованы значительные человеческие ресурсы. Если, например, в сфере образования, медицины, культуры, лежит в основе лежит развитие и укрепление человеческого потенциала, то в наркобизнесе главное получение сверхприбылей за счет постепенного

уничтожения человека (за счет отравлений, стремительного износа ресурсов организма, каскадом осложнений, вызванных наркоманией, последствиями вовлечения в преступную деятельность и т.д.).

Сегодня разработаны инструменты для оценки (экспертной) деятельности теневых структур и в т.ч. деятельности организованной преступности. Одним из таких инструментов является Глобальный индекс организованной преступности. Проведенная оценка по итогам 2021 года вывела среднемировой уровень индекса организованной преступности равный 4,87 баллов из 10-и возможных (в рейтинг входят субиндексы - торговля героином, торговля кокаином, торговля коноплей, торговля синтетическими наркотиками).

Лидерами это рейтинга являются Демократическая Республика Конго (7,75); Колумбия (7,66); Мексика (7,56) 4 место в рейтинге; Нигерия (7,15); Иран (7,10); Афганистан (7,02); Турция (6,89); Бразилия (6,50); Россия (6,24) 32 место в рейтинге; Украина в рейтинге на 34-м месте; Италия занимает 53-е место; Китай (6,01); Саудовская Аравия (6,01); США (5,50) 66 место в рейтинге; Киргизстан (5,53); Египет (5,16) 79 место в рейтинге; Беларусь (5,06) Казахстан (4,26) 133 место в рейтинге; остров Тувалу (1,54) 193 место в рейтинге [1, 6].

В соответствии с этим рейтингом мы отмечаем, что Российская Федерация имеет индекс выше среднемирового значения и стоит на 32 месте. Уже длительное время против населения Российской Федерации ведется целенаправленная международная деятельность, направленная на разложение государства, в т.ч. через гиперпоставки наркотических веществ. Имея огромные сверхнаркодоходы, наркобизнес путем подкупа должностных лиц, проникает в наиболее плотнозаселенные города и территории для наркотического разложения общества.

Другим более профессиональными инструментами по координации антинаркотической деятельности является Управление ООН по наркотикам и преступности и Международный комитет по контролю над наркотиками

(МККН). Приведем некоторые штрихи и итоговые оценки, вытекающие из данных, по теневой незаконной наркоситуации, складывающейся в современном мире [1, 2, 3, 4, 5, 7]:

- В современном мире каннабис пока остается наиболее потребляемым наркотиком. По экспертным оценкам каннабис употребляли 219 млн. человек (4 % населения мира);
- В современной наркосреде постепенно начинают доминировать незаконно изготавливаемые синтетические наркотики.
- В 2021 году до 40 % от общего объема изъятого вещества в 19 т. составили новые психоактивных вещества синтетического происхождения.
- Всего суммарно количество новых психоактивных веществ на теневом рынке увеличилось с 555 в 2020 г. до 618 в 2021 г.
- На теневом наркорынке выявлено до 1184 видов новых компонентов психоактивных веществ.
- Метамфетамин стал одним из самых распространенным в мире незаконно изготавливаемый синтетический наркотик. Многие потребители новых психоактивных веществ принимают их, не подозревая об этом, в форме примесей, содержащихся в других наркотиках;
- Объемы производства кокаина составили около 2300 т (в 2021 г. изъято до 1982 тонны);
- Значительно выросли объемы изъятий амфетамина и метамфетамина;
- Изъятия свидетельствуют о переходе на использование прекурсоров 1-фенил-2-пропанона (Ф-2-П) при изготовлении метамфетамина вместо эфедрина и псевдоэфедрина;
- В 2022 году мировое производство опиия оставалось на высоком уровне 7800 т, большая часть из которых произведена в Афганистане;
- В 2022 году наибольшая часть всего незаконно производимого опиия в мире приходилась на долю Афганистана (80 %);

- Наиболее распространенными психоактивными веществами в Европе остаются каннабис, кокаин, опиоиды и экстази;
- Согласно оценкам, в 2021 году вещества типа экстази употребляли до 20 млн. человек, или 0,4% населения мира;
- В 2020 году опиоиды употребляли около 61 миллиона человек во всем мире (1,2 процента населения планеты);
- В 2021 году обнаружена глобальная сеть, занимавшаяся незаконным оборотом тапентадола — недавно появившегося опиоидного анальгетика;
- В Индии вес изъятого героина составил в 2021 г. 7282 кг, опия 4386 кг, каннабиса до 675 т, 348 кг синтетических наркотиков;
- В 2021 году в Турции было изъято 22,2 т героина;
- Постепенно возрастает доля употребляющих наркотики молодых людей;
- В Северной Америке фентанил (синтетический опиоид) стал одним из лидеров наркорынка (4-АП, 1-бок-4-АП и норфентанил);
- В Европе основным видом наркотиков, остаются опиоиды и каннабис и идет тенденция к росту потребления новых психоактивных веществ в т.ч. катинонов (мефедрон, MDPV, метилон);
- В Восточной Европе регистрируется наиболее высокая доля лиц, живущих с ВИЧ (25,4 %) и гепатитом «С» в следствии высокой распространенности инъекционного потребления наркотиков (до 1,3 % в 2021 году). Из 980 тыс. человек в Африке, употребляющих наркотики путем инъекций, более 100 тыс. человек (11,3 процента) живут с ВИЧ. В Азии насчитывается наибольшее в мире число лиц, употребляющих наркотики путем инъекций (5,2 млн в 2021 году), а внутри этой группы — число людей, живущих с гепатитом С (2,8 млн); самая высокая доля ВИЧ-инфицированных среди лиц, употребляющих наркотики путем инъекций, зарегистрирована в Юго-Западной Азии (29,3 %);

- Согласно оценкам, в 2021 году опиоиды употребляли 60 млн человек, или 1,2 % мирового населения;
- Согласно оценкам, в 2021 году амфетамины употребляли 36 млн человек, или 0,7 процента мирового населения;
- В Северной Америке употребление фентанилов является главной причиной рекордной смертности от передозировки наркотиков (в 2020 году в Соединенных Штатах от передозировки умерло 91799 человек, а в 2021 году 107622 человека);
- в 2020 году в Европейском союзе от передозировки запрещенных наркотиков погибло 5,8 тысячи человек;
- Важнейшим проявлением токсического действия дизайнерских наркотиков-опиоидов считается угнетение дыхания. Опиоиды остаются самой смертоносной группой наркотиков: на них приходится две трети всех смертей, непосредственно связанных с употреблением наркотиков;
- отмечается увеличение числа летальных случаев, связанных с употреблением других родственных фентанилу веществ (55 опиоидов), не имеющих применения в медицине;
- Число людей, страдающих расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, резко возросло до 39,5 миллионов;
- Отходы, образующиеся в процессе синтеза наркотиков (МДМА, метамфетамин, амфетамин) от 5 до 30 раз превышают объем изготовленного продукта и значительно загрязняют окружающую природную среду;
- 120 ликвидированных подпольных лабораторий по производству наркотиков произошло в Китае в 2021 году. На наркологическом учете состояли 1,49 миллиона человек, из них почти 800 тысяч человек употребляли метамфетамин, более 550 тысяч — героин;
- В Камбодже ликвидированных 2 подпольные лаборатории и крупных складов, изъято 200 т химических веществ;

- В 2021 года власти Малайзии изъяли 7 т метамфетамина, 1,2 т героина, более 400 кг кетамина и 250 кг МДМА;
- В 2020 году в Японии произвели более 700 изъятий запрещенных наркотиков с общим объемом 2 т. Изъятые в 2020 году количество метамфетамина эквивалентно более чем 26 млн. доз;
- В Сингапуре в 2021 году было ликвидировано 25 наркосиндикатов, задержано более 2,7 тысяч наркоторговцев;
- Казахстане в 2021 году было ликвидировано 36 лабораторий, в т.ч. для изготовления мефедрона и альфа-ПВФ;
- В Узбекистане в 2021 году было ликвидировано пять лабораторий. В Кыргызстане в 2021 году ликвидировано три нарколаборатории;
- Наблюдается тенденция роста объемов незаконного оборота наркотиков при помощи контейнерных перевозок по водным и морским маршрутам;
- Рынки запрещенных наркотиков связаны с насилием и другими формами преступности, а их незаконный оборот вкупе с сопутствующей коррупцией и незаконными финансовыми потоками подрывает мировую стабильность;
- Одной из проблем, является цифровизация рынка интернет и социальные сети, способствующие сбыту наркотиков;
- Значительную угрозу для здоровья населения Африки, на Ближнем и Среднем Востоке и в Юго-Западной Азии представляют употребление опиоидов (трамадола) в немедицинских целях, так в Нигерии изъяли в 2022 г. нескольких крупных партий трамадола общим весом 2,5 т;
- По данным за 2021 год в Судане было изъято более 380 т каннабиса; в Алжире 71 т каннабиса; в Сенегале было изъято 16,7 т смолы каннабиса и 30 т каннабиса; Буркина-Фасо 12 т каннабиса; В Нигерии изъяли в 2022 г. 23 кг героина, скрытого в детском питании; Танзании изъяла 174 кг героина; Южная

Африка изъяла 158,2 кг героина; Марокко было изъято в 2021 году более 1,6 млн таблеток различных психотропных веществ, в том числе нескольких бензодиазепинов;

- Китай продолжает оставаться источником распространения метамфетамина, синтетических опиоидов и каннабиоидов и других запрещенных психоактивных веществ. Объем изъятых наркотиков в 2022 г. составил 1016 кг.;

- Ни одного квартального статистического отчета об импорте и экспорте наркотических средств за 2021 год не представили в общей сложности 33 страны (около 15 %);

- Из 184 государств, которые являются сторонами Конвенции 1971 года, свои ежегодные статистические отчеты по психотропным веществам за 2021 год представили 152 государства, или 83 %.

Анализ по изъятиям прекурсоров и химических веществ, часто используемые при незаконном изготовлении наркотических средств и психотропных веществ показывает, что наркомафия активно использует альтернативные дизайнерские прекурсоры. Так эфедрин и псевдоэфедрин ранее широко применялся при незаконном изготовлении метамфетамина. Сегодня метамфетамин уже может быть изготовлен и из альтернативных веществ, таких как Ф-2-П, фенилуксусная кислота, АФААН, АФАА, МАФА, бензальдегида, нитроэтана, производных 3,4-МДФ-2-П-метилглицидной кислоты, винной кислоты, эфедры и ряда химических веществ, не включенных в списки. В настоящее время идет тенденция по снижению изъятий эфедрина и псевдоэфедрина в тоже время идет резкое увеличение изъятий общего объема метамфетамина, что говорит о широком использовании альтернативных прекурсоров.

Перманганат калия является основным окислителем, используемым при незаконном изготовлении кокаина. Гипохлорит натрия является еще одним

химическим веществом, связанным с незаконным изготовлением перманганата калия. Метабисульфит натрия также применяется для повышения эффективности незаконного изготовления кокаина. Ангидрид уксусной кислоты используется при незаконном изготовлении героина, метамфетамина и амфетамина.

Расчеты показывают, что для получения 320 тонн героина из опийного мака в Афганистане потребуется до 800 тыс. литров ангидрида уксусной кислоты. Препаратами фентанила, аналогов фентанила и других синтетических опиоидов и альтернативные химические вещества являются 4-АП, 1-бок-4-АП, норфентанил, 4-пиперидон, 2-бромэтилбензол. Препаратами кетамина являются «гидроксиламин» и 2-хлорфенил-циклопентил-кетон. Специалистами Международного комитета по контролю над наркотиками продолжается работа по координации усилий стран по изъятию подпольного оборудования и прекурсоров, используемые при незаконном изготовлении наркотических средств и психотропных веществ [7].

В целом по аналитическим материалам можно представить полученные данные в виде интегральной таблицы 1.

Таблица 1.

Ориентировочное количество потребителей наркотиков.

NN	Вид наркотика	количество потребителей наркотика	Объемы мирового производства
1	Каннабис	219 млн. человек	764 тонн
2	Кокаин	22 млн. человек	2300 тонн
3	Опиоиды	61 млн. человек 31 млн. человек употребляли героин	7800 тонн
4	Стимуляторы амфетаминового ряда	34 млн. человек	Десятки тонн
	Экстези	20 млн. человек	Десятки тонн
5	Новые психоактивные вещества	До 20 млн. человек	Десятки тонн

Заключение. Несмотря, на значительные усилия государств по противодействию наркопреступности ситуация оценивается как сложная, неоднозначная и проблематичная. Сохраняется значительное влияние теневых наркосиндикатов на здоровье население мира;

- Наиболее широкое распространение в мире получили такие наркотические продукты как: каннабис; кокаин; опиоиды; амфетамины; новые синтетические психоактивные вещества;

- Идет тенденция к значительному распространению новые психоактивных вещества синтетического происхождения до 40 % от общего объема изъятого вещества в 19 т. составили новые психоактивных вещества синтетического происхождения;

- На теневом наркорынке в 2021 г выявлен рост распространения новых психоактивных веществ с 555 в 2020 г. до 618 и уже выявлено 1184 видов новых компонентов психоактивных веществ;

- Постепенно возрастает доля употребляющих наркотики молодых людей;

- отмечается увеличение числа летальных случаев, связанных с употреблением фентанила и других родственных фентанилу веществ (55 опиоидов не имеющих применения в медицине);

- Одной из острых проблем, является цифровизация наркорынка через интернет и социальные сети;

- Отходы, образующиеся в процессе синтеза наркотиков (МДМА, метамфетамин, амфетамин) от 5 до 30 раз превышают объем изготовленного продукта и значительно загрязняют окружающую природную среду.

- Одной из проблем является широкое внедрение в незаконном производстве наркотиков дизайнерских прекурсоров.

- Около 350 млн. человек в мире потребляли наркотики, и суммарная смертность от причин смерти, связанных с наркотиками, доходит до 500 тыс. человек.

Литература / References:

1. Глобальный индекс организованной преступности 2021 года.
<https://globalinitiative.net/analysis/ocindex-2021/>
2. Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2022 год (E/INCB/2022/1) https://unis.unvienna.org/unis/uploads/documents/2023-INCB/INCB_annual_report-Russian.pdf
3. Всемирный доклад о наркотиках, 2023 год
https://www.unodc.org/res/WDR-2023/Special_points_R.pdf
4. Всемирный доклад о наркотиках, 2022 год
https://www.unodc.org/res/wdr2022/MS/WDR22_Booklet_1_russian.pdf
5. ООН Управление по наркотикам и преступности
https://www.unodc.org/res/WDR-2023/WDR23_Exsum_fin_DP.pdf
6. Пахляян, А. Мировая торговля наркотиками: крупные игроки нелегального бизнеса. Амстердам, 2021 с.100-110.
<https://cyberleninka.ru/article/n/mirovaya-torgovlya-narkotikami-krupnye-igroki-nelegalnogo-biznesa/viewer>
7. Прекурсоры и химические вещества, часто используемые при незаконном изготовлении наркотических средств и психотропных веществ
Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2022 год о выполнении статьи 12 Конвенции Организации Объединенных Наций о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ 1988 года. <https://www.incb.org/documents>

ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ И ОТНОШЕНИЯ К БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН НА 36 НЕДЕЛЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Миненок В. А., Левченко Е. В.

Кафедра психиатрии

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Курск

Аннотация. Статья посвящена изучению уровня тревожности у беременных женщин. Актуальность выбранной темы объясняется высокой частотой встречаемости повышенной тревожности у беременных, особенно у первородящих, что оказывает неблагоприятное влияние на состояние здоровья матери и плода, а также на детско-родительские отношения после рождения ребенка. Обоснована роль психотерапевта и психолога в ведении беременности.

Ключевые слова: уровень тревожности, депрессия, беременность.

STUDY OF THE LEVEL OF ANXIETY AND ATTITUDE TO PREGNANCY IN WOMEN AT 36 WEEKS OF PREGNANCY

Minenok V. A., Levchenko E. V.

Department of Psychiatry

Kursk State Medical University, Russia, Kursk

Abstract. The article is devoted to the study of the level of anxiety in pregnant women. The relevance of the chosen topic is explained by the high frequency of increased anxiety in pregnant women, especially in first-time mothers, which has an adverse effect on the health of the mother and fetus, as well as on child-parent relations after the birth of a child. The role of a psychotherapist and a psychologist in the management of pregnancy is substantiated.

Keywords: anxiety level, depression, pregnancy.

Введение. Беременность, особенно первая, является важным этапом в жизни каждой женщины. Доказана корреляция между успешной адаптацией к

беременности и хорошей адаптацией к материнству. В период беременности происходит гормональная перестройка организма, что оказывает существенное влияние на эмоциональное состояние женщины [4, 5]. Именно поэтому достаточно часто у беременных диагностируется повышенная тревожность, что неблагоприятно сказывается на состоянии здоровья, как матери, так и плода. Например, в ряде исследований установлена роль повышенной тревоги в патогенезе преэклампсии [3]. Кроме того, многие исследователи утверждают, что плохое эмоциональное состояние также отрицательно сказывается на будущих детско-родительских отношениях [1, 2].

Цель работы – изучить уровень тревожности и отношение к беременности у женщин на 36 неделе беременности

Объект исследования. Беременные женщины на 36 неделе беременности.

Предмет исследования. Уровень тревожности у беременных женщин.

Материалы и методы. Нами было проведено социологическое исследование, в котором приняли участие 98 женщин на 36 неделе беременности. Беременность у всех женщин протекала без патологий. Средний возраст участниц исследования составил $34,3 \pm 1,2$ года. Среди опрошенных на долю первородящих пришлось 56%, на долю повторнородящих – 44%.

Женщинам предлагалось ответить на вопросы анкеты, которая включала в себя тест отношений беременной И.В. Добрякова и тест ситуативной тревожности Ханина-Спилберга.

Результаты и их обсуждение. Распределение участниц исследования в зависимости от психологического компонента гестационной доминанты представлено на рисунке 1. По результатам тестирования участниц исследования по методике теста отношений беременной, у 62% участниц был диагностирован тревожный тип психологического компонента гестационной доминанты, который характеризуется неоправданными переживаниями по

поводу беременности и предстоящих родов, что неблагоприятно сказывается на соматическом состоянии женщины. Причем стоит отметить, что большинство беременных (82%) с диагностированным тревожным типом являются первородящими, а 44% женщин не посещали курсы дородовой подготовки. Среди причин повышенной тревожности респондентки отмечали боязнь боли, страх перед неизвестностью, боязнь за состояние здоровья плода.

У 27% участниц исследования наблюдался оптимальный тип психологического компонента гестационной доминанты, при котором женщина естественно относится к своей беременности, выполняет все рекомендации врача, трепетно относится к своему состоянию здоровья и состоянию здоровья своего будущего ребенка. Все женщины с оптимальным типом посещали курсы подготовки к родам.

У 3% женщин был диагностирован эйфорический тип, который характеризуется чрезмерным манипулированием по поводу беременности, преувеличением недомоганий.

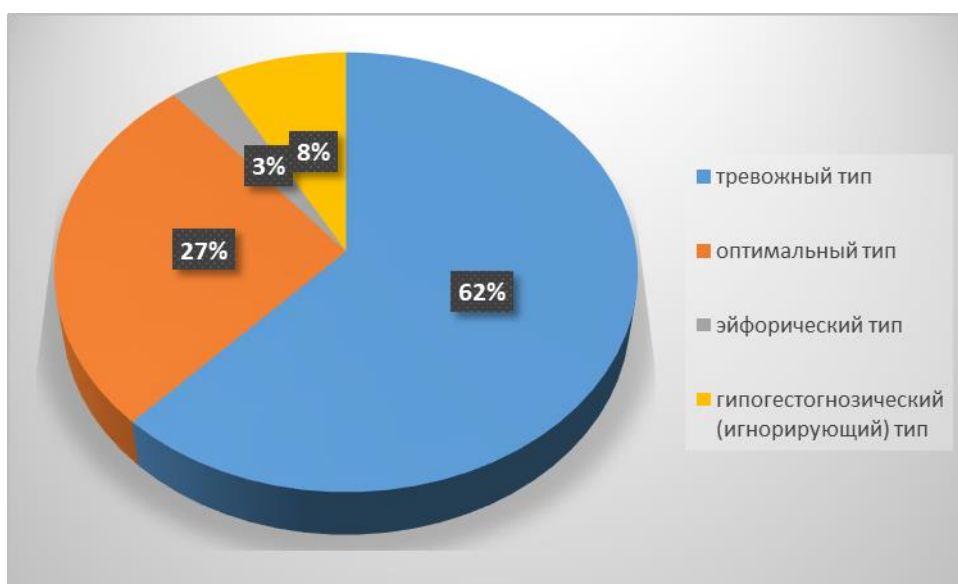


Рис. 1. – Типы психологической гестационной доминанты, диагностированные у участниц исследования по методике ТООБ И. В. Добрякова.

8% опрошенных женщин имели гипогестогнозический (игнорирующий) тип психологической гестационной доминанты, они не желали менять свой образ жизни в связи с беременностью, периодически пренебрегали результатами врача. Интересно, что во всех случаях это были более молодые женщины (средний возраст $19,1 \pm 0,5$ лет).

В ходе оценки уровня тревожности у беременных женщин по тесту ситуативной тревожности Ханина-Спилбергера были получены следующие результаты: у 52% опрошенных диагностирован высокий уровень тревожности, причем почти все участницы исследования являлись первородящими, у 29% – средний, у 19% – низкий.

Заключение. Полученные данные говорят о необходимости введения и совершенствования психологического сопровождения беременной женщины, особенно если она является первородящей. Снижение уровня тревоги, улучшение психоэмоционального состояния позволит оказать положительное влияние на течение беременности и процесс родов.

Литература / References:

1. Демченко, М. О. Психологические особенности стрессов, вызванных беременностью / М. О. Демченко, Д. И. Саидова // Наука и инновации - современные концепции: Сборник научных статей по итогам работы Международного научного форума, Москва, 25 января 2019 года / Ответственный редактор Д.Р. Хисматуллин. Том 1. Москва: Инфинити, 2019. С. 105-109.

2. Елисеева, А. В. Оценка уровня тревожности женщин в Третьем триместре беременности / А. В. Елисеева, В. А. Миненок, Е. В. Левченко // Современные подходы психиатрии, психотерапии и клинической психологии к диагностике и коррекции патологии человека : Сборник научных трудов по материалам Международной научной конференции, Курск, 30–31 мая 2023

года. / Сост. И.А. Бельских, отв. редактор Д.В. Плотников. – Курск: Курский государственный медицинский университет, 2023. – С. 161-162.

3. Мальгина, Г. Б. Патогенез, профилактика и коррекция перинатальных осложнений при психоэмоциональном стрессе в период беременности: специальность 14.01.00 «Клиническая медицина»: диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Мальгина Галина Борисовна. – Санкт-Петербург, 2003. 349 с.

4. Сюсюка, В. Г. Оценка влияния переживания стресса на уровень тревожности женщин в период беременности / В. Г. Сюсюка // Научный медицинский вестник Югры. – 2017. – № 1(11). – С. 67-68.

5. Щукина, Е. И., Макарова, А. А., Чумакова, Г. Н. Развитие материнского поведения при повышенной тревоге во время беременности // Экология человека. 2006. №7. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/razvitie-materinskogo-povedeniya-pri-povyshennoy-trevoge-vo-vremya-beremennosti> (дата обращения: 28.09.2023).

МЕТОДЫ КОГНИТИВНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ И ИХ ЭФФЕКТИВНОСТЬ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Мурадалиева К. С., Скиртач И. А.

Кафедра психофизиологии и клинической психологии

ФГБОУ ВО «Южный федеральный университет» Минобрнауки Россия,

Россия, г. Ростов-на-Дону

Аннотация. На данный момент от различных нейродегенеративных заболеваний страдают более 30 млн. человек. Согласно прогнозам, количество заболевших будет только расти. В статье рассмотрены такие виды когнитивно-ориентированной терапии как когнитивная тренировка, когнитивная реабилитация и когнитивная стимуляция, описаны принципы и особенности их проведения. Приведены данные отечественных и иностранных исследований об эффективности нейротренинга у лиц пожилого возраста с разным психическим

статусом. Описаны механизмы, которые обеспечивают влияние немедикаментозной терапии на когнитивные функции. В обзоре обоснована необходимость применения подобного вида терапии, как в виде профилактики, так и для замедления прогрессирования дементных симптомов.

Ключевые слова: клиническая психология, геронтопсихология, когнитивно-ориентированная терапия, нейротренинг, когнитивные функции.

COGNITIVE REMEDIATION INTERVENTIONS AND THEIR EFFECTIVENESS IN THE ELDERLY

Muradaliyeva K. S., Skirtach I. A.

*Department of Psychophysiology and Clinical Psychology
Southern Federal University, Russia, Rostov-on-Don*

Abstract. Erich Fromm's most important contribution to the “science of man” and psychoanalysis was his study of the phenomenon of individual freedom. E. Fromm tried to answer the question: why an individual is still tempted to give up freedom. Why did National Socialism gain popularity in the Center of Europe, namely in Germany, at the beginning of the twentieth century? In his work «Flight from Freedom», the scientist argues that the very logic of the development of Western European culture led to the formation of a layer of the middle class, in which a special social character was formed - sadomasochism, which determined the flight from freedom and the desire for blind submission.

Keywords: clinical psychology, gerontopsychology, cognitive remediation interventions, neurotraining, cognitive functions.

Введение. По данным Росстата за последние 20 лет было выявлено значительное увеличение числа лиц пожилого возраста (с 20.4% до 25.3%) [10]. С ростом продолжительности жизни населения, повышается и распространенность расстройств когнитивной сферы. Так, по оценкам ВОЗ, в мире от них страдают более 55 миллионов пожилых людей и, согласно

прогнозам, их количество будет только расти [8]. В ходе деменции развивается невозможность выполнять привычную деятельность, что приводит к снижению уровня жизни, появлению чувства неполноценности и отчужденности от общества. Чем больше выражен когнитивный дефицит, тем выше тревога, чувство одиночества, количество депрессивных симптомов. Так как качество жизни пожилых людей напрямую зависит от сохранности интеллекта и адаптации в социуме, исследования в данной сфере особенно актуальны.

На данный момент возможности излечить пациента от деменции не существует, однако активно развиваются методы профилактирующие и замедляющие прогрессирование когнитивных снижений. Один из актуальных немедикаментозных вариантов воздействия на психические функции это когнитивно-ориентированная терапия.

Теоретическое обоснование. Влияние нейропрограмм на когнитивные функции осуществляется за счет функции переноса и зависит от уровня пластичности мозга, объема когнитивного резерва.

Нейропластичность – это способность отдельных структур мозга перестраивать свою работу для компенсации возникшего дефицита. Она осуществляется как на молекулярном (за счет изменений генной транскрипции, синтеза белка и перестройки синаптических путей), так и на клеточном уровнях (посредством нейрогенеза, дендритогенеза, синаптогенеза) [11].

На успешность программ нейротренинга во многом влияет когнитивный резерв респондента. Это улучшение познавательных способностей в течение всей жизни за счет вариативных факторов окружающей среды (уровень образования, место работы, виды отдыха), которые смягчают скорость снижения подвижных когнитивных способностей и, в конечном счете, клиническое проявление деменции [2].

Исследователями предполагается, что люди с высоким когнитивным резервом демонстрируют больший эффект переноса от когнитивного тренинга.

Что было подтверждено в исследованиях по тренировке памяти и обучении видеоиграм [2]. Перенос – это способность мозга осуществлять функции, тренируемые в рамках одного сценария, в иных задачах [15]. Применение нейротренинга может способствовать не только улучшению когнитивного функционирования у участников, но и снижению симптомов тревоги [14]. Также в исследовании 2013 года при тренировке обработки слуховых сигналов, у респондентов улучшилась память [1].

Таким образом, программы нейротренинга вызывают функциональные и структурные изменения в головном мозге, которые могут служить основой для улучшения когнитивных функций участников.

Виды когнитивно-ориентированной терапии

На данный момент выделяют несколько видов когнитивно-ориентированной терапии: когнитивная тренировка, когнитивная реабилитация и когнитивная стимуляция [6].

1. Когнитивная тренировка (КТ)

КТ подразумевает целенаправленное выполнение структурированных заданий с целью улучшения или поддержания конкретных когнитивных функций. Выделяют как узконаправленные, так и многокомпонентные программы тренингов [7]. Последние считаются более эффективными как в отношении направленно тренируемых способностей (близкий перенос), так и способностей, на которых не было прямого воздействия (дальний перенос) [2].

В обзоре 2021 года исследователи пришли к выводу о том, что КТ эффективна в поддержании уровня познавательных функций у лиц с умеренными когнитивными нарушениями (MCI), что способствует замедлению прогрессирования деменции [12, 15]. Предполагается, что значительно больший положительный эффект он оказывает на когнитивный уровень здоровых респондентов. Это связывают со снижением пластичности мозга при возникновении дефицита. Однако расхождение в результатах может быть

вызвано непреднамеренным включением людей с МСІ в группу здоровых респондентов, так как краткие шкалы не всегда позволяют установить уже возникшие отклонения от нормы [2].

Результаты метаанализа, включающего 11 исследований, показали, что нейротренинг способствует улучшению инструментальной деятельности (выполнение домашних обязанностей, покупки и управление финансами) в повседневной жизни сразу после вмешательства у пожилых людей с легкими когнитивными нарушениями и ранней стадией деменции. Tulliani и коллеги в своем обзоре отмечают, что статистических данных для подтверждения длительного эффекта пока недостаточно [6], однако в исследовании китайских ученых было выявлено, что влияние когнитивных тренировок рабочей памяти на общую когнитивную функцию и повседневную жизнедеятельность МСІ может сохраняться в течение (как минимум) 3 месяцев [15].

Отдельно можно выделить исследования, связанные с компьютерным нейротренингом. Систематический обзор 2018 года показал, что основанные на компьютерных технологиях когнитивные тренировки и реабилитационные мероприятия у лиц с МСІ значительно повлияли на общие показатели по шкалам оценки деменции в 8 из 22 исследований; в 8 из 18 исследований было обнаружено положительное влияние на внимание, в 9 из 16 исследованиях на исполнительную функцию и в 16 из 19 исследованиях на память [13].

Несмотря на отсутствие человеческого контакта со специалистом во время проведения компьютеризированного тренинга, исследователями отмечались улучшение у респондентов некогнитивных симптомов, таких как тревога, депрессия и уровень повседневной поведенческой активности сферы [13, 14].

Плюсы компьютерного тренинга заключаются в стандартизированном предъявлении стимулов, что исключает фактор возможных ошибок со стороны клинициста. Значительным преимуществом является возможность проведения

тренинга удаленно и повышение мотивации респондентов, способствующее большему вовлечению в процесс тренировки [5].

Существуют и определенные минусы компьютеризированного тренинга. Возможны различные трудности, связанные с недостаточным опытом респондентов в использовании компьютера, что нивелируется предварительным обучением испытуемых. В данном вопросе важно отметить, что чрезмерное влияние ухаживающих лиц может отразиться на вовлеченности самого участника. Таким образом, необходимо инструктировать, в том числе и близких людей пожилого человека.

Еще один минус - это ограниченность в выборе методов воздействия на когнитивные функции и их оценки. Эти трудности могут быть вызваны как физическими ограничениями пожилых людей, так и ограниченностью технического оснащения. Вовлечение моторики в компьютеризированном тренинге значительно ниже, в сравнении с классическим, где используются ручка и бумага. Развитие физической сферы является важным фактором в вопросе улучшения когнитивного функционирования [9]. Коррекция этого недостатка возможна благодаря проведению мультимодального тренинга, считающегося более эффективным [12]. Он предполагает включение в программу различных физических упражнений.

Несмотря на ограничения, нейротренинг с использованием компьютеризированных технологий считается достаточно эффективным не только у здоровых лиц, но и у пациентов в преддементном состоянии, что дает уникальную возможность в области когнитивной реабилитации [11].

2. Когнитивная реабилитация (КР)

КР сфокусирована на решении повседневных проблем пациента, что обеспечивает индивидуальный подход. В отличие от КТ она не направлена конкретно на улучшение когнитивных функций. Целью реабилитации является преодоление различных дефицитов и формирование компенсаторной стратегии.

Она включает в себя методы восстановления памяти, модификацию деятельности или окружающей среды и обучение без ошибок [6].

Реабилитацию дополняют методы, направленные на сохранение качества жизни и поощрение социальных контактов. Например, группы самоуправления для повышения самооэффективности, терапевтические мероприятия для адаптации к жизни с деменцией, психологическая поддержка лиц, ухаживающих за больными.

3. Когнитивная стимуляция (КС)

КС - это стратегия вмешательства, направленная на вовлечение лиц пожилого возраста в повседневную деятельность. Она предполагает стимуляцию познавательной и социальной активности неспецифическим образом (дискуссии, шахматы, рисование). В результате прохождения курса КС наблюдается повышение когнитивных резервов и предотвращение снижения когнитивных способностей.

Считается, что КС, скорее всего, является наиболее эффективным способом вмешательства для улучшения когнитивных функций пациентов с МСИ [4]. На данный момент самой многообещающей программой КС является «Cognitive stimulation therapy» (CST), разработанная профессором Э. Спектор. Она основана на реалиях повседневной жизни и включает в себя поощрение дискуссий между участниками, развитие моторики, ориентировки во времени, в результате чего улучшаются показатели памяти, внимания, речевая функция, самооценка, коммуникативные навыки и общее качество жизни.

В России CST прошла культурную адаптацию и была апробирована в рамках программы психосоциальной терапии и нейрокогнитивной реабилитации в «Клинике памяти» под руководством Рошиной И. Ф. [7]. Преимуществом CST является индивидуальная направленность на конкретного респондента и мультимодальное воздействие. Подтверждена также ее экономическая эффективность в сравнении с традиционными методами

лечения. Анализ был проведен с учетом результатов по повышению когнитивных способностей и качества жизни [3].

Заключение. Каждый из видов когнитивно-ориентированной терапии имеет свои преимущества, недостатки, отличается по цели и способу проведения. Так, когнитивная тренировка эффективна в качестве профилактики снижения качества жизни пожилых людей. Когнитивная реабилитация направлена на восстановление конкретных психических функций у геронтологических пациентов. Когнитивная стимуляция, преимуществами которой являются индивидуальный подход, развлекательный характер тренинга, многофакторное воздействие на пациента и экономическая выгода, наиболее эффективна как для здоровых респондентов, так и для геронтологических пациентов.

Литература / References:

1. Anderson S. и др. Reversal of age-related neural timing delays with training // Proc. Natl. Acad. Sci. U. S. A. 2013. Т. 110. № 11. С. 4357–4362.
2. Basak C., Qin S., O’Connell M.A. Differential effects of cognitive training modules in healthy aging and mild cognitive impairment: A comprehensive meta-analysis of randomized controlled trials // Psychol. Aging. 2020. Т. 35. № 2. С. 220–249.
3. Knapp M. и др. Cognitive stimulation therapy for people with dementia: cost-effectiveness analysis // Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci. 2006. Т. 188. С. 574–580.
4. Liang J.-H. и др. The optimal treatment for improving cognitive function in elder people with mild cognitive impairment incorporating Bayesian network meta-analysis and systematic review // Ageing Res. Rev. 2019. Т. 51. С. 85–96.
5. Savulich G. и др. Cognitive Training Using a Novel Memory Game on an iPad in Patients with Amnesic Mild Cognitive Impairment (aMCI) // Int. J. Neuropsychopharmacol. 2017. Т. 20. № 8. С. 624–633.

6. Tulliani N. и др. Efficacy of cognitive remediation on activities of daily living in individuals with mild cognitive impairment or early-stage dementia: a systematic review and meta-analysis // *Syst. Rev.* 2022. Т. 11. № 1. С. 156.
7. Рощина, И.Ф. и др. Профилактика когнитивного снижения в позднем онтогенезе: программы «Клиника памяти» и «Когнитивная стимулирующая терапия» // *Клиническая и специальная психология.* 2022. Т. 11. № 3. С. 44–70.
8. Всемирная организация здравоохранения. Информационные бюллетени/Деменция [Электронный ресурс]. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/dementia> (дата обращения: 19.08.2023).
9. Daugherty A.M. и др. Multi-modal fitness and cognitive training to enhance fluid intelligence // *Intelligence.* 2018. Т. 66. С. 32–43.
10. Росстат. Демографические показатели [Электронный ресурс]. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/13877#> (дата обращения: 19.08.2023).
11. Юсупов Ф.А. Нейропластичность и возможности современной нейрореабилитации [Электронный ресурс]. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/neuroplastichnost-i-vozmozhnosti-sovremennoy-neyroreablitsii/viewer> (дата обращения: 01.08.2023).
12. Bernini S. и др. Cognitive Telerehabilitation for Older Adults With Neurodegenerative Diseases in the COVID-19 Era: A Perspective Study // *Front. Neurol.* 2021. Т. 11. С. 623933.
13. Ge S. и др. Technology-based cognitive training and rehabilitation interventions for individuals with mild cognitive impairment: a systematic review // *BMC Geriatr.* 2018. Т. 18. № 1. С. 213.
14. Pereira-Morales A.J. и др. Efficacy of a computer-based cognitive training program in older people with subjective memory complaints: a randomized study // *Int. J. Neurosci.* 2018. Т. 128. № 1. С.1–9.

15. Weng W. и др. The transfer effects of cognitive training on working memory among Chinese older adults with mild cognitive impairment: a randomized controlled trial // Front. Aging Neurosci. 2019. Т. 11.

ДИНАМИКА ЛИЧНОСТНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК У ПАЦИЕНТОВ С СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПРОЦЕССЕ ИНТЕГРАТИВНОЙ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Мухаметова А. И., Васильев В. В.

*Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»
Минздрава России, Россия, г. Ижевск*

Аннотация. Целью исследования явилась оценка эффективности интегративной групповой психотерапии соматоформных расстройств (СФР) на основании динамики личностно-психологических характеристик пациентов. Исследование проводилось экспериментально-психологическим методом. Было обследовано 34 пациента с СФР в процессе прохождения ими курса интегративной групповой психотерапии, проводимого по разработанной авторами программе, включающей в себя динамический, арттерапевтический и телесно ориентированный блоки. В результате выявлено достоверное положительное влияние проведенного психотерапевтического курса на такие психологические характеристики пациентов, как уровень алекситимии и особенности личностной реакции на болезнь.

Ключевые слова: соматоформные расстройства, личностно-психологические факторы, психотерапия соматоформных расстройств, алекситимия, личностная реакция на болезнь.

DYNAMICS OF PERSONALITY-PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH SOMATOFORM DISORDERS DURING INTEGRATIVE GROUP PSYCHOTHERAPY

Mukhametova A. I., Vasiliev V. V.

Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology

Izhevsk State Medical Academy, Russia, Izhevsk

Abstract. The purpose of the study was to assess the effectiveness of integrative group psychotherapy of somatoform disorders (SFD) based on the dynamics of personally-psychological characteristics of patients. The study was carried out by an experimental-psychological method. 34 patients with SFD were examined during their course of integrative group psychotherapy carried out according to the program developed by the authors, which includes dynamic, arththerapeutic and body-oriented block. As a result, a reliable positive effect of the conducted psychotherapeutic course on such psychological characteristics of patients as the level of alexithymia and the peculiarities of the personality reaction to the disease was revealed.

Keywords: somatoform disorders, personality-psychological factors, psychotherapy of somatoform disorders, alexithymia, personality reaction to the disease.

Введение. Соматоформные расстройства (СФР) относят к группе нервно - психических расстройств с хроническим персистированием физических симптомов, которые не могут быть объяснены с точки зрения какого-либо соматического заболевания [11, с. 263]. СФР имеет и другие терминологические обозначения, среди которых наиболее часто используют «функциональное расстройство» или «функциональный соматический синдром», «необъяснимые с медицинской точки зрения физические симптомы», «телесный дистресс-синдром / расстройство» или «телесный стресс-синдром / расстройство» [6, с. 46].

Распространенность СФР среди населения, по данным разных авторов, колеблется от 4 до 7% [12, с. 49; 13, с. 803]. При этом среди пациентов общесоматической сети доля больных, страдающих СФР, составляет порядка 20 – 25 % [7, с.22; 13, с. 803]. Несколько более широкий диапазон распространенности СФР представлен А.В. Андрищенко: 4,4 – 33,5% в общей популяции населения и 16,1 – 57,5% в учреждениях первичной медицинской сети [1, с. 36]. СФР встречаются как у детей и подростков, так и у взрослых, причем в гендерном аспекте они более характерны для женщин, чем для мужчин [7, с. 22; 13, с. 803].

Этиология СФР неоднозначна. Данная группа заболеваний является гетерогенной, поэтому происхождение СФР следует расценивать как мультифакториальное. Актуальная на современном этапе развития науки биопсихосоциальная парадигма предполагает, что этиологию СФР нельзя рассматривать исключительно на основании биологических или психологических факторов [8, с. 3].

Особое место в формировании СФР занимают личностно-психологические особенности пациентов. Многими исследователями обнаружена тенденция к выявлению специфических личностных характеристик, которые могут выступать в качестве причинных факторов развития данной группы заболеваний [2, с. 10; 3, с. 26; 4, с. 37; 9, с. 37]. В их число входят и такие характеристики, как алекситимия и личностная реакция на болезнь.

Алекситимия представляет собой психологическую особенность, заключающуюся в затруднении определения и описания собственных эмоций, а также эмоций окружающих в сочетании с трудностями в дифференцировке телесных ощущений. Личностная реакция на болезнь отражает внутреннюю картину болезни, то есть ее субъективно-психологическую сторону, и складывается из сенсорного, аффективного, когнитивного и мотивационного

компонентов [5, с. 47]. На формирование личностной реакции на болезнь оказывают влияние три группы факторов: 1) преморбидные особенности личности пациента; 2) природа самого заболевания; 3) социально - психологические факторы [10, с. 383]. Следует отметить, что, учитывая большую значимость вышеописанных личностно-психологических факторов в генезе СФР, резонно рассматривать эти факторы в качестве одной из мишеней психотерапии данных расстройств.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности интегративной групповой психотерапии СФР на основании динамики личностно-психологических характеристик пациентов по ходу психотерапевтического курса.

Объекты и методы исследования. В исследовании приняли участие 34 пациента с диагнозом «Соматоформное расстройство» (рубрика F45 в Международной классификации болезней 10-го пересмотра), среди них 9 пациентов с соматизированным расстройством (F45.0), 6 – с ипохондрическим расстройством (F45.2), 2 – с устойчивым соматоформным болевым расстройством (F45.4), 17 – с соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы (F45.3). Средний возраст пациентов составил $34,8 \pm 2,0$ года, 30 из них были женского пола, 4 – мужского.

Все пациенты исследуемой выборки прошли курс интегративной групповой психотерапии по разработанной авторами программе, включающей в себя динамический, телесно ориентированный и арттерапевтический блоки. Продолжительность курса составила 30 дней при частоте психотерапевтических сессий через день (всего 15 сессий).

Исследование проводилось экспериментально-психологическим методом. Изучались такие психологические характеристики пациентов, как уровень алекситимии и личностная реакция на болезнь. В качестве диагностических инструментов использовались торонтская алекситимическая

шкала TAS-20 (русскоязычная версия TAS-20-R) и личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ). Пациенты обследовались с помощью перечисленных методик трижды: в нулевой, пятнадцатый и тридцатый дни курса. Для статистической обработки полученных данных использовался критерий Вилкоксона.

Результаты и их обсуждение. Результаты, полученные с помощью торонтской алекситимической шкалы, показали, что перед началом курса психотерапии (нулевой день) у 10 пациентов отмечался высокий уровень алекситимии, еще у 9 – повышенный. В дальнейшем, по ходу психотерапии, у исследуемых пациентов наблюдалось снижение выраженности алекситимии: к концу курса высокий ее уровень сохранялся лишь у 5 из них, повышенный – у 8. Параллельно увеличилось число пациентов с нормальным уровнем алекситимии: нулевой день – 15, тридцатый день – 21. Динамика изменений средних показателей общего уровня алекситимии и отдельных ее компонентов по ходу курса представлена в таблице 1.

Из данных таблицы видно, что к концу курса групповой психотерапии в исследуемой выборке достоверно ($p < 0,01$) снизился как общий уровень алекситимии, так и уровни таких ее компонентов, как трудность идентификации чувств и трудность их описания.

Таблица 1.

Динамика алекситимии у исследуемых пациентов в процессе интегративной групповой психотерапии.

Компонент алекситимии	Средние значения по ходу курса психотерапии			Достоверность изменений		
	0 день	15 день	30 день	T _{Эмп}	T _{Кр}	p
Общий уровень алекситимии	53,7±2,0	48,3±1,7	46,6±2,0	127	151	<0,01
Трудность идентификации чувств	21,6±1,0	18,3±0,9	17,5±1,0	59	120	<0,01
Трудность описания чувств	14,2±0,7	12,9±0,7	12,3±0,7	84,5	110	<0,01
Внешне ориентированное мышление	18,2±0,9	17,7±0,8	18,0±1,0	198,5	140	>0,05

Значимо не изменилась лишь выраженность одного компонента – внешне ориентированного мышления. Таким образом, разработанная психотерапевтическая программа оказала более выраженное влияние на эмоциональную сторону алекситимии, нежели на ее когнитивную сторону. Следует также отметить, что особенно заметное снижение показателей алекситимии у исследуемых пациентов произошло в первую половину психотерапевтического курса.

Изучение личностной реакции пациентов на болезнь, проведенное с помощью личностного опросника Бехтеревского института, показало, что перед началом курса психотерапии наиболее выражены в исследуемой выборке были гармоничный, тревожный и неврастенический типы отношения к болезни (табл. 2). К концу курса гармоничный тип по-прежнему оставался наиболее выраженным из всех. При этом достоверно снизилась средняя выраженность таких дисгармоничных типов личностного отношения к болезни, как тревожный, ипохондрический, апатический, неврастенический и эгоцентрический, что, безусловно, следует рассматривать как признак положительного влияния проведенной психотерапии на личностно-психологические характеристики пациентов. Следует также отметить, что, в отличие от алекситимии, уровень которой у исследуемых пациентов существенно быстрее снижался в первую половину психотерапевтического курса, снижение выраженности перечисленных типов личностной реакции на болезнь происходило на протяжении курса относительно равномерно.

Вместе с тем, к концу курса у пациентов достоверно повысилась выраженность эйфорического и анозогнозического типов отношения к болезни, формально также относящихся к дисгармоничным. По нашему мнению, данное явление гипотетически можно объяснить действием возникающего в процессе психотерапии явления эмоционального отреагирования, нередко

сопровождающегося чувством воодушевления, эмоционального подъема и освобождения от груза болезни.

Таблица 2.

Динамика личностной реакции на болезнь у исследуемых пациентов в процессе интегративной групповой психотерапии.

Тип отношения к болезни	Средние значения по ходу курса психотерапии			Достоверность изменений		
	0 день	15 день	30 день	T _{Эмп}	T _{Кр}	p
Гармоничный	3,4±0,3	3,5±0,3	3,3±0,4	153,5	119	>0,05
Тревожный	3,2±0,3	2,3±0,3	1,7±0,3	94,5	120	<0,01
Ипохондрический	1,7±0,2	1,2±0,2	0,8±0,2	64	84	<0,01
Апатический	1,5±0,3	1,1±0,2	0,6±0,2	12	37	<0,01
Неврастенический	2,8±0,3	2,0±0,3	1,8±0,3	80	100	<0,05
Обсессивно-фобический	2,1±0,3	1,5±0,2	1,5±0,3	91	83	>0,05
Сенситивный	1,9±0,3	1,4±0,3	1,3±0,3	78	75	>0,05
Эгоцентрический	1,9±0,3	1,2±0,3	1,0±0,2	22,5	49	<0,01
Эйфорический	1,8±0,2	2,5±0,3	3,0±0,3	49,5	101	<0,01
Анозогнозический	1,6±0,3	1,7±0,2	2,4±0,3	67,5	83	<0,05
Эргопатический	2,1±0,3	2,0±0,3	2,3±0,4	173	110	>0,05
Паранойяльный	1,4±0,2	1,2±0,2	1,1±0,2	92,5	75	>0,05

Наличие у пациентов указанных чувств и могло создать впечатление формирования соответствующих типов отношения к болезни. В этой связи следует отметить, что внутренняя картина болезни является сложным многокомпонентным конструктом, и формирование окончательного заключения о ее качественной трансформации требует более продолжительного наблюдения. Учитывая этот момент, в рамках настоящего исследования планируется повторное катamnестическое обследование пациентов для окончательной оценки стойкости и качественной характеристики полученного ими терапевтического эффекта.

Заключение. Проведенное исследование продемонстрировало наличие достоверного положительного влияния разработанной авторами программы групповой психотерапии на некоторые личностно-психологические характеристики пациентов с СФР, в частности, на уровень и структуру их алекситимии и особенности личностной реакции на болезнь. Учитывая признаваемую многими исследователями высокую значимость личностно-психологических факторов в происхождении и течении СФР, на основании полученных результатов можно предполагать, что указанная программа достаточно эффективна при рассматриваемой патологии. В то же время, окончательное суждение о ее эффективности и завершающая оценка выраженности полученного терапевтического эффекта могут быть вынесены только после завершения катамнестического обследования пациентов.

Литература / References:

1. Андриющенко, А. В. Эпидемиология психосоматических расстройств // Лекции по психосоматике / Под редакцией академика РАН А.Б. Смулевича. М.: ООО «Издательство Медицинское информационное агентство», 2014. С. 36-50.
2. Близнюк, А. И. Психосоматическая патология, классические теории современные концепции // Медицинские новости. 2014. N10 (241). С. 10-15.
3. Быченко, И. В. Индивидуально-характерологические особенности пациентов с соматоформными расстройствами // Актуальные проблемы психиатрии и наркологии в современных условиях: Материалы всероссийской научно-практической конференции. Чита, 2021. С. 26-28.
4. Быченко, И. В. Роль тревоги в развитии соматоформных расстройств // Проблемы охраны психического здоровья в период пандемии: Материалы Международной научно-практической конференции, Тула, 15–16 октября 2021 года / Под редакцией Д.М. Иващенко. Тула: Тульский государственный университет, 2021. С. 37-40.

5. Васильев, В.В. Курс лекций по медицинской психологии. Ижевск, 2013.
6. Матюшенко, Е.Н. Кардионевроз: современное состояние проблемы (обзор иностранной литературы). Часть 1. Психические расстройства в общей медицине. 2017. N3-4. С. 47-56.
7. Пережогин, Л.О. Соматоформные расстройства. Диагностика, лечение, профилактика. Клинические рекомендации. М., 2015.
8. Прибытков, А. А., Еричев, А. Н. Соматоформные расстройства. Часть первая: интегративная модель патологии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 2017. N1. С.3-10.
9. Синеуцкая, Е. О., Володин, Б. Ю. Алекситимия у пациентов с соматоформными расстройствами, работников атомной промышленности // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2019. N8. С. 37-41.
10. Чижова, А. И. Роль личностных особенностей пациента в терапии соматоформных расстройств // Профилактическая и клиническая медицина. 2011. N2. С. 383-385.
11. Agarwal V., Nischal A., Praharaj S.K., Menon V., Kar S.K. Clinical Practice Guideline: Psychotherapies for Somatoform Disorders. Indian J. Psychiatry. 2020. Vol. 62(2). P.263-271.
12. Kurlansik S.L., Maffei M.S. Somatic Symptom Disorder. Am. Fam. Physician. 2016. Vol. 93(1). P. 49-54.
13. Schaefer R., Hausteiner-Wiehle C., Häuser W., Ronel J., Herrmann M., Henningsen P. Clinical Practice Guideline: Non-specific, functional and somatoform bodily complaints. Dtsch. Arztebl. Int. 2012. Vol. 109. P. 803-813.

РЕАКЦИИ НА БОЛЕЗНЬ ПРИ COVID-19

Отсус А. Е.

*Кафедра клинической психологии и психологической помощи
Российский государственный педагогический университет
им. А. И. Герцена, Россия, г. Санкт-Петербург*

Аннотация. Пандемия COVID-19 является самой широко освещаемой в медийном пространстве за всю историю. На сегодняшний день число зарегистрированных случаев заражения достигает отметки в 676 миллионов. Даже в самый критический момент с точки зрения распространения и последствий от перенесенной болезни отмечалось более 2,7 миллионов упоминаний о пандемии в СМИ (средствах массовой информации – далее). Избыток информации и подача материала, а также профилактические мероприятия запретительного или ограничительного характера оказали негативное влияние на пациентов и их особенности реагирования на болезнь при COVID-19. В статье описаны результаты исследования особенностей реагирования пациентов на болезнь при COVID-19. Исследование проводилось на базе СПб ГУЗ «Городская больница №15», а также в онлайн формате с помощью интернет-ресурса Google Forms. В выборку вошло 120 человек с подтвержденным диагнозом U 07.1 – Коронавирусная инфекция COVID-19. В качестве эмпирических методов исследования выступили тестирование, анкетирование и контент-анализ. В исследовании реакций на болезнь при COVID-19 применялись следующие методики: Тип отношения к болезни А. Е. Личко и Н. Я. Иванова; модифицированный вариант методики «Незаконченные предложения» Д. Сакса; авторская анкета «Отношение к коронавирусу»; Клинический опросник невротических состояний К. К. Яхина и Д. М. Менделевича. Результаты исследования свидетельствуют о проявлении лицами, перенёсшими COVID-19, признаков невротизации, а также эмоционального реагирования на болезнь, пессимистичный настрой в отношении исхода заболевания и демонстрация недоверия в отношении врачей.

Ключевые слова: реакция на болезни, коронавирус, ковид, реакции на ковид, реакции на коронавирус, COVID-19.

DISEASE RESPONSES IN COVID-19

Otsus A. E.

Department of Clinical Psychology and Psychological Assistance

A. I. Herzen State University, Russia, St. Petersburg

Abstract. The COVID-19 pandemic is the most widely publicized in the media space in history. To date, the number of reported cases of infection has reached 676 million. Even at the most critical moment, in terms of the spread and consequences of the disease, there were more than 2.7 million mentions of the pandemic in the media (the media – further). The excess of information and the submission of material, as well as preventive measures of a prohibitive or restrictive nature, had a negative impact on patients and their response to the disease in COVID-19. The article describes the results of a study of the characteristics of patients' response to the disease in COVID-19. The study was conducted on the basis of the St. Petersburg State Medical Institution «City Hospital No. 15», as well as in an online format using the Internet resource Google Forms. The sample included 120 people with a confirmed diagnosis of U 07.1 – Coronavirus infection COVID-19. The empirical research methods were testing, questionnaires and content analysis. In the study of reactions to the disease in COVID-19, the following methods were used: The type of attitude to the disease of A. E. Lichko and N. Ya. Ivanov; a modified version of the technique «Unfinished sentences» by D. Sachs; the author's questionnaire «Attitude to coronavirus»; A clinical questionnaire of neurotic states by K. K. Yakhin and D. M. Mendelevich. The results of the study indicate that people who have suffered COVID-19 show signs of neuroticism, as well as an emotional response to the disease, a pessimistic attitude towards the outcome of the disease and a demonstration of distrust towards doctors.

Keywords: response to disease, coronavirus, reactions to coronavirus, COVID-19.

Введение. За весь период существования человечества пандемия COVID-19 является самой масштабной по сравнению с предыдущими массовыми эпидемиями XX-XIX вв. По состоянию на май 2023 г. зарегистрировано более 676 миллионов случаев заражения коронавирусной инфекцией, которая распространилась по всем странам мира. Падения коронавирусной инфекции, объявленная Всемирной организацией здравоохранения 11 марта 2020 г., просуществовала до 05 мая 2023 г. [2].

На сегодняшний день коронавирусная инфекция не имеет аналогов, которые ранее могли оказывать радикальное влияние на жизнедеятельность людей и на их социальное взаимодействие посредством широкой огласки средств массовой информации (СМИ – далее) и вводом ограничительных мер, направленных на нераспространение инфекции, в том числе и закрытием транспортного сообщения между странами. В сентябре 2020 г. отмечалось более 2,7 миллионов упоминаний о пандемии в СМИ [2].

Исследователи из различных научных направлений изучают особенности функционирования общества в условиях пандемии коронавируса. Они отмечают ряд негативных проявлений, таких как снижение рождаемости, суицидальное поведение, возникновение семейных проблем, невротизацию, эмоциональные нарушения и др.; описывают особенности и последствия от режима самоизоляции, а также особенности отношения к коронавирусу лиц, страдающих хроническими заболеваниями, и, как следствие, входящими в группу риска [1, 3, 4, 5, 6, 7, 8]. На данный момент существует отрицательная тенденция, отражающая формирование деструктивных типов реагирования на болезнь у большинства пациентов (О. Е. Ельникова, 2020), чем и обусловлена актуальность данного исследования [5].

В условиях пандемии, которая является экстремальной ситуацией, избыток информации от СМИ о текущей обстановке и последствиях заражения COVID-19 оказывает на широкие слои населения психогенное воздействие, которое, в свою очередь, влияет на формирование негативных реакций человека к болезни и к мерам предосторожности и, как следствие, на дальнейшее протекание в случае заражения коронавирусной инфекцией, поскольку содержание условий, в которых протекала болезнь, влияет на протекание самой болезни.

Профилактические мероприятия, направленные на нераспространение инфекции, такие как постоянная обработка рук антисептическими средствами, обязательное вакцинирование, использование индивидуальных средств защиты органов дыхания и рук, и, конечно же, социальная изоляция, заключающаяся в ограничении непосредственных социальных контактов, перевода большинства работников на удаленную работу из дома и запрете на проведение массовых мероприятий, оказывают влияние на привычный уклад жизнедеятельности человека, что может выражаться в различного рода поведенческих и эмоциональных реакциях.

Таким образом, в условия пандемии накладывают свой отпечаток на особенности эмоционального и поведенческого реагирования на болезнь при COVID-19. Исходя из вышеуказанного, целью нашего исследования было изучение особенностей реагирования на болезнь при COVID-19. Для этого необходимо также сравнить особенности реагирования на болезнь при COVID-19 и ОРВИ.

Объекты и методы исследования. Были составлены две выборки.

В первую выборку исследования было включено 120 человек. Из них 68 – женщины, 52 – мужчины. Средний возраст испытуемых на момент проведения исследования составил 30,75 лет. Критерием включения в первую выборку являлся факт перенесения респондентом COVID-19. Большинство

респондентов состоят в браке (52%), имеют высшее образование (74%), трудоустроены (87%), принадлежат группе профессий «человек-человек» (по Е. А. Климову – 48%), имеют средний доход (67%).

Во вторую – 30 человек. В нее вошли 19 женщин и 11 мужчин. Средний возраст испытуемых – 28,5 лет. Критерием включения во вторую выборку являлся факт перенесения респондентом ОРВИ. Большинство респондентов состоят в браке (33%), имеют высшее образование (60%), трудоустроены (80%), принадлежат группе профессий «человек-человек» (по Е. А. Климову, – 43%), имеют средний доход (63%).

Исследование проводилось на базе Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская больница №15», Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена и при помощи интернет-ресурса Google Forms (docs.google.com). Респондентам была предоставлена информация о содержании и целях исследования, времени, которое понадобится на прохождение. Все респонденты были информированы об анонимности данных и давали согласие на участие в исследовании. Данные испытуемых были занесены в таблицы Excel с анонимным обозначением номеров респондентов.

Для уточнения социально-демографических характеристик респондентов, а также выявления особенностей реагирования на COVID-19 и эмоционально-поведенческих реакций испытуемых была использована авторская анкета «Отношение к COVID-19», состоящая из 21 вопроса. Для диагностики типов отношения к болезни была использована методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ – А. Е. Личко, Н. Я. Иванов, 1980 г.). Методика включает в себя 12 блоков вопросов. С целью изучения особенностей отношения к COVID-19 был использован модифицированный вариант методики «Незаконченные предложения» (Д. Сакс, 1950 г.), состоящая из 30 вопросов. Для выявления и

оценки невротических состояний был применен Клинический опросник невротических состояний (КОНС – К. К. Яхин и Д. М. Менделевич, 1978 г.)

В качестве эмпирических методов исследования выступили тестирование, анкетирование и контент-анализ.

Математико-статистическая обработка эмпирических данных проводилась с помощью методов описательной статистики, W-критерия различий Вилкинсона, F-критерия Фишера, U-критерия Манна-Уитни и факторного анализа при помощи программ STATISTICA (ver.10) и Microsoft office Excel.

Результаты исследования и их обсуждение. Для большинства испытуемых, перенесших COVID-19, характерен тревожный тип реагирования (22%). Респонденты с данным типом могут поставить под сомнение правильность выбранной врачом стратегии лечения, что перерастает в дальнейший поиск новых специалистов и методов лечения. Далее идут респонденты с диффузным (18%) и смешанным (17%) типами реагирования. За ними следуют респонденты с невротическим типом реагирования (14%), для которого характерна раздражительность, нетерпеливость в отношении диагностики и лечения и критическое отношение к собственным поступкам и мыслям. Испытуемые с сенситивным (8%), анозогнозическим (5%), паранойяльным (5%), ипохондрическим (4%), гармоничным (4%) и дисфорическим (3%) типами реагирования составляют численное меньшинство. Представители с эргопатическим, ипохондрическим, меланхолическим, апатическим и эгоцентрическим типами отношения к болезни среди испытуемых отсутствуют.

В I блок вошло 9% испытуемых, во II – 39%, в III – 17%. Смешанный и диффузный типы отношения к болезни проявились у 17% и 18% соответственно. Исходя из этого, можно констатировать, что для 56% респондентов характерно нарушение психической и социальной адаптации. Для

9% испытуемых характерна несущественная психическая и социальная дезадаптация.

Результаты частотного анализа выборов утверждений 1-й выборки по каждой из тем методики «ТОБОЛ» представлены в таблице 1.

Таблица 1.
Типичные выборы утверждений по методике «ТОБОЛ»
у лиц, перенесших COVID-19.

Темы и выбранные утверждения	Частота наиболее типичных выборов, %
I. Самочувствие	
Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей	36,7
Мое самочувствие вполне удовлетворительно	22,5
С тех пор как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие	21,6
II. Настроение	
У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в будущем	38,4
У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достается окружающим	18,6
Как правило, настроение у меня очень хорошее	16,5
III. Сон	
Утро для меня – самое тяжелое время суток	28,6
Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть	28,4
По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни	26,5
IV. Appetit	
У меня плохой аппетит	34,9
У меня хороший аппетит	33,1
Ни одно из определений мне не подходит	12,5
V. Отношение к болезни	
Моя болезнь меня пугает	28,3
Моя болезнь протекает совершенно необычно – не так, как у других, и поэтому требует особого внимания	24,9
Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни	21,4

VI. Отношение к лечению	
Меня раздражает и озлобляет, когда лечение не дает улучшения	20,4
Мне надоело бесконечное лечение, хочу, чтобы меня только оставили в покое	14,7
Считаю, что меня лечат неправильно	10,2
VII. Отношение к врачам и медперсоналу	
Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат	34,5
Я бываю нетерпеливым и раздражительным с врачами и медперсоналом и потом сожалею об этом	32,1
Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному	23,8
VIII. Отношение к родным и близким	
Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из-за моей болезни	42,3
Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжело больного	32,7
Ни одно из определений мне не подходит	14,9
IX. Отношение к работе	
Болезнь делает меня никуда не годным работником (неспособным учиться)	38,1
Из-за болезни мне теперь стало не до работы (не до учебы)	26,8
Я боюсь, что из-за болезни я лишусь хорошей работы (придется уйти из хорошего учебного заведения)	17,8
X. Отношение к окружающим	
Моя болезнь не мешает мне иметь друзей	54,3
С окружающими я стараюсь не говорить о моей болезни	32,4
Моя болезнь и то, как я ее переношу, удивляет и поражает окружающих	12,4
XI. Отношение к одиночеству	
Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения	39,2
Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь: люди стали меня сильно раздражать	27,9
Ни одно из определений мне не подходит	14,7
XII. Отношение к будущему	
Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее	41,2
Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем	30,7
Мое здоровье пока не дает никаких оснований беспокоиться за будущее	26,5

Анализ наиболее часто выбираемых утверждений позволяет заключить следующее. Для большинства испытуемых характерно либо плохое самочувствие («Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей», «С тех пор как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие»), либо удовлетворительное («Мое самочувствие вполне удовлетворительно»).

Настроение респондентов зависит от ожидания неудачи во время каких-либо событий и проецируется на внешние переменные («У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в будущем», «У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достается окружающим»). Респонденты имеют проблемы с функциональным состоянием после пробуждения («Утро для меня – самое тяжелое время суток». Проблемы со сном вследствие плохого настроения из-за какого-либо события («Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть») или размышлений о собственном состоянии и болезни («По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни»).

При этом большинство испытуемых отмечают либо проблемы с аппетитом («У меня плохой аппетит»), либо отсутствие проблем с ним («У меня хороший аппетит»). Большинству респондентов свойственно раздражение при отсутствии положительной динамики лечения, которое периодически проецируется на медицинский персонал («Меня раздражает и озлобляет, когда лечение не дает улучшения», «Я бываю нетерпеливым и раздражительным с врачами и медперсоналом и потом сожалею об этом»).

Стоит отметить, что для части испытуемых характерно желание не поддаваться влиянию болезни на их общее самочувствие и надежда на выздоровление («Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни», «Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем»). Они считают, что их болезнь является необычной и

требует внимания, однако у них отсутствует вера в выбранный курс лечения («Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат», «Моя болезнь протекает совершенно необычно – не так, как у других, и поэтому требует особого внимания»). Помимо этого, прослеживается стремление не доставлять неудобства своим родным и близким, а также убеждение в том, что они преувеличивают степень тяжести их состояния («Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из-за моей болезни», «Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжело больного»). Для большинства респондентов характерно беспокойство по поводу своего будущего, потери трудоспособности или способности к обучению из-за перенесенной болезни («Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее», «Болезнь делает меня никуда не годным работником (неспособным учиться)», «Я боюсь, что из-за болезни я лишусь хорошей работы (придется уйти из хорошего учебного заведения)»).

Для большинства респондентов желание остаться наедине зависит от обстоятельств и эмоционального фона («Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения»). В одиночестве испытуемые видят возможность отдыха от других людей и возможность не обсуждать с ними свою болезнь («Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь: люди стали меня сильно раздражать», «С окружающими я стараюсь не говорить о моей болезни»). При этом, большинство испытуемых отмечает отсутствие проблем с социально-психологическим взаимодействием со своим окружением («Моя болезнь не мешает мне иметь друзей»).

Для большинства испытуемых, перенесших ОРВИ, характерен анозонгозический тип реагирования (45%). Для данного типа реагирования характерно активное подавление мыслей о своем состоянии и установка на пассивную активность в вопросах лечения. За ними следуют смешанный (20%) и диффузный типы реагирования. Представители с гармоничным (10%) и

эргопатическим (10%) типами реагирования на болезнь оказались в меньшинстве. Представители с тревожным, ипохондрическим, неврастеническим, меланхолическим, апатическим, сенситивным, эгоцентрическим и др. типами реагирования в выборке отсутствуют.

Таким образом, в I блок вошло 65% испытуемых. Представители, вошедшие во II и III блоки, отсутствуют.

Результаты частотного анализа выборов утверждений 2-й выборки по каждой из тем методики «ТОБОЛ» представлены в таблице 2.

Таблица 2.
Типичные выборы утверждений по методике «ТОБОЛ»
у лиц, перенесших ОРВИ.

Темы и выбранные утверждения	Частота наиболее типичных выборов, %
I. Самочувствие	
Мое самочувствие вполне удовлетворительно	52,1
Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей	12,6
Дурное самочувствие я стараюсь перебороть	11,3
II. Настроение	
Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти	30,5
Как правило, настроение у меня очень хорошее	17,3
Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти	9,2
III. Сон	
Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать	33,7
Проснувшись, я сразу заставляю себя встать	25,1
Утро для меня – самое тяжелое время суток	14,5
IV. Appetit	
У меня хороший аппетит	33,3
Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде	21
У меня плохой аппетит	22,4
V. Отношение к болезни	
Стараюсь перебороть болезнь, работать как прежде и даже еще больше	38,8

Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью	24,5
Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни	22,4
VI. Отношение к лечению	
Избегаю всякого лечения – надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать	42,6
Я ни в каком лечении не нуждаюсь	20,2
Ни одно из определений мне не подходит	14,5
VII. Отношение к врачам и медперсоналу	
Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному	37,3
Я здоров и в помощи врачей не нуждаюсь	35,8
Врачи и медперсонал нередко вызывают у меня неприязнь	20,7
VIII. Отношение к родным и близким	
Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из-за моей болезни	36,1
Я стараюсь родным и близким не показывать виду, что я болен, чтобы не омрачать им настроения	28,4
Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжело больного	22,7
IX. Отношение к работе	
Мое здоровье не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу	34,7
Не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе)	28,6
Я считаю, что несмотря на болезнь, надо продолжать работу (учебу)	26,5
X. Отношение к окружающим	
Моя болезнь не мешает мне иметь друзей	53,1
Я стараюсь, чтобы окружающие не замечали моей болезни	34,7
С окружающими я стараюсь не говорить о моей болезни	14,5
XI. Отношение к одиночеству	
Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения	59,2
В одиночестве я стремлюсь найти какую-нибудь интересную или нужную работу	34,7
Ни одно из определений мне не подходит	24,5
XII. Отношение к будущему	
Мое здоровье пока не дает никаких оснований беспокоиться за будущее	55,1
Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем	34,7
Ни одно из определений мне не подходит	24,8

Анализ наиболее часто выбираемых утверждений позволяет заключить следующее. Для большинства испытуемых характерна оценка собственного состояния как удовлетворительного («Мое самочувствие вполне удовлетворительно»). Респонденты не имеют проблем с аппетитом («У меня хороший аппетит»), стараются не заикливаться на болезненном состоянии, демонстрируя анозогнозический тип реагирования на болезнь («Стараюсь перебороть болезнь, работать как прежде и даже еще больше»). У респондентов имеется стремление к преодолению болезни, контролируя свой эмоциональный фон («Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти»). Однако надеются на то, что их организм сам преодолет болезнь, без медицинского вмешательства («Избегаю всякого лечения – надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать»). Испытуемые отмечают внимание к больному как главное качество в медицинском работнике («Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному»). Большинство испытуемых считает, что их состояние не лишает их трудоспособности («Мое здоровье не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу»). Пациенты стремятся не обременять свое социальное окружение вследствие возникшей болезни, при этом не видят проблем в социальном взаимодействии с ним («Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из-за моей болезни», «Моя болезнь не мешает мне иметь друзей»). Для большинства респондентов желание остаться наедине зависит от обстоятельств и эмоционального фона («Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения»). У респондентов отсутствует беспокойство за свое будущее вследствие возникшей болезни («Мое здоровье пока не дает никаких оснований беспокоиться за будущее»).

Перейдем к результатам анализа данных, полученных с помощью авторской анкеты «Отношение к COVID-19».

Сравнение отношения к COVID-19 на разных периодах познания респондентами коронавирусной инфекции представлено в таблице 3.

Таблица 3.

Сравнение отношения к COVID-19 в соответствии с выделенными периодами познания коронарной инфекции.

Тип отношения / Период	Первые новости, %	Объявление пандемии, %	Инфицирование, %
Эмоциональное	14	46	59
Конструктивное	36	29	23
Безразличное	27	12	11
Скептическое	23	13	7
Положительное	0	0	0

Как видно из таблицы 3, динамика изменения отношения к COVID-19 следующая. Изначально преобладает конструктивное отношение к коронавирусу, характеризующееся спокойствием, отсутствием эмоционального аспекта при анализе сложившейся ситуации (кроме реакции удивления). Данную категорию составляют следующие наиболее повторяющиеся ответы: «спокойно», «адекватно», «несерьезно», «вызвало удивление» и т. д. За ними идут испытуемые, для которых данная ситуация изначально не представляла никакого интереса, – в своих ответах они демонстрируют полное безразличие. Это выражается в таких наиболее популярных ответах, как «индифферентно», «все равно», «никак» и т. д.

Скептическое отношение, которое идет следом за безразличным, характеризуется недоверием к новостям о новой коронавирусной инфекции. По мнению испытуемых, ведущими причинами распространения информации являются возможный всемирный заговор, или политические игры. Часть испытуемых, ответы которых вошли в данную категорию, не отрицают существование вспышки новой коронавирусной инфекции, однако выражают мнение о преувеличении масштаба чрезвычайной ситуации.

Эмоциональный тип отношения, как наименее распространенный на данном этапе пандемии, характеризуется проявлением таких эмоций и состояний, как страх, паника, тревога, злость, ужас и т. д. Никто из опрошенных не имел положительного отношения к сложившейся эпидемиологической ситуации.

После того, как ВОЗ объявила пандемию новой коронавирусной инфекции, отношение респондентов к ней изменилось. Так, на первый план выходит эмоциональное отношение, выражающееся в таких ответах, как «страх», «волнение», «беспокойство», «тревога», «паника» и т. д. За ним идет конструктивное отношение, отражающееся в следующих ответах: «спокойно», «сдержанно», «без паники», «удивление» и т. д. Безразличное и скептическое отношения в процентном отношении также пошли на понижение. Положительного отношения никто из испытуемых не демонстрирует.

На этапе заражения COVID-19 в процентном соотношении от общего числа испытуемых усиливается эмоциональное отношение. Оно проявляется в следующих ответах: «страх», «испуг», «шок», «тревога», «прощание с жизнью» и т. д. Следом идут представители в конструктивным типом отношения к коронавирусу, выражающее спокойствие и принятие данной ситуации. За ними идут лица, которые либо демонстрировали в своих ответах безразличие к сложившейся ситуации, либо напротив, были рады этому, поскольку, по их мнению, на время больничного смогут отдохнуть от социума и трудовой деятельности. Лица, которые относились с недоверием на данном этапе, отсутствуют.

В результате проведенного контент-анализа текста и факторного анализа в программе STATISTICA в соответствии с вопросами, направленными на выявление отношения к COVID-19 до и после начала заболевания, были получены следующие факторы (таблица 4):

1) «До заболевания», отражающий отношение испытуемых к COVID-19 до инфицирования.

2) «После заболевания», отражающий отношение испытуемых к COVID-19 после перенесенного заболевания.

Таблица 4.
Факторная структура отношения респондентов к COVID-19 в зависимости от периода его познания

№	Общие факторы	Вопросы, образующие фактор	Факторная нагрузка
1	«До заболевания» (мощность фактора – 1,165869)	№5	0,739118
		№4	0,417691
		№6	0,412256
		№1	0,322727
		№7	0,292564
2	«После заболевания» (мощность фактора – 1,357556)	№14	0,700337
		№13	0,603049
		№9	0,326586
		№10	0,315283

Математико-статистическая обработка эмпирических данных в программе STATISTICA, с помощью непараметрического W-критерия различий Вилкинсона, дала следующие результаты. Были обнаружены статистически значимые различия между двумя сравнимыми признаками (факторами) на уровне значимости $p \geq 0,05$. Обнаруженные различия свидетельствуют об изменении особенностей реагирования респондентов на COVID-19 во время пандемии: от момента появления первых новостей о новой коронавирусной инфекции до, непосредственно, самого заражения испытуемых.

Средние арифметические значения по шкалам Клинического опросника невротических состояний (КОНС) содержатся в рисунках 1-2.

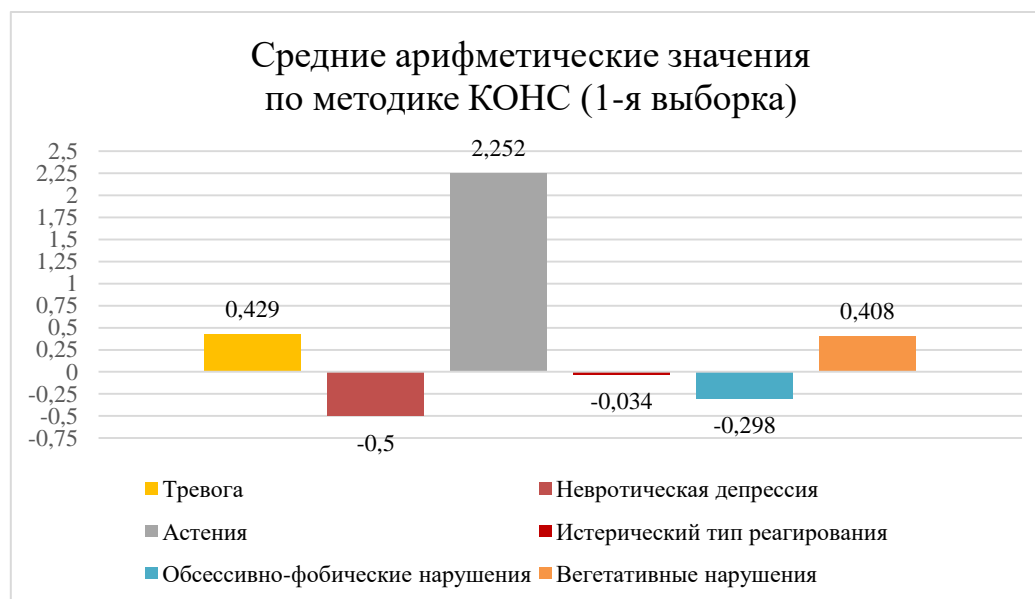


Рис. 1. - Результаты исследования испытуемых 1-й выборки по Клиническому опроснику невротических состояний.

Из рисунка 1 следует, что значения по шкалам «Тревога», «Астения» и «Вегетативные нарушения» соответствуют тестовой норме. Значения по шкалам «Невротическая депрессия», «Истерический тип реагирования» и «Обсессивно-фобические нарушения» свидетельствуют о неустойчивой психической адаптации испытуемых, перенесших COVID-19, по вышеперечисленным шкалам.

Из рисунка 2 следует, что у испытуемых, переболевших ОРВИ, средние арифметические значения по всем представленным шкалам соответствует тестовой норме, что является показателем отсутствия у них основных синдромов невротических состояний.

Результаты исследования, полученные с помощью модифицированной методики «Незаконченные предложения» Д. Сакса, представлены ниже.

Обработка эмпирических данных проводилась с помощью контент-анализа дополнений незаконченных предложений. Опираясь на концепцию теории отношений В. М. Мясищева, были выделены категории. Выделение единиц анализа при наличии сходных феноменов включало в себя слова,

словосочетания, тематики. Единицы анализа классифицировались в общие категории с присвоением им кодировочных обозначений.

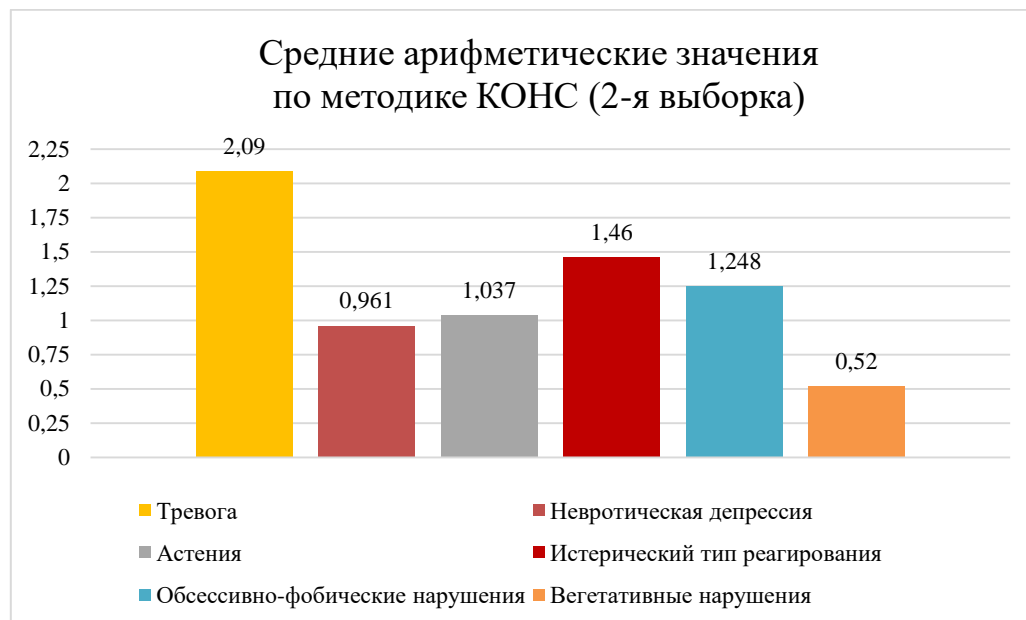


Рис. 2. - Результаты исследования испытуемых 2-й выборки по Клиническому опроснику невротических состояний.

Таблица 5 отражает численное и процентное соотношение респондентов в соответствии с характером их установок к COVID-19. В отношении к коронавирусной инфекции у испытуемых из обеих выборок прослеживаются преимущественно отрицательные установки.

Таблица 5.

Соотношение респондентов в соответствии с характером их установок к COVID-19.

Выборка	Характер установок испытуемых к COVID-19						Суммы
	Положительный		Нейтральный		Отрицательный		
	абс. ед.	%	абс. ед.	%	абс. ед.	%	
1-я выборка	8	7	21	17	91	76	120
2-я выборка	1	4	8	27	21	69	30
Суммы	9		29		112		150

На это указывают такие ответы респондентов, как «тревога», «страх», «недоверие», «беспокойство», «были опасения», «страшно», «пугает» и т.д. За ними следуют нейтральные установки, выражающиеся в следующих суждениях: «все равно», «не интересует», «ничего», «мало беспокоит», «не пугает» и т.д. Установки положительной направленности были продемонстрированы меньшим количеством испытуемых. Респонденты связывают протекание COVID-19 с возможностью остаться дома и отдохнуть от работы.

Математико-статистическая обработка эмпирических данных в программе STATISTICA, с помощью F-критерия Фишера, дала следующие результаты (таблица 6).

Таблица 6.

Результаты оценки достоверности различий сравниваемых выборок.

Признак	F эмп.	F кр. ($p \geq 0,05$)
«положительный характер установок к COVID-19»	0,295	1,64
«нейтральный характер установок к COVID-19»	0,762	1,64
«отрицательный характер установок к COVID-19»	0,544	1,64

Полученные данные свидетельствуют о том, что достоверности различий показателей дисперсии исследуемых выборок не обнаружено.

Математико-статистическая обработка эмпирических данных в программе STATISTICA, с помощью непараметрического U-критерия различий Манна-Уитни, дала следующие результаты. Статистически значимые различия между двумя сравнимыми выборками выявлены не были.

Таблица 7 отражает численное и процентное соотношение респондентов в соответствии с характером их установок к ОРВИ.

Таблица 7.

Соотношение респондентов в соответствии с характером их установок к ОРВИ.

Выборка	Характер установок испытуемых к ОРВИ						Суммы
	Положительный		Нейтральный		Отрицательный		
	абс. ед.	%	абс. ед.	%	абс. ед.	%	
1-я выборка	10	8	14	12	96	80	120
2-я выборка	2	5	6	20	22	75	30
Суммы	12		20		118		150

В отношении к ОРВИ у испытуемых из обеих выборок прослеживаются преимущественно отрицательные установки. На это указывают такие ответы респондентов, как «болжно», «недомогание», «плохое самочувствие», «плохое настроение», «апатия», «слабость» и т.д., отражающие их психоэмоциональное и соматическое состояние на момент перенесения ими ОРВИ. За ними идут нейтральные установки, отражающие потребность респондентов в получении покоя для скорейшего выздоровления: «остаюсь дома», «хочу лежать», «лечусь», «пью таблетки» и т.д. Положительные установки к ОРВИ были продемонстрированы наименьшим числом респондентов. Данные установки, по аналогии с коронавирусной инфекцией, связаны с возможностью получения отдыха от трудовой деятельности на весь период больничного в совокупности с демонстрацией отсутствия серьезности в отношении данного заболевания.

Математико-статистическая обработка эмпирических данных в программе STATISTICA, с помощью F-критерия Фишера, дала следующие результаты (таблица 8).

Полученные данные свидетельствуют о том, что достоверности различий показателей дисперсии исследуемых выборок не обнаружено.

Математико-статистическая обработка эмпирических данных в программе STATISTICA, с помощью непараметрического U-критерия различий

Манна-Уитни, дала следующие результаты. Статистически значимые различия между двумя сравнимыми выборками выявлены не были.

Таблица 8.

Результаты оценки достоверности различий сравниваемых выборок.

Признак	F эмп.	F кр. ($p \geq 0,05$)
«положительный характер установок к ОРВИ»	0,558	1,64
«нейтральный характер установок к ОРВИ»	0,953	1,64
«отрицательный характер установок к ОРВИ»	0,496	1,64

Таблица 9 отражает численное и процентное соотношение респондентов в соответствии с характером их установок к новостям о пандемии.

Таблица 9.

Соотношение респондентов в соответствии с характером их установок к новостям о пандемии COVID-19.

Выборка	Характер установок испытуемых к новостям о пандемии						Суммы
	Положительный		Нейтральный		Отрицательный		
	абс. ед.	%	абс. ед.	%	абс. ед.	%	
1-я выборка	0	0	34	28	86	72	120
2-я выборка	0	0	6	20	24	80	30
Суммы	0		40		110		150

В обеих выборках преобладают отрицательные установки к новостям о пандемии COVID-19, выражающиеся в следующих установках: «негативно», «чрезмерно», «устал», «надоело», «страшно», «не радуют», «пугают» и т.д. В обеих выборках следом идут нейтральные установки, отражающие безразличие к данной ситуации: «мне все равно», «не интересует», «побоку», «безразличие» и т.д. Респонденты с положительными установками к новостям о пандемии в настоящем исследовании не представлены.

Математико-статистическая обработка эмпирических данных в программе STATISTICA, с помощью F-критерия Фишера, дала следующие результаты (таблица 10).

Таблица 10.

Результаты оценки достоверности различий сравниваемых выборок.

Признак	F эмп.	F кр. ($p \geq 0,05$)
«положительный характер установок к новостям о пандемии COVID-19»	0	1,64
«нейтральный характер установок к новостям о пандемии COVID-19»	0,809	1,64
«отрицательный характер установок к новостям о пандемии COVID-19»	0,809	1,64

Полученные данные свидетельствуют о том, что достоверности различий показателей дисперсии исследуемых выборок не обнаружено.

Математико-статистическая обработка эмпирических данных в программе STATISTICA, с помощью непараметрического U-критерия различий Манна-Уитни, дала следующие результаты. Статистически значимые различия между двумя сравнимыми выборками выявлены не были.

Заключение. Для лиц, перенесших COVID-19, характерны следующие проявления: общая невротизация, проявляющаяся в раздражительности, пониженном настроении, тревожности, проблемах со сном, беспокойстве за будущее, а также сужении социальных контактов с ближайшим окружением. В сравнении с больными ОРВИ, для них характерно эмоциональное реагирование на болезнь, недоверие к врачам, неблагоприятный прогноз лечения.

Благодарности. Хочу выразить свою благодарность моему научному руководителю, к.м.н., профессору Алёхину Анатолию Николаевичу, а также коллеге Чернорай Анне Владимировне за оказанную помощь в предоставлении базы исследования.

Литература / References:

1. Барбараш, О. Л. Новая коронавирусная болезнь (COVID-19) и сердечно-сосудистые заболевания / Барбараш О. Л. и соавторы // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2020. Т. 9. № 2. С. 17-28. <https://doi.org/10.17802/2306-1278-2020-9-2-17-28>
2. Бочарова, С. СМИ все меньше замечают коронавирус // Ведомости. URL: <https://www.vedomosti.ru/society/articles/2020/10/19/843826-zamechayut-koronavirus>
3. Голубева, Н. В. Панические расстройства во внутрисемейных отношениях, как последствия воздействия коронавирусной инфекции (обзор литературы) / Голубева Н. В., Иванов Д. В., Троицкий М. С. // Вестник новых медицинских технологий. 2020. № 2. С. 32-38.
4. Гриневич, В. Б. Особенности ведения больных с гастроэнтерологической патологией в условиях пандемии COVID-19 / Гриневич В. Б., Кравчук Ю. А., Ткаченко Е. И. и др // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2020. Т. 176. № 4. С. 3-18. <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-176-4-3-18>
5. Ельникова, О. Е. Концепт «отношение к болезни» как научная проблема. Обзор литературы / Ельникова О. Е. // Комплексные исследования детства. 2020. Т. 2. № 4. С. 292-304. <https://doi.org/10.33910/2687-0223-2020-2-4-292-304>
6. Ениколопов, С. Н. Динамика психологических реакций на начальном этапе пандемии COVID-19 / Ениколопов С. Н., Бойко О. М., Медведева Т. И. и др. // Психолого-педагогические исследования. 2020. Т. 12. № 2. С. 108-126. [doi:10.17759/psyedu.2020120207](https://doi.org/10.17759/psyedu.2020120207)
7. Кулькова, И. А. Влияние пандемии коронавируса на демографические процессы в России / Кулькова И. А. // Human Progress. 2020. Т. 6. № 1. С. 1-11.

8. Любов, Е. Б. Пандемии и суицид: идеальный шторм и момент истины / Любов Е. Б., Зотов П. Б., Положий Б. С. // Суицидология. 2020. Т. 11. № 1 (38). С. 3-38. DOI:10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-3-38

ПРИМЕНЕНИЕ НЕЙРОФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА ДЛЯ ПСИХОКОРРЕКЦИИ НЕАДАПТИВНЫХ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ И СОСТОЯНИЙ В КОНТЕКСТЕ СОЦИАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ У ПОДРОСТКОВ

Петрова Т. Э.

*ФГБОУ ВО «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта»,
Россия, г. Калининград*

Аннотация. В статье рассматриваются нейрофеноменологический подход для разработки стратегий коррекции дезадаптивных эмоциональных реакций у подростков в ситуации социального взаимодействия. Этот подход сочетает в себе субъективный, феноменологический, описательный методы исследования и эмпирические естественнонаучные методы. В статье предложена четырехэтапная процедура психокоррекционных мероприятий, включающая моделирование психофизиологических состояний, формирование навыков ситуативного самоанализа, развитие навыков саморегуляции с использованием биологической обратной связи (БОС) и коррекции поведения, анализ хода изменения показателей, высказывается предположение, что нейрофеноменологический подход может помочь человеку сосредоточиться на настоящем моменте и повысить осознанность, что может повлиять на интенсивность эмоциональных реакций. В статье делается вывод о необходимости дальнейших исследований для определения оптимальных условий применения этих мер в психологической и медицинской практике.

Ключевые слова: публичные выступления, социальное взаимодействие, нейрофеноменология, поведенческая коррекция, биологическая обратная связь, саморегуляция.

THE APPLICATION OF THE NEUROPHENOMENOLOGICAL APPROACH FOR PSYCHOCORRECTION OF MALADAPTIVE EMOTIONAL REACTIONS AND STATES IN THE CONTEXT OF SOCIAL INTERACTION AMONG ADOLESCENTS

Petrova T. E.

Immanuel Kant Baltic Federal University, Russia, Kaliningrad

Abstract. The article discusses the neurophenomenological approach for developing strategies to correct maladaptive emotional reactions in adolescents. This approach combines subjective, phenomenological, descriptive research methods and empirical natural scientific methods. The article proposes a four-stage procedure for psycho-correctional measures, including modeling psycho-physiological states, developing situational self-analysis skills, developing self-regulation skills using biological feedback (BFB) and behavior correction, analyzing the course of changes in indicators. The assumption is made that the neurophenomenological approach can help a person focus on the present moment and increase awareness, which can affect the intensity of emotional reactions. The article concludes that further research is needed to determine the optimal conditions for the application of these measures in psychological and medical practice.

Keywords: public speaking, social interaction, neurophenomenology, behavioral correction, biological feedback, self-regulation.

Неадаптивные эмоциональные реакции, такие как страх, тревога, эмоциональное напряжение, гнев и пр. в ситуации социального взаимодействия имеют значительную распространённость среди подростков, вследствие незрелости регулятивных функций и нейронных связей, а также различных частей мозга подростка, отвечающих за самоконтроль и поведение, в частности префронтальной коры [1]. Лабильность эмоциональных состояний может стать причиной трудностей саморегуляции и внутреннего самоконтроля, снижать эффективность обучения и развития [2, 3].

Неадаптивные эмоциональные реакции активируются симпатико-адреналовой системой и сопровождаются, как правило, в различной степени выраженности физиологическими и поведенческими проявлениями, а также когнитивной оценкой происходящего. Физиологическая фаза включает изменения в организме, такие как учащение пульса, дыхания и повышенное потоотделение. Поведенческая фаза относится к видимому выражению эмоций, таким как мимика, язык тела и вокализация. Когнитивная фаза включает в себя субъективное переживание эмоций, включая интерпретацию стимула и приписывание значения эмоциональной реакции.

Элементы негативного прошлого опыта подростка, связанные с социальной оценкой, социальным неприятием, отсутствием социальной поддержки, либо социальным сравнением обуславливают когнитивную оценку и предвосхищение угрозы, в ситуации социального взаимодействия, определяют качество и интенсивность эмоциональных реакций [4], вызывая адаптивное или не адаптивное поведение в ответ на социально-психологические стимулы [5].

Исходя из положений биопсихосоциальной модели [6], а также теории воплощенного познания, предлагаем рассмотреть нейрофеноменологический подход при построении стратегий психокоррекционных мероприятий дезадаптивных эмоциональных реакций.

Нейрофеноменологический подход объединяет субъективный, феноменологический, описательный метод исследования и эмпирические естественно-научные методы [7], обеспечивая более полное понимание человеческого сознания и поведения [8].

С помощью нейрофеноменологического подхода эксперимент, направленный на создание индивидуальных стратегий развития психофизиологических механизмов [9], которые являются основой успешного

социального взаимодействия, строится по принципу последовательного решения следующих задач:

1. Моделирование психовегетативных состояний в ситуации социального взаимодействия (например, публичного выступления) с использованием нейрофеноменологического подхода.

2. Развитие навыков ситуативного самопознания.

3. Развитие навыков саморегуляции психофизиологических показателей с помощью биологической обратной связи (БОС) и поведенческой коррекции (используя «Технологию развития кинетического имиджа» (В.А. Шишкин, 2020)).

Процедура психокоррекционных мероприятий включает 4 этапа:

1. Стартовый (исходный) этап.

2. Этап состояния вне корректирующей процедуры.

3. Этап процедуры двигательного поведенческого тренинга.

4. Этап БОС-тренинга.

Для выполнения первой задачи испытуемый должен выполнить задания по инструкции, такие как чтение текста перед воображаемой аудиторией, работа с микрофоном и флипчартом, после чего осуществляется поэтапный замер нейрофизиологических показателей (КГР, ЭМГ, T°), характеризующих состояние психоэмоционального напряжения до и после выполнения задания. Электромиографическая, кожная гальваническая реакции исследовались путем наложения электродов на третьей фаланге среднего и указательного пальцев, а температурная реакция оценивалась на первой фаланге указательного пальца с помощью аппаратно-программного комплекса для сбора и обработки методом БОС информации об изменении электрофизиологических реакций организма с модулем БИ-02-М в процедурных состояниях (1-4).

Вторая задача решается с помощью самоотчета самим испытуемым путем описания феноменологических категорий, касающихся ощущений в теле и

параметров эмоциональной сферы и оценки полученного опыта путем установления его места на специальной шкале от -5 до +5 в процедурных состояниях (1-4).

Для решения третьей задачи проводится комплексный курс двигательного поведенческого тренинга и биоуправления и анализ курсовой динамики изменения показателей. Для поведенческой коррекции применяется кинетический авторский метод Валентина Шишкина по критериальной настройке паттернов поведения: осанки, положения шеи, головы, рук, интенсивности движений, обращения с предметами и пр., который включает в себя вовлечение испытуемого в определенные двигательные действия при концентрации внимания на целевом эмоциональном состоянии. В качестве Биоуправления использован кожно-гальванический релаксационный тренинг по освоению навыков расслабления, релаксации.

Применение нейрофеноменологического подхода способствует развитию у испытуемой способности фокусироваться на состоянии настоящего момента и повышению осознанности, что может воздействовать на интенсивность эмоциональных реакций.

Для изучения релаксирующего эффекта сопоставления процедур двигательной-поведенческой и БОС коррекции, для полного понимания механизмов их совместного действия и определения оптимальных условий для их применения необходимы дополнительные исследования на больших группах.

Работа имеет междисциплинарный характер, и может стать основой для разработки коррекционных и реабилитационных мероприятий в психологической и медицинской практике.

Литература / References:

1. Ana Starcevic, Branislav Filipovic, eds. Prefrontal Cortex. London: IntechOpen. ISBN978-1-83881-726-8. 2018. 132 с.

2. Казанская, В.Г. Подросток: трудности взросления: книга для психологов, педагогов, родителей. - 2-е издание, дополненное. Санкт-Петербург: Питер, 2008. 283 с.
3. Morris, L. W., & Liebert, R. M. Relationship of cognitive and emotional components of test anxiety to physiological arousal and academic performance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1970; 35(3): 332–337. <https://doi.org/10.1037/h0030132>Dauker.
4. Лазарус, Р. Теория стресса и психофизиологические исследования. - В кн.: Эмоциональный стресс. М., 1970. С.178-209
5. Dohrenwend BS. Events as stressors: a methodological inquiry. *J Health Soc Behav*. 1973 Jun;14 (2):167-75. PMID: 4717129.
6. Реверчук И.В. Методологические проблемы биопсихосоциальной парадигмы в медицине и психологии // *Australian and New Zealand Journal of Fundamental and Applied Studies*. 2015. Т. 3, № 1 (15). С. 340-346. EDN: UYSUWF
7. Varela, Francisco (1999). The specious present: A neurophenomenology of time consciousness. In Jean Petitot, Francisco J. Varela, Barnard Pacoud & Jean-Michel Roy (eds.), *Naturalizing Phenomenology*. Stanford University Press. pp. 266-314.
8. Lutz, Antoine. (2002). Toward a neurophenomenology as an account of generative passages: A first empirical case study. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*. 1. 133-167. 10.1023/A:1020320221083.
9. Языков, К. Г., Петрова, Т. Э., Реверчук, И. В., Шишкин В.А. Нейрофизиологическая основа эмоционально-двигательных компонентов поведения в практике развития навыка публичных выступлений у подростков // *Практическая психология образования XXI века: развивающийся человек в трансформирующемся мире: сборник научных статей / под общ. ред. Р.В.Ершовой*. Коломна: ГСГУ, 2023. С. 247-252.

**ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ
РЕФОРМИРОВАНИЯ РЕГУЛЯЦИИ СФЕРЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ
ПРОФЕССИОНАЛЬНО-СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ**

Прихода И. В., Скляр П. П.

*Кафедра психологии и конфликтологии
ФГБОУ ВО «Луганский государственный университет
имени Владимира Даля» Минздрава России, Россия,
Луганская Народная Республика, г. Луганск*

Аннотация. В статье научно обоснованы и теоретически разработаны организационно-методические основы реформирования регуляции сферы предоставления профессионально-специализированной психотерапевтической помощи населению. Предлагаются системные и последовательные реформы регулирования сферы предоставления профессионально-специализированной психотерапевтической помощи на основе действующих европейских/международных стандартов в данной сфере.

Ключевые слова: организационно-методические основы, реформирование, регуляция, сфера предоставления, профессионально-специализированная психотерапевтическая помощь населению.

**ORGANIZATIONAL AND METHODOLOGICAL FOUNDATIONS OF
REFORMING THE REGULATION OF THE PROVISION OF
PROFESSIONALLY SPECIALIZED PSYCHOTHERAPEUTIC
ASSISTANCE TO THE POPULATION**

Prikhoda I. V., Sklyar P. P.

*Department of Psychology and Conflictology
Vladimir Dahl Lugansk State University,
Russia, Lugansk People's Republic, Lugansk*

Abstract. The article scientifically substantiates and theoretically develops organizational and methodological foundations for reforming the regulation of the

provision of professionally specialized psychotherapeutic assistance to the population. Systematic and consistent reforms of the regulation of the provision of professionally specialized psychotherapeutic care are proposed on the basis of current european/international standards in this area.

Keywords: organizational and methodological foundations, reform, regulation, scope of provision, professionally specialized psychotherapeutic assistance to the population.

Введение. Современное общество переживает сейчас нелегкое время суровых испытаний, которые совершенно особым образом обостряют наше осознание чрезвычайной важности психического здоровья нации и формируют устойчивую потребность в единой и целостной национальной программе его охраны [1].

Военно-политический конфликт с его огромным психотравмирующим воздействием привел к устойчивому осознанию того, насколько важным является развитие профессионально-специализированных программ помощи лицам с посттравматическим стрессовым расстройством. И в этом отношении за последнее время сделано достаточно много: проводятся научно-практические конференции, санитарно-просветительские кампании, профессиональное обучение специалистов, издаются монографии, разрабатываются методические рекомендации по оказанию профессионально-специализированной психотерапевтической помощи [3, 5], планы последовательного и непрерывного совершенствования системы оказания психиатрической помощи населению в субъектах Российской Федерации [4], проекты активного и устойчивого развития психотерапевтической помощи в Российской Федерации [6, 7].

Кроме того, посттравматическое стрессовое расстройство является лишь одним из многих существующих психических расстройств, и нам остро

необходима качественная профессионально-специализированная программа развития всей области психического здоровья, требующая ряда активных и решительных, четких и конкретных, продуманных и взвешенных реформ [2, 8].

Объект исследования – процесс реформирования регуляции сферы предоставления профессионально-специализированной психотерапевтической помощи населению.

Предмет исследования – организационно-методические основы реформирования регуляции сферы предоставления профессионально-специализированной психотерапевтической помощи населению.

Цель исследования – научно обосновать и теоретически разработать организационно-методические основы реформирования регуляции сферы предоставления профессионально-специализированной психотерапевтической помощи населению.

Методы исследования: научное обобщение и системный анализ специализированных литературных источников и электронных информационных ресурсов.

Результаты исследования. В контексте исследования хотим обратить особое внимание общества, профессионального сообщества, чиновников на то крайне важное обстоятельство, что одной из ключевых форм лечения психических расстройств является психотерапия. Психотерапия, как и медикаментозная терапия, это не есть один вид помощи, она включает в себя много различных методов (например, системная семейная терапия (СФТ), терапия принятия и ответственности (АСТ), терапия, сфокусированная на сострадании (СФТ), гештальт-терапия (ГТ), рационально-эмотивно-поведенческая терапия (РЕВТ), когнитивно-поведенческая терапия (СВТ), психодинамическая терапия (РДТ), межличностная терапия (ИТ), терапия десенсибилизации и репроцессуализации травмы движением глаз (EMDR-

терапия) и мн. др. – всего на сегодняшний день выделяют более 300 методов современной психотерапии).

В эру доказательной медицины все методы проходят научно-обоснованные клинические исследования и на основе имеющейся большой или малой научно-доказательной базы мы можем сделать Заключение о необходимости применения при тех или иных специфических психических расстройствах тех или иных специфических методов психотерапии [9]. Для примера, что касается лечения того же посттравматического стрессового расстройства (PTSD), основными вмешательствами первого выбора международные протоколы рекомендуют TF CBT (травмо-фокусированную когнитивно-поведенческую терапию) или метод EMDR (десенсибилизации и репроцессуализации травмы движением глаз) [3].

Соответственно в настоящее время возникает острая потребность в наличии специалистов, обладающих необходимой компетентностью для оказания профессионально-специализированной помощи в пределах тех или иных специфических психотерапевтических методов лечения. В европейском/международном сообществе компетентность специалиста в том или ином специфическом психотерапевтическом подходе подтверждается его аккредитацией/реаккредитацией в данном методе.

В Российской Федерации, к сожалению, регуляция сферы профессионально-специализированной психотерапевтической помощи разительно отличается от принятых европейских/международных стандартов, а потому нам остро необходимы активные и решительные, четкие и конкретные, продуманные и взвешенные реформы, иначе – схожим образом, как и с рынком «поддельных» медикаментов (т. н. фальсификатов) – профессионально-специализированное психотерапевтическое образование и профессионально-специализированная психотерапевтическая помощь в России будут профанированы и дискредитированы. Сами же различия между Россией и

большинством западных стран в этой сфере довольно широки и касаются как минимум нескольких уровней [2]:

1. Кто оказывает профессионально-специализированную психотерапевтическую помощь (в западных странах это преимущественно психологи с дополнительным специализированным образованием, в России же согласно действующему законодательству – исключительно врачи-психотерапевты, а в реальности – тоже преимущественно психологи «под прикрытием» терминов «психологическое консультирование», «психологический анализ», «психологическая коррекция» и т. п.).

2. Виды и формы профессионально-специализированной психотерапевтической помощи, которые предоставляются специалистами (в западных странах – отдельные специалисты владеют отдельными методами на должном уровне, в России врача-психотерапевта учат по программе «всего понемногу», что в реальности может означать отсутствие компетенции предоставить ни один вид на должном уровне).

3. Соблюдение протоколов (в западных странах при специфических расстройствах рекомендуются виды и формы профессионально-специализированной психотерапевтической помощи согласно протоколам, в России же преимущественно руководствуются меньше протоколами, а больше теоретическими наклонностями, практическим опытом или индивидуальными «симпатиями» конкретного специалиста к тому или иному специфическому психотерапевтическому подходу).

4. Защита качества профессионально-специализированной психотерапевтической помощи (в западных странах регулируется строго процедурой аккредитации/реаккредитации).

5. Контроль за аккредитацией/реаккредитацией и стандартами компетентности, в том числе по количеству и качеству основных и

дополнительных профессиональных образовательных программ (в западных странах за это отвечают в основном профессиональные ассоциации).

Учитывая то обстоятельство, что специфические виды и формы профессионально-специализированной психотерапевтической помощи играют ключевую роль в помощи лицам с различными психическими расстройствами и рекомендованы современными европейскими/международными протоколами, чрезвычайно важным является создание в России условий для качественного развития психотерапии, а потому мы предлагаем следующие шаги в реформе регулирования сферы предоставления профессионально-специализированной психотерапевтической помощи – принимая за основу принятые европейские/международные стандарты в данной сфере:

1. Специфические виды и формы профессионально-специализированной психотерапевтической помощи (например, системная семейная терапия (СФТ), терапия принятия и ответственности (АСТ), терапия, сфокусированная на сострадании (СФТ), гештальт-терапия (ГТ), рационально-эмотивно-поведенческая терапия (РЕВТ), когнитивно-поведенческая терапия (СВТ), психодинамическая терапия (РДТ), межличностная терапия (ИРТ), терапия десенсибилизации и репроцессуализации травмы движением глаз (EMDR-терапия) и мн. др.) должны предоставляться в соответствии с международными научно-обоснованными протоколами лечения тех или иных психических расстройств. Соответственно приоритетом является разработка национальных клинических руководств по лечению основных психических расстройств на основе данных современных клинических исследований и принятых европейских / международных стандартов. Эти наставления должны стать регулятором в выборе первоочередных вмешательств, в частности психотерапевтических.

2. Специфические виды и формы профессионально-специализированной психотерапевтической помощи должны оказывать надлежащим образом

подготовленные и аккредитованные/реаккредитованные специалисты различных профессий, работающие в сфере охраны психического здоровья и имеющие надлежащее базовое образование (врач-психиатр, врач-психотерапевт, клинический психолог, практический психолог, социальный психолог, социальный работник, медсестра психиатрического профиля и мн. др.), которые получили дополнительное профессионально-специализированное образование и компетентность (подтвержденную аккредитацией/реаккредитацией) в специфическом психотерапевтическом подходе. Нам необходимо в этой сфере синхронизироваться с европейскими/международными практиками, где не существует отдельной специальности «психотерапевт», а специалисты различной базовой подготовки в сфере психического здоровья при наличии дополнительного специализированного психотерапевтического образования в том или ином специфическом методе психотерапии могут оказывать соответствующие виды и формы профессионально-специализированной психотерапевтической помощи. В этом контексте, соответственно, следует пересмотреть и суть специальности «врач-психотерапевт» и стандарт профессиональной подготовки «психотерапия», а также похожие смежные специальности (например, клинический психолог).

На наш взгляд, стоящим внимания может быть также и идея «синхронизации» специализации психологов (сейчас в России существует ряд подспециализаций: «практический психолог», «специальный психолог», «клинический психолог» и т. п.), зато в большинстве западных стран существует четко очерченная специализация «клинический психолог», которая готовит специалистов-психологов к работе в сфере охраны психического здоровья (как взрослых, так и детей и подростков), и, как правило, включает полноценное изучение нескольких обязательных доказательных

психотерапевтических подходов, полноценную интернатуру с интервизированной и супервизированной клинической практикой и мн. др.

3. Обучение специфическим методам психотерапии должно осуществляться исключительно в рамках аккредитованных/реаккредитованных основных и дополнительных профессиональных образовательных программ (не зависимо от того, они государственные или негосударственные), отвечающих стандартам соответствующих национальных/европейских/международных профессиональных обществ в данном конкретном методе и реализуемым аккредитованными/реаккредитованными в соответствии с этими стандартами преподавателями/супервизорами в специфических методах психотерапии.

4. Аккредитацию / реаккредитацию данных основных и дополнительных профессиональных образовательных программ должны реализовывать в соответствии с европейской/международной практикой профессионально-специализированные ассоциации (национальные/европейские/международные, если национальные – то исключительно такие, которые являются действительными аккредитованными/реаккредитованными членами соответствующих европейских/международных ассоциаций).

5. Соответственно только те специалисты, которые завершили обучение по такого рода основным и дополнительным профессиональным образовательным программам (как правило, это длительный процесс и включает теоретическую и практическую подготовку, интервизированную и супервизированную клиническую практику, анализ и контроль и мн. др. компоненты) и которым на основе системного и комплексного оценивания их компетентности присвоена соответствующая профессиональная квалификация и подтверждена процедурой аккредитации/реаккредитации (во многих национальных ассоциациях, являющихся членами европейских / международных ассоциаций, это подтверждается соответствующим «евросертификатом» /»интерсертификатом» в данном методе) могут

предоставлять специфические виды и формы психотерапии в соответствии с современными стандартами качества того или иного метода соответственно кто бы ни был заказчиком услуги профессионально-специализированной психотерапевтической помощи – частное лицо, государственное или негосударственное медицинское учреждение, страховая компания и т. д. – только наличие аккредитации / реаккредитации (национальной / европейской /международной) в том или ином специфическом психотерапевтическом подходе может считаться критерием гарантии качественного предоставления данной услуги и быть основанием к выбору специалиста для оказания такого рода услуги.

6. Соответствующие основные и дополнительные профессиональные образовательные программы должны обеспечить процедуру продолжения профессионального развития и совершенствования, первичной аккредитации и регулярной реаккредитации в соответствии с европейскими/международными стандартами того или иного специфического психотерапевтического подхода.

Заключение. В результате проведенного исследования научно обоснованы и теоретически разработаны организационно-методические основы реформирования регуляции сферы предоставления профессионально-специализированной психотерапевтической помощи населению. Учитывая то обстоятельство, что специфические виды и формы профессионально-специализированной психотерапевтической помощи играют ключевую роль в помощи лицам с различными психическими расстройствами и рекомендованы современными европейскими/международными протоколами, чрезвычайно важным является создание в России условий для качественного развития психотерапии, а потому мы предлагаем системные и последовательные реформы регулирования сферы предоставления профессионально-специализированной психотерапевтической помощи на основе действующих европейских/международных стандартов в данной сфере.

Обращаемся ко всему профессионально-специализированному психотерапевтическому сообществу, а также к чиновникам, менеджерам сферы здравоохранения и профессионально-специализированной психотерапевтической помощи с приглашением к открытой и широкой дискуссии относительно идей реформирования регуляции сферы предоставления профессионально-специализированной психотерапевтической помощи, а также профессионально-специализированного психотерапевтического образования и контроля его качества и соответствия современным европейским/международным стандартам.

Надеемся, что и дискуссии воплотятся в быстрые, хорошо продуманные реформы и законодательные изменения, основанные на действующих европейских/международных стандартах и в конечном итоге приведут к качественной профессионально-специализированной психотерапевтической помощи в России.

Литература / References:

1. Березин, М. А. Статус психотерапевтической и медико-психологической службы в общей системе оказания медицинской помощи населению // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. 2009. № 1 (1). С. 5-10.

2. Гурович, И. Я., Сторожакова, Я. А., Фурсов, Б. Б. Международный опыт реформы психиатрической помощи и дальнейшее развитие психиатрической службы России // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 1. С. 5-19.

3. Организация оказания медицинской помощи лицам с посттравматическим стрессовым расстройством: методические рекомендации / авт.-сост.: Н.В. Семенова, А.Ю. Гончаренко, С.В. Ляшковская, М.Ю. Попов, В.К. Шамрей, Е.С. Курасов, А.А. Марченко, Н.Г. Незнанов. Санкт-Петербург: НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2022. 36 с.

4. План мероприятий по совершенствованию в течение 2020–2024 годов системы оказания психиатрической помощи населению в субъектах Российской Федерации (утвержден распоряжением Правительства Российской Федерации от 23 декабря 2020 г. № 3512-р.). – [Электронный ресурс]. – URL: <https://government.ru/docs/all/131813/> (дата обращения: 25.08.2023).

5. Правовые основы организации психотерапевтической помощи в условиях первичной медицинской сети: методические рекомендации / авт.-сост.: В.А. Абабков, А.В. Васильева, Т.С. Вьюнова, Т.А. Караваева, Б.Д. Карвасарский, Е.И. Чехлатый. – Санкт-Петербург: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2011. – 33 с.

6. Проект Федерального закона Российской Федерации «О психотерапии» // Психологическая газета от 18 декабря 2012 года. – [Электронный ресурс]. – URL: <https://psy.su/feed/3236/> (дата обращения: 26.08.2023).

7. Проект Федерального закона Российской Федерации «О психотерапевтической помощи в Российской Федерации». – [Электронный ресурс]. – URL: <https://oppl.ru/komitetyi/proekt-federalnogo-zakona-o-psihoterapevticheskoy-pomoschi-v-rf.html/> (дата обращения: 26.08.2023).

8. Тер-Израелян, А. Ю. Совершенствование организации первичной специализированной медико-санитарной помощи психически больным: дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / А. Ю. Тер-Израелян. Москва, 2021. 292 с.

9. European Association for Psychotherapy / EAP. – [Electronic resource]. – URL: <https://www.europsyche.org/> (accessed: 26.08.2023).

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ БОЛЬНЫМ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Рахимов А. К., Аскарлова Р. И.

*Кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии и фтизиатрии
Ташкентская медицинская академия, Ургенчский филиал,
Республика Узбекистан, г. Ургенч*

Аннотация. Во всем мире эпидемиологическая ситуация по туберкулезу продолжает оставаться напряженной. При этом худшие показатели наблюдаются среди социально неблагополучных слоев населения. К ним относятся лица, болеющие психическими расстройствами. Также к ним относятся злоупотребляющие психоактивными лекарствами, лица освободившиеся из мест лишения свободы, люди без определенного места жительства, беженцы.

Ключевые слова: туберкулез, психические больные, помощь, расстройства, больные

PSYCHOSOCIAL CARE FOR TUBERCULOSIS PATIENTS WITH MENTAL HEALTH DISORDERS

Rakhimov A. K., Askarova R. I.

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

Abstract. Worldwide, the TB epidemiological situation continues to be tense. At the same time, the worst indicators are observed among socially disadvantaged segments of the population. These include those with mental health conditions. They also include those abusing psychoactive drugs, persons released from prison, people without a fixed abode, refugees.

Keywords: tuberculosis, mental patients, help, disorders, patients.

Трудности социальной адаптации, стрессогенные факторы, возникающие на этой основе, все более актуально ставят вопрос о зависимости заболевания, клиники, исхода и профилактики легочного туберкулеза от психического состояния заболевшего [1]. Поражая социально неблагополучные слои населения, туберкулез легких становится своеобразным «маркером» социального, материального и культурного уровня жизни, что позволяет выделить социальные «группы риска», наиболее подверженные возникновению туберкулезного процесса. В первую очередь к ним относятся больные, страдающие психическими расстройствами [2]. Причем по частоте возникновения туберкулеза легких пациенты с психическими заболеваниями опережают такие группы риска, как медицинские работники бактериологических лабораторий туберкулезных учреждений, контактные с больными активным туберкулезом органов дыхания, лица из групп диспансерного учета поликлиник общей лечебной сети и противотуберкулезных диспансеров, уступая место лишь «тюремной чахотке» [3]. Показатель этот наиболее высок у пациентов из психоневрологических интернатов и находящихся на длительном лечении (более 2 лет) в условиях психиатрического стационара, когда возникновение туберкулеза легких у одного больного приводит к групповым вспышкам туберкулезной инфекции. Именно групповыми вспышками объясняются пикообразные подъемы показателя заболеваемости туберкулезом легких в отдельные годы, при которых темпы его прироста превышают 160 %, а значение – 2150 на 100 тыс. человек [4].

Такой же нестабильностью характеризуется показатель смертности от туберкулеза легких психически больных, который закономерно увеличивается при повышении показателя заболеваемости [3]. Существенно то, что при сочетании туберкулеза с психическими заболеваниями его эпидемиологическая опасность значительно увеличивается. Низкий уровень

санитарногигиенических навыков, отсутствие критики, адекватной оценки своего состояния и, как следствие этого, неправильный подход к лечению у психически больных могут привести к быстрому распространению туберкулеза. Этот вопрос приобретает особенно важное значение также в связи с тем, что в настоящее время показания к принудительной госпитализации психически больных ограничены. Лечение туберкулеза легких у психически больных строится на тех же принципах и соответствует.

Объем и режим противотуберкулезной химиотерапии определяются формой, фазой, распространенностью туберкулезного процесса, наличием бактериовыделения, лекарственной устойчивости, а также другими признаками и критериями, которые предусмотрены для психически здоровых пациентов. Группы лекарственных средств (основные и резервные противотуберкулезные препараты), способы и кратность их введения (внутривенное, внутримышечное, внутривезикулярное), расчет доз не отличаются от таковых у больных туберкулезом без психических расстройств.

Однако из-за психического состояния больных (отказ от лечения, негативизм, неадекватное поведение) проведение специфической терапии сопряжено с большими трудностями. Присоединение туберкулеза легких к психическому заболеванию приводит к изменению установившегося стереотипа лечения и увеличивает объем принимаемых лекарственных средств. Ригидность психических процессов, отсутствие адекватного восприятия болезни, отрицание самого факта наличия туберкулеза легких формирует у психически больных негативное отношение к проводимой противотуберкулезной терапии. У части пациентов усиливаются паранойяльные тенденции, они начинают высказывать бред медицинских экспериментов, медицинских опытов, отравлений, из-за чего каждый четвертый психически больной отказывается от химиотерапии. У больных, принимающих преднизолон в объеме средних доз, не наблюдается ухудшения психического

состояния. Напротив, снижение температуры, уменьшение выраженности интоксикационного и бронхолегочного синдромов способствуют снятию эмоционального напряжения у пациентов, стабилизируя их психическое состояние.

Существенное отличие терапии туберкулеза у психически больных от терапии психически здоровых пациентов представляют сроки активного противотуберкулезного лечения, которые превышают таковые у психически здоровых, так как репаративные процессы у больных с психическими расстройствами идут медленно.

Перевод больного в реабилитационнодиагностическое отделение (аналог санаторного этапа) для проведения фазы продолжения химиотерапии, противорецидивного лечения, поскольку нахождение в психотуберкулезных отделениях больных с затихающей активностью процесса вместе с бактериовыделителями приводит к экзогенному суперинфицированию. Наличие коморбидной патологии требует коррекции психотропной терапии.

Психотропная терапия оказывает разнонаправленное влияние на характер течения туберкулеза легких. Назначение высоких и средних терапевтических доз транквилизаторов и антидепрессантов способствует благоприятному исходу туберкулезного процесса, назначение высоких доз нейролептиков, напротив, вероятность благоприятного исхода снижает. Назначение психически больным, страдающим активным туберкулезом легких, среднетерапевтических и высоких доз нейролептиков приводит к развитию иммунодефицита, тканевой гипоксии и вегетативного дисбаланса. У больных, получающих низкие дозы нейролептиков или не получавших их вообще, достоверно чаще отмечается положительная динамика в течении туберкулеза легких. У пациентов, получающих высокие дозы транквилизаторов, положительная динамика в течении туберкулеза отмечается 1,5 раза чаще, чем у больных, не получавших транквилизаторы вообще.

У пациентов, принимающих транквилизаторы в средних дозах, выявляется самый низкий процент прогрессирования туберкулезного процесса, почти в 3 раза меньше аналогичного показателя у пациентов, их не получавших. Вероятность благоприятного исхода туберкулезного процесса у больных, не получающих транквилизаторы в 2 раза ниже, чем у тех, кто принимает их в малых дозах, в 3 раза – по сравнению с больными, получавшими средние дозы, и в 5 раз ниже, чем у пациентов, которым транквилизаторы назначались в высоких терапевтических дозировках.

Подобные результаты связаны с вегетостабилизирующим действием транквилизаторов и антидепрессантов, которые повышают тонус симпатической нервной системы. Симпатикотония является прогностически благоприятным признаком на всех этапах течения туберкулеза. Назначение же нейролептиков в высоких и средних терапевтических дозировках приводит к вегетативному дисбалансу с преобладанием тонуса парасимпатической нервной системы, что негативно сказывается на течении туберкулеза легких.

Повышение тонуса парасимпатической нервной системы снижает проницаемость гематоэнцефалического барьера, что, в свою очередь, ведет к уменьшению эффективности проводимой психотропной терапии, нарастанию прогрессивности, обострению психического заболевания (в частности шизофрении). В то же время высокие дозы нейролептиков назначаются больным с активной психотической симптоматикой и нестабильным психическим состоянием, которые, по принципу психосоматического параллелизма, оказывают негативное влияние на течение туберкулезного процесса, замыкая порочную спираль. При лечении пациентов, страдающих психическими расстройствами в сочетании с активным туберкулезом легких, целесообразно использовать монотерапию психотропными средствами, особенно нейролептиками.

При необходимости назначения нескольких психотропных препаратов различной направленности действия наиболее рациональным является комбинирование транквилизаторов и антидепрессантов в среднетерапевтических дозировках с нейрорептиками в минимальных терапевтических дозах. Лечение психически больных биологическими методами сочетается с проведением психосоциальных реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление имеющегося когнитивного дефицита, навыков самостоятельного проживания, на преодоление явлений госпитализма, уменьшение фрустрирующих ситуаций, связанных с отрывом от привычной социальной среды, повышение трудовой, социальной, творческой активности, политической грамотности. С позиции биопсихосоциальной концепции психосоциальная реабилитация оказывает патогенетическое действие на динамику туберкулезного процесса. Патогенетическое влияние социального и психологического факторов на динамику туберкулеза легких необходимо учитывать при организации противотуберкулезной помощи психически больным.

Создание психотерапевтического климата в психотуберкулезных отделениях требует проведения комплекса образовательных и психокоррекционных мероприятий с младшим и средним медицинским персоналом, направленных на преодоление стигматизации, явлений эмоционального выгорания, повышение образовательного уровня медработников, освещения вопросов влияния характера межличностных отношений с больными на динамику туберкулеза легких. Особенности химиотерапии и диагностики туберкулезного менингита. Проблема лечения туберкулеза при его сочетании с психическими заболеваниями в условиях современной эпидемиологической обстановки приобретает особенно важное значение. Принципы химиотерапии туберкулеза у психически больных соответствуют тем же стандартам, что и у психически здоровых пациентов,

однако из-за нарушения психического состояния проведение химиотерапии сопряжено с большими трудностями и требует строгого контроля за приемом, как противотуберкулезных препаратов, так и психотропных средств. Наличие коморбидной патологии с учетом разнонаправленного влияния психотропных средств на характер течения туберкулеза требует коррекции психотропной терапии. Целесообразно использование монотерапии психотропными препаратами, особенно при необходимости использования нейролептиков. В случае одновременного назначения нескольких препаратов разнонаправленного действия более рациональной является комбинация транквилизаторов и антидепрессантов в средних дозах с нейролептиками в минимальных дозах. Реабилитация больных туберкулезом при психических заболеваниях должна предусматривать также проведение необходимых реабилитационных мероприятий и создание благоприятного для лечения психотерапевтического климата.

Литература / References:

1. Зятиков, Р. Б. Туберкулез у психически больных. Клинические особенности. – Омский психиатрический журнал/город Омск, 2019. 44 с.
2. Шаманова, Н. В. Туберкулез легких у больных шизофренией. /Журнал Acta Biomedica Scientifica/ 201. № 1. С. 23.
3. Перельман М. И., Корякин, В. А., Богадельникова И. В. Фтизиатрия. М., 2010. 520 С. 5.
4. Фтизиатрия. Национальное руководство / Под ред. М. И. Перельмана. М., ГЭОТАР-Медиа, 2007. 506 с.
5. Журавлева, Т.С., Шевчук, Е.Ю. Психиатрическое туберкулезное отделение. 2017. Омский психиатрический журнал. Омск. 2017. 24 с.

ВЛИЯНИЕ ТАНАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ НА ПСИХИЧЕСКОЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Ростовцева М. Е.

Кафедра педагогики и медицинской психологии

Институт психолого-социальной работы

ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И. М. Сеченова Минздрава России,

Россия, г. Москва

Аннотация. В данной статье было рассмотрено влияние курсов танатопсихологического просвещения на психическое и психологическое здоровье детей и подростков. Описаны характеристики танатопсихологического просвещения, а также проведена оценка состояния данной проблемы в отечественной психологии.

Ключевые слова: танатопсихология, возрастная психология, концепция смерти, отношение к смерти, танатопсихологическое просвещение.

THE DEATH EDUCATION IMPACT ON CHILDREN AND ADOLESCENTS

Rostovtseva M. Y.

Department of Pedagogy and Medical Psychology

Institute of Psychosocial Work

I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, Russia, Moscow

Abstract. In this article, we examine the impact of death education courses on the mental and psychological health of children and adolescents. The characteristics of death education are described, and the state of this problem in domestic psychology is assessed.

Keywords: thanatopsychology, developmental psychology, death concept, death attitudes, death education.

Введение. В современном мире принято верить в то, что лучшая стратегия в вопросе обсуждения с детьми смерти – это избегание, потому как серьезный и честный разговор на данную тему причинит ребенку боль, напугает, нанесет травму [30]. По этой причине тема смерти, и без того в определенной степени табуированная в обществе, находится под еще более строгим запретом для разговоров с детьми и подростками. В лучшем случае смерть обсуждается после каких-либо трагических происшествий. По данным российских исследований видно, что большая часть взрослых не готова открыто говорить с ребенком о смерти и честно отвечать на его вопросы [2].

В рамках экзистенциальной парадигмы существует мнение, согласно которому психологическое благополучие индивида зависит от того, как он справляется со страхом смерти. Yalom считает, что именно тревога по поводу смерти представляет собой базисный фактор развития психопатологии: ребенок в раннем возрасте сталкивается с мыслью о смерти, и в ответ на это в его сознании зарождается тревога [40]. Психопатология представляет собой неудачный, неэффективный способ преодоления тревоги. Чем сильнее страх собственной смерти или смерти близкого, тем ниже психологическое благополучие и удовлетворенность жизнью [20; 27].

Значимое влияние на восприятие смерти оказывают культура и СМИ. Отмечается, что средства массовой информации играют роль неформального просвещения по вопросам смерти, а получаемый из СМИ материал не рефлексирован в достаточной степени, что может способствовать формированию нереалистичного представления о смерти [19]. Интерес к феномену смерти неизбежно возникает у каждого человека, однако, учитывая, что социум с одной стороны вытесняет смерть, а с другой – массовая культура регулярно к данной тематике обращается, такой интерес переживает трансформации, чтобы стать в итоге страхом и тревогой. Эти переживания

подавляются, и могут находить выход через реакции психосоматического или невротического характера [3].

Обозначенная тенденция к избеганию и отрицанию смерти тянет за собой ряд негативных последствий, включающих в себя развитие алекситимии (как следствие избегания связанных со смертью мыслей и эмоций), обеднение эмоционального опыта и языка для выражения чувств [33], алекситимия же сопровождается безнадежностью и снижением жизнестойкости и благополучия [35]. Отсутствие разговоров о смерти ведет к тому, что ребенок лишается возможности подготовиться к смерти близкого, которая всегда может случиться. Было выявлено, что у одного из пяти детей, которым пришлось пережить травматичную смерть близкого, друга или знакомого, развиваются проблемы с психическим здоровьем как следствие неподготовленности к этому событию [16].

В другом исследовании было выдвинуто предположение, что переживание детьми смерти, к которой они не готовы, может усилить их сепарационную тревогу и ухудшить способность формировать здоровую привязанность [11].

Дети в достаточно раннем возрасте начинают получать первое представление о том, что такое смерть. Новикова Т.О. утверждает, что смерть переживается и осмысливается ребенком наряду со многими вопросами и проблемами, однако же смерть, в отличие от других тем, значительно чаще встречает сопротивление со стороны окружающих. Ребенок оказывается в положении, где у него недостаточно возможностей для выражения своих переживаний, касающихся восприятия им смерти [8]. Отмечается, что ребенок, начиная с возраста 2 лет, начинает задавать разнообразные вопросы, касающиеся смерти («Что такое смерть?», «Почему люди умирают?», «А вдруг я умру?», «Что делают с людьми, когда они умирают?» и др.) [1]. Таким образом, мы видим, что уже в самом раннем возрасте дети начинают

выстраивать свое понимание и отношение к феномену смерти. Это понимание, хотя и неравномерно, развивается до подросткового возраста, когда начинает приближаться к зрелому. Формированию зрелого понимания смерти способствует диалог со взрослым, которые являются более компетентными фигурами, с помощью которых возможно движение вперед в этой зоне ближайшего развития. Такой диалог может произойти в семье, школе и любом другом контексте, где взрослые могут предложить ребенку свою помощь и поддержку. Однако же в том случае, если взрослый не более компетентен, чем сам ребенок, создается тупик, поскольку взрослый в силах передать только собственную неспособность понять и принять смерть. В результате чего остаются пробелы, из которых вырастает страх и боль [17]. Если представления о смерти осознанно не формируются в семье, то они формируются стихийно, ребенок вынужден выстраивать их на основе того опыта и знаний, которые у него уже есть, и получившийся результат не всегда можно назвать реалистичным [4].

Условия для такого зрелого диалога создают программы просвещения по вопросам смерти. В русскоязычной литературе предлагается использовать термин «танатопсихологическое просвещение» [2].

Танатопсихологическое просвещение.

Танатопсихологическое просвещение (death education) – это образовательная деятельность, задача которой – формирование и влияние на знания и навыки, относящиеся к смерти, умиранию, гореванию. Танатопсихологическое просвещение поднимает такие темы как значение и отношение к смерти, умирание, переживание утраты. Считается, что благодаря такому просвещению может быть изменено отношение к смерти (например, отрицание смерти, пренебрежение, избегание), и как отдельные лица, так и учреждения смогут лучше справляться с относящимися к смерти практиками.

Танатопсихологическое просвещение различается по целям, форматам, продолжительности, интенсивности и характеристикам участников.

Оно может быть как формальным, так и неформальным. Формальное танатопсихологическое просвещение включает в себя структурированные академические программы и клинический опыт. Оно может быть представлено в виде курсов, модулей, как отдельных, так и являющихся частями одной большой учебной программы. Такие программы могут проводиться на школьном уровне (начиная с начальной школы), на уровне высшего образования, в рамках профессиональной подготовки и в виде краткосрочных практикумов и семинаров дополнительного образования. Неформальное танатопсихологическое просвещение, как правило, возникает в подходящем контексте – когда события в семье или школе, а также в других условиях располагают к тому, чтобы поговорить о смерти, в частности – ответить на возникающие вопросы ребенка.

Существуют два методологических подхода к танатопсихологическому просвещению: дидактический и эмпирический. Дидактический подход включает в себя, например, лекции и презентации, и направлен он на улучшение знаний. Эмпирический подход, вовлекающий участников в деятельность, связанную со смертью (творчество, дискуссии, ролевые игры и др.), направлен на вызывание тех или иных чувств и эмоций, и ведет к изменению отношения к смерти. В большинстве случаев подходы комбинируются [15].

Wass предлагает сфокусировать танатопсихологическое просвещение на следующих аспектах: культурном образовании (поскольку смерть является частью нашей культуры), предотвращении самоубийств/насилия, анализе средств массовой информации (СМИ формируют образ насильственной смерти, но обсуждение естественной смерти могло бы скорректировать такой искаженный образ) [38].

Одним из перспективных инструментов танатопсихологического просвещения являются видеоигры. Видеоигры - это безопасная среда, в которую игроки могут погрузиться, и где можно справиться с негативными эмоциями, сохраняя чувство контроля [21]. Видеоигры могут помочь детям и подросткам взглянуть на смерть во всем ее сложном и загадочном биологическом, интеллектуальном, социальном и эмоциональном реализме и адаптивно включить ее в свою текущую оценку жизненного цикла [23].

Программы танатопсихологического просвещения получают все большее распространение в последние годы на Западе. Они проводятся как для детей и подростков, так и для студентов и специалистов, особенно медсестер, психологов, специалистов социальных служб [10; 18; 22; 36; 41]. Подобные программы затрагивают и паллиативных пациентов [42].

Наши зарубежные коллеги обнаружили, что у социума действительно существует запрос на внедрение таких программ в образовательную среду. Семьи выступают за то, чтобы тема смерти была включена в образование; сами учащиеся благосклонно относятся к включению темы смерти в учебную программу. Однако семьям и специалистам в области образования требуется подготовка по вопросам танатопсихологического просвещения, и поэтому необходимы учебные программы для преподавательского сообщества [13; 14; 24; 25].

Эффекты танатопсихологического просвещения.

Результаты показывают, что танатопсихологическое просвещение ослабило страх смерти, а также веру в то, что смерть – это полное уничтожение, и вместе с этим укрепило духовность итальянских подростков. Кроме того, предполагается, что алекситимия опосредует взаимосвязь между страхом смерти и духовностью. Страх смерти предсказывал усиление алекситимии, а усиление алекситимии предсказывало снижение духовности [33].

Кроме снижения уровня алекситимии, курс танатопсихологического просвещения может способствовать повышению уровня счастья участников [32]. Такой курс снижает тревогу по поводу смерти, помогает справиться с избеганием этой темы, способствует формированию и укреплению более позитивного взгляда на будущее. Также танатопсихологическое просвещение может улучшить общение между сверстниками, сделать его более аутентичным и чутким. Подобные образовательные программы могут стабилизировать или повысить такие показатели как благополучие, позитивные ожидания и жизнестойкость [35; 36; 39].

Исследование, проведенное на детях 5 лет, показало, что танатопсихологическое просвещение может помочь приобрести определенное представление о духовном измерении. Родители, хотя изначально демонстрировали тревогу, в итоге остались довольны результатами и выразили готовность продолжать изучение данной сферы [34].

Принятие участия в курсе танатопсихологического просвещения поначалу увеличивает тревогу по поводу смерти, но в перспективе она снижается, лучше контролируется, и весь этот ход событий не вызывает негативных последствий. Такие заключения могут противоречить распространенному мнению многих взрослых, считающих, что нецелесообразно толкать подростков к обсуждению таких тяжелых тем [37].

Было обнаружено статистически значимое увеличение показателей осознанности и эмпатии среди студентов, прошедших курс танатопсихологического просвещения. В свою очередь известно, что осознанность способствует снижению тревоги и психологического дистресса, помогает стабилизировать настроения, препятствует эмоциональному выгоранию, повышает удовлетворенность жизнью, способствует самосотраданию [26]. Эмпатия же улучшает социальные взаимодействия

индивида, положительно коррелирует с благополучием и отрицательно коррелирует с выгоранием [12].

Танатопсихологическое просвещение побуждает к размышлениям о жизни и ее ценности, это позволяет людям выражать свои чувства и страхи, помещая их в рамки смысла. Создание контекста, в котором можно говорить о смерти, позволяет людям осознать конечность жизни, давая им средства противостоять страху смерти [29]. Программы танатопсихологического просвещения также снижают склонность подростков к рискованному поведению и могут быть использованы в целях предотвращения суицида молодых людей [31; 35]. Z.F. Sonbul утверждает, что танатопсихологическое просвещение должно быть частью учебного процесса, если целью образования является достижение человеческого счастья и всеобщего благополучия [28].

Состояние проблемы в отечественной психологии.

К сожалению, в России тема смерти редко поднимается с просветительскими целями. Очевидно, что впервые вопросы, касающиеся смерти, начинают обсуждаться в семье, однако же, родители при разговорах с ребенком о смерти испытывают затруднения. Это может быть следствием их собственной тревогой по поводу смерти, а также непонимания, как и какую информацию им стоит предложить ребенку. Взрослые также далеко не всегда готовы оказать психологическую поддержку ребенку, когда тот сталкивается с сильными переживаниями. Все это может демонстрировать неготовность родителей поднимать данную тему, ребенку видит, что данные разговоры в семье нежелательны, что может отразиться на детско-родительском контакте. Ребенку, таким образом, приходится самостоятельно иметь дело с экзистенциальными переживаниями, не надеясь на помощь родителей [4]. Взрослые могут обсуждать смерть с религиозных позиций, используя собственные объяснения, эвфемизмы, что в итоге может ввести ребенка в заблуждение, либо же они прибегают к стратегии отвлечения [1].

Ответственность за танатопсихологическое просвещение перекладывается родителями на общеобразовательные учреждения, где на сегодняшний день также сильны консервативные взгляды на данный вопрос [5; 9].

Танатопсихологическое просвещение реализуется в рамках вузовской подготовки психологов-практиков в рамках таких дисциплин как «Клиническая психология», «Возрастная психология», «Психология развития», в некоторых учебных заведениях также можно найти более узкие дисциплины, направленные на формирование танатологической компетентности: «Танатология», «Танатопсихология», «Психологическая помощь в кризисных ситуациях», «Суицидология» и другие, однако они являются исключениями из правил [6]. Информация о внедрении курсов подобной направленности в школы не обнаруживается.

В отечественной науке все еще накоплено недостаточно как теоретических, так и эмпирических данных для создания программ танатопсихологического просвещения. Материал, накопленный зарубежными коллегами, вполне может лечь в основу таких программ, однако перед нами все еще стоит задачи по переводу многочисленных работ, систематизации материала, адаптации методик и практик непосредственной реализации программ. Кроме того, предстоит детально исследовать возможные культурные различия, которые также потребуются учитывать. Для успешного внедрения танатопсихологического просвещения в систему образования необходимо организовать специальную подготовку педагогических кадров, которые будут достаточно компетентны для обеспечения такой специфической образовательной деятельности. Также потребуются организация работы с родителями, цель которой – снижение их тревоги касаясь такой просветительской деятельности с обсуждением возможных перспектив продолжения обсуждения смерти с детьми в семье [7].

Заключение. Танатопсихологическое просвещение является хотя и мало изученным в нашей стране, но значимым и перспективным направлением. Работая в данной сфере, собирая и накапливая как теоретический, как и практический материал, адаптируя наработки западных коллег, составляя и реализуя программы танатопсихологического просвещения, мы можем решить ряд актуальных задач. Распространение таких программ будет способствовать ослаблению табу, наложенного обществом на тему смерти вообще и на обсуждение смерти с детьми - в частности. Это откроет новые возможности для специалистов, позволяя эффективнее работать с детскими и подростковыми страхами, суицидальными тенденциями, обеспечивать качественную поддержку при переживании ребенком утраты. Участие в таких программах способно укрепить духовность, эмпатию, жизнестойкость, повысить уровень счастья и психологического благополучия, а также снизить вероятность развития психопатологии в дальнейшем.

Танатопсихологическое просвещение способствует становлению зрелого понимания жизни во всем ее многообразии. Обращение к вопросам, связанным со смертью, неизбежно подталкивает индивида к рефлексии на тему его собственных ценностей, он лучше осознает ценность собственной жизни и жизни других людей, научается пребывать в контакте со своими эмоциями, сопереживать окружающим.

Исходя из вышесказанного, нам кажется целесообразным продолжать вести исследования в данном направлении, открывая новые перспективы для улучшения качества жизни детей и подростков.

Литература / References:

1. Баканова, А. А., Кононова, Д. Д. Детские вопросы о жизни и смерти как предмет обсуждения на родительских интернет-форумах // Электронная среда в открытом педагогическом образовании: сборник материалов

международной научно-практической конференции. СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2017. С. 102–109.

2. Баканова, А. А., Андреева-Ко-Сен-Дин, М.А. Особенности разговора о смерти с детьми дошкольного возраста. Семья и дети в современном мире. 2019. С. 69-77.

3. Баканова, А. А., Горьковская, И. А. Психология страха смерти: теория и практика. СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена. 2014. 160 с.

4. Баканова, А. А., Андреева-Ко-Сен-Дин, М. А. Разговор о смерти: отношение детей и родителей // Психология XXI века: психология как наука, искусство и призвание: Сборник научных трудов участников международной научной конференции молодых ученых: в двух томах. СПб.: Издательство ВВМ, 2018. С. 313-319.

5. Гаврилова, Т. А. Страх смерти в подростковом и юношеском возрасте. Вопросы психологии / Ред. Е.В. Щедрина. 2004. №6. С. 63-71.

6. Гаврилова, Т. А. Танатологическая компетентность как компонент профессиональной подготовки педагогов-психологов // Экономика и социум. 2015. №4 (17). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tanatologicheskaya-kompetentnost-kak-komponent-professionalnoy-podgotovki-pedagogov-psihologov> (дата обращения: 22.09.2023)

7. Дмитриева, П. Р. Танатологическая компетентность как составляющая профессиональной подготовки практического психолога // Ped.Rev.. 2021. №4 (38). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tanatologicheskaya-kompetentnost-kak-sostavlyayuschaya-professionalnoy-podgotovki-prakticheskogo-psihologa> (дата обращения: 22.09.2023).

8. Новикова, Т. О. Тема смерти в духовном опыте ребенка. Философско-антропологический аспект. Автореф. дисс. ... канд. философ. наук. СПб. 2006. 22 с.

9. Шварева, Е. В. Особенности образа смерти у старших школьников с разным уровнем жизнестойкости: дис. канд. психол. наук. Екатеринбург. 2012. 183 с.
10. Biancalani G, Wagani R, Ronconi L, Cornacchini M, Testoni I. Interest and Confidence in Death Education and Palliative Psychology in Italian and Indian University Students of Psychology: Similarities and Differences // Behavioral Sciences. - 2013. - №13(2). <https://doi.org/10.3390/bs13020183>
11. Branch M.L., Brinson S.A Gone but not forgotten: Children's experiences with attachment, separation, and loss // Reclaiming Children and Youth. - 2007. - №16(3). С.41-45
12. Cacciatore, J., Thieleman, K., Killian, M., & Tavasolli, K. Braving Human Suffering: Death Education and its Relationship to Empathy and Mindfulness // Social Work Education. - 2014. - №34(1). - С. 91-109. [doi:10.1080/02615479.2014.940890](https://doi.org/10.1080/02615479.2014.940890)
13. De la Herrán Gascón, A., Herrero, P. R., & Serrano Manzano, B. F. Do parents want death to be included in their children's education? // Journal of Family Studies. - 2020. - С. 1-18. <https://doi.org/10.1080/13229400.2020.1819379>
14. De la Herrán Gascón, A., Herrero, P. R., González, J. J. C., & Aboitiz, R. J. Do adolescents want death to be included in their education? // Social Psychology of Education. – 2021. [doi:10.1007/s11218-021-09635-w](https://doi.org/10.1007/s11218-021-09635-w)
15. Death Education / [Электронный ресурс] // Encyclopedia of Death and Dying : [сайт]. URL: <http://www.deathreference.com/Da-Em/Death-Education.html> (дата обращения: 28.09.2023).
16. Dowdney L. Children bereaved by parent or sibling death // Psychiatry. - 2008. - №7(6).
17. Fagnani G. The Central Role of Schools in Promoting Death Education Interventions // Ethics in Progress. 2022. №13(2). С. 107-121 DOI:10.14746/eip.2022.2.8

18. Friesen H, Harrison J, Peters M, Epp D, McPherson N. Death education for children and young people in public schools // *International Journal of Palliative Nursing*. - 2020. - №26(7). <https://doi.org/10.12968/ijpn.2020.26.7.332>
19. Gilbert K. R., Murray C. I. The family, institutional/societal systems, and death education // *Handbook of Thanatology* / ed. by D. Balk. London: Routledge. С. 345-353
20. Iverach L., Menzies R.G., Menzies R.E. Death anxiety and its role in psychopathology: reviewing the status of a transdiagnostic construct. *Clin Psychol Rev*. 2014;34 (7). doi: 10.1016/j.cpr.2014.09.002.
21. Lobel, A., Granic, I., & Engels, R. C. M. E. Stressful Gaming, Interoceptive Awareness, and Emotion Regulation Tendencies: A Novel Approach. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 2014;17(4), 222–227. doi:10.1089/cyber.2013.0296
22. McClatchey I.S., King S. The impact of death education on fear of death and death anxiety among human services students // *OMEGA - Journal of death and dying*. - 2015. - №71(4) <https://doi.org/10.1177/0030222815572606>
23. Nicolucci V. A death-positive video game for death education of adolescents // *Italian Journal of Educational Technology*. – 2019. - №27(2) <https://doi.org/10.17471/2499-4324/1071>
24. Rodríguez Herrero P., Serrano Manzano B.F., de la Herrán Gascón A. ‘Death livens you up’: death education through the eyes of adolescents // *Pedagogy, Culture & Society*. – 2023. <https://doi.org/10.1080/14681366.2023.2230965>
25. Rodríguez Herrero, P., de la Herrán Gascón, A., Pérez-Bonet, G., & Sánchez-Huete, J. C. What do teachers think of death education? // *Death Studies*. – 2020. 1–11. doi:10.1080/07481187.2020.1817176
26. Shapiro, S. L., Schwartz, G. E., & Bonner, G. Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine*. – 1998. №21, С. 581–599. doi:10.1023/ A:1018700829825

27. Shukla P., Rishi P. A correlational study of psychosocial & spiritual well being and death anxiety among advanced stage cancer patients // *American Journal of Applied Psychology*. 2014; №3. – С.59-65. DOI: 10.12691/ajap-2-3-1
28. Sonbul, Z.F. A Bibliometric Analysis of Death Education Research: 1970-2021 // *Journal of Theory & Practice in Education (JTPE)*. 2021; 17(1) <https://doi.org/10.17244/eku.916222>
29. Testoni, I., Nodari, E., Moreni, I., Ronconi, L., & Marchetti, F. Feelings and words to say it. An experience of death education with teenagers in Brescia // *Seeing beyond in facing death. Spirituality from sick body to salvation—Contents, care and relationships in different cultures*. Padova University Press. 2014; с. 52-52
30. Testoni I., Ancona D., Ronconi L. The ontological representation of death: A scale to measure the idea of annihilation versus passage // *OMEGA-Journal of death and dying*. 2015; 71(1): 60-81. <https://doi.org/10.1177/0030222814568289>
31. Testoni, I., Ronconi, L., Palazzo, L., Galgani, M., Stizzi, A., & Kirk, K. Psychodrama and Moviemaking in a Death Education Course to Work Through a Case of Suicide Among High School Students in Italy // *Frontiers in Psychology*. 2018; №9. doi:10.3389/fpsyg.2018.00441
32. Testoni, I., Piscitello, M., Ronconi, L., Zsák, É., Iacona, E., & Zamperini, A. Death education and the management of fear of death via photo-voice: an experience among undergraduate students. *Journal of Loss and Trauma*. 2019a; 24(5-6), 387-399 <https://doi.org/10.1080/15325024.2018.1507469>
33. Testoni I., Ronconi L., Noppe Cupit I., Nodari E., Bormolini G., Ghinassi A., Messeri D., Cordioli C., Zamperini A. The effect of death education on fear of death amongst Italian adolescents: A nonrandomized controlled study // *Death Studies*. 2019b; DOI: 10.1080/07481187.2018.1528056
34. Testoni, I., Cordioli, C., Nodari, E., Zsak, E., Marinoni, G. L., Venturini, D., & Maccarini, A. Language re-discovered: A death education intervention in the

net between kindergarten, family and territory // Italian Journal of Sociology of Education. 2019c; 11(1). DOI:10.14658/PUPJ-IJSE-2019-1-16

35. Testoni I, Tronca E, Biancalani G, Ronconi L, Calapai G. Beyond the wall: Death education at middle school as suicide prevention. International journal of environmental research and public health. 2020a; 17(7):2398. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072398>

36. Testoni, I., Palazzo, L., De Vincenzo, C., & Wieser, M. A. (2020b). Enhancing Existential Thinking through Death Education: A Qualitative Study among High School Students // Behavioral Sciences. 2020b; 10(7), 113. doi:10.3390/bs10070113

37. Testoni, I., Palazzo, L., Ronconi, L. et al. The hospice as a learning space: a death education intervention with a group of adolescents // BMC Palliative Care. 2021; №20, 54 <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00747-w>

38. Wass H. A perspective on the current state of death education // Death studies. 2004; 28(4): 289-308.

39. Wong P. T. P. Meaning-centered approach to research and therapy, second wave positive psychology, and the future of humanistic psychology // The Humanistic Psychologist. 2017. № 45 (3). С. 207-216. URL: <https://psycnet.apa.org/record/2017-05729-001> (дата обращения: 13.09.2023). DOI: 10.1037/hum0000062

40. Yalom, I. Staring at the sun: Overcoming the terror of death // The Humanistic Psychologist. 2008; 36(3-4), С. 283-297.

41. Zhang H, Hu M, Zeng L, Ma M, Li L. Impact of death education courses on emergency nurses' perception of effective behavioral responses in dealing with sudden death in China: a quasi-experimental study // Nurse education today. 2020; 85:104264. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104264>

42. Zhang X, Xie X, Xiao H. Effects of death education interventions on cancer patients in palliative care: A systematic review and meta-analysis // *Death Studies*. 2023; 10:1-5 <https://doi.org/10.1080/07481187.2023.2233450>

УПОТРЕБЛЕНИЕ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ СРЕДИ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ: ЧЕМ ОПАСНА ТАКАЯ «МОДА»

Рохмистрова Н. С.

*Центральная научно-исследовательская лаборатория
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Россия, г. Кемерово*

Аннотация. На данный момент одной из наиболее опасных проблем современного общества является проблема употребления психоактивных веществ, особенно среди молодежи. Сейчас наркотики не только относительно доступны, но и ведется пропаганда в различных социальных сетях. Но употребление наркотиков непоправимо наносит вред психическому здоровью молодого организма, вызывая поведенческие и другие расстройства. В данном исследовании рассмотрены наиболее популярные виды психоактивных веществ среди молодежи и их воздействие на организм.

Ключевые слова: психоактивные вещества, наркотики, мефедрон, курительные смеси, альфа-ПВП, амфетамин, синтетические каннабиноиды, MDMA, психические расстройства, поведенческие расстройства.

USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES AMONG MODERN YOUTH: WHY IS THIS «FASHION» DANGEROUS?

Rokhmistrova N. S.

*Central Research Laboratory
Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo*

Abstract. At the moment, one of the most dangerous problems of modern society is the problem of psychoactive substance use, especially among young

people. Nowadays, drugs are not only relatively accessible, but there is also propaganda on various social networks. But drug use irreparably harms the mental health of a young body, causing behavioral and other disorders.

Keywords: psychoactive substances, drugs, mephedrone, smoking mixtures, alpha-PVP, amphetamine, synthetic cannabinoids, MDMA, mental disorders, behavioral disorders.

Введение. В нынешнее время остро стоит проблема употребления психоактивных веществ, особенно среди молодежи. Данная проблема не теряет своей актуальности из-за ежегодного прироста наркопотребителей, относительной доступности и дешевизны веществ, появлению новых «дизайнерских» наркотиков [9, С.259]. Во многих странах употребление наркотиков является частью быта и культуры. Среди молодежи употребление психоактивных веществ является частью проведения досуга и обыденностью [6, С. 175]. Еще одной проблемой возрастающей зависимости среди молодежи является реклама запрещенных веществ [4, С. 80]. Но и в рекламе наркотиков прогресс также не стоит на месте, если так можно выразиться. От обычной трафаретной рекламы или нанесения граффити в общественных местах продавцы все чаще переходят к рекламе так называемых «наркошопов» в социальных сетях [10, С. 99].

Все психоактивные вещества условно можно разделить на три группы:

1. «Легальные». К этой группе относится алкоголь, никотин и даже кофеин.

2. Нелегальные – собственно, вещества, относящиеся к наркотическим, по заключению постоянного комитета по контролю за наркотическими веществами.

3. Ненаркотические психоактивные вещества - лекарственные препараты, преимущественно психиатрические, употребляемые в рекреационных целях в основном подростками [5, С. 28].

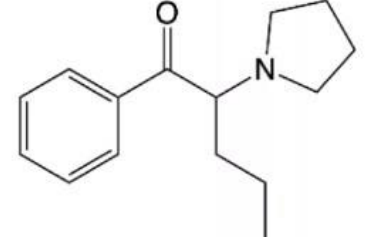
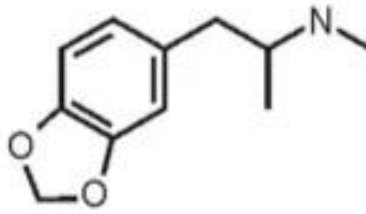
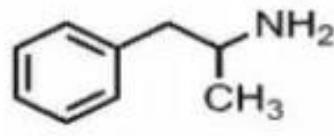
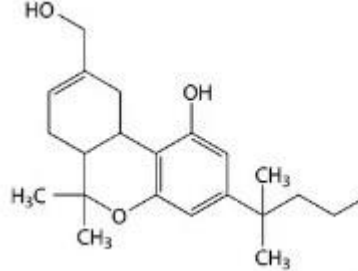
Нас будет интересовать вторая группа психоактивных веществ. Употребление «классических» наркотиков, таких как опиаты, постепенно отходит на второй план. На смену им приходят психоактивные вещества. Употребление так распространено у молодежи в первую очередь потому, что подросток еще полностью не сформировался как личность и может иметь проблемы в общении с родителями и со сверстниками [8, С. 290]. Однако, употребление наркотиков приводит не только к психической и физической зависимости, но и к манифестации психических и поведенческих расстройств. Причиной таких расстройств может стать не только регулярное, но и разовое употребление [2, С. 667].

Целью данной работы было проанализировать литературу и рассмотреть негативное влияние на организм некоторых видов психоактивных веществ.

Объекты и методы исследования. Объектами и методами данного исследования является анализ литературных источников и обобщение научной литературы.

Результаты и их обсуждение. В данном исследовании мы рассмотрим наиболее популярные виды психоактивных веществ среди молодежи и их воздействие на организм (таблица 1).

п/ п	Торговое название	Химическое название	Структурная формула
	Мефедрон (4ММС, дрон, М-САТ, White magic, мяу-мяу)	4-метилметкатинон	

	Альфа-ПВП («флакка»)	α-пирролидиновалерофенон	
	MDMA (экстази, «Молли», «Мэнди», колеса)	3,4-метилendioксиметамфетамин	
	Амфетамин (фен, шустрый, «розовая пантера»)	α-метилфенилэтиламин	
	Курительные смеси (травяные курительные смеси, травяные благовония, Spice, K2, JWH)	-	 <p>(Структурная формула одного из наиболее активных каннабиноидов)</p>

Мефедрон – синтетическое производное катинона, включенное в класс новых психоактивных веществ. Мефедрон является аналогом бета-кетоамфетамина, структурно и фармакологически родственным MDMA [40, С. 1588].

Мефедрон относится к «наркотикам для вечеринок» благодаря своим психостимулирующим и эмпатогенным свойствам. Эти эффекты схожи с эффектами метамфетамина, кокаина и MDMA. При приеме мефедрона наблюдается повышение экспрессии Fos в коре головного мозга, полосатом теле, вентральной области и супраоптическом ядре. Активация этих областей

мозга также наблюдается после воздействия метамфетамина и/или МДМА. Принимающие мефедрон сообщали о приятном и быстром, но кратковременном ощущении возбуждения, эйфории, побуждении к разговору, уменьшении враждебности, повышении восприятия музыки, повышении либидо, повышении бдительности и концентрации [45, С.189]. Эти положительные эффекты обычно появляются через 15–45 минут после перорального приема мефедрона (или через несколько минут после назального вдыхания).

Пиковые эффекты наблюдаются через 1-2 ч после приема и возвращаются к исходному уровню через 3-4 ч после приема. Это очень часто побуждает к повторному введению дозы и общий прием за раз может составлять до нескольких грамм, что часто ведет к передозировке [39, С. 100]. Механизм действия мефедрона связан с блокадой обратного нейронального захвата моноаминов, снижением скорости синтеза моноаминоксидазы и катехолортомилтрансферазы, что приводит к возрастанию концентрации моноаминов и катехоламинов в синаптической щели. Также мефедрон возбуждает рецепторы постсинаптической щели [23, С. 526].

Известно, что употребление мефедрона нарушает терморегуляцию, временно уменьшает набор веса и вызывает относительно долгосрочные изменения микробиома кишечника [22, С. 1941]. Как кратковременное, так и длительное употребление мефедрона может приводить к ряду побочных эффектов, таких как бруксизм, повреждение почек, гипертония, тахикардия [40, С. 1588].

Длительное употребление мефедрона может приводить к ряду психических расстройств, таких как депрессия, тревога, панические атаки, повышенное возбуждение, паранойя, слуховые и зрительные галлюцинации. Также употребление может сопровождаться агрессивным и асоциальным поведением, членовредительством, суицидальным поведением и

злоупотреблением алкоголем [14, С. 63]. Также сообщалось, что хроническое употребление мефедрона может привести к синдрому толерантности, что требует постоянного увеличения дозы, и/или абстиненции. Однако, исследования показывают значительно меньший риск передозировки по сравнению с метамфетамином и MDMA [32, С. 9704]. Кроме того, употребление мефедрона связано с функциональными нейрональными нарушениями вследствие ремоделирования нервной ткани. Ключевыми ферментами ремоделирования являются протеазы внеклеточного матрикса, такие как матриксные металлопротеазы. Изменения в структурном ремоделировании синаптических связей вызывают трудности в обучении, запоминании и серьезные нарушения памяти, что также ведет к постоянному развитию зависимости [13, С. 115].

Альфа-ПВП – еще одно психоактивное вещество, близкое по структуре к катинону, первичному психоактивному алкалоиду растения ката (*Catha edulis*) [24, С. 253].

Альфа-ПВП относится к группе так называемых солей, или «соли для ванн». Естественно, с настоящими солями для ванн или солями Эпсома, которые получают из минеральных смесей магния, наркотические «соли» не имеют ничего общего. Также соли называют «пицца для растений», «очиститель экрана телефона», что отражает побочные эффекты и способ употребления [42, С. 8185].

У альфа-ПВП довольно интересный фармакологический механизм действия. Он обладает избирательной селективностью по захвату дофамина и норэпинефрина, практически не воздействуя на транспорт и обратный захват серотонина, что приводит к накоплению дофамина и норэпинефрина в синаптической щели [34, С. 173286]. Мозг чрезвычайно уязвим к токсичности, вызванной различными психоактивными веществами. Исследования показывают, что даже однократное введение очень низкой дозы альфа-ПВП

достаточно для того, чтобы изменить экспрессию молекулярных маркеров нейропластичности в мозге. То есть ГАМКэргическая система является уязвимой мишенью к быстрому действию катинонов, тем самым нарушается способность сохранять баланс между возбуждением и торможением [15, С. 7397]. Кроме того, более высокие дозы вещества повышают температуру тела, в то время как более низкие дозы снижают температуру. Также повышается спонтанная двигательная активность, снижается аппетит, снижается порог вознаграждения при внутричерепной самостимуляции [47, С. 108910].

Один из когнитивных механизмов нарушений, вызванных психоактивными веществами – дисфункция митохондрий головного мозга, которые регулируют синаптическую передачу, нарушая такие функции мозга, как пространственное обучение и память [35, С. 116497].

Альфа-ПВП обладает гораздо более сильным стимулирующим эффектом, чем кокаин или амфетамин, следовательно, для получения эффекта нужна очень низкая доза. Проблема низких доз заключается в том, что с ними очень просто можно получить передозировку, и нередко потребители данного вещества в лучшем случае оказываются в отделении неотложной помощи [30, С. 108570]. Также исследования показывают, что большинство нейрхимических нарушений происходит уже на ранней стадии употребления [31, С. 173935]. Негативные эффекты альфа-ПВП схожи с другими стимуляторами – тахикардия, артериальная гипертензия, вазоконстрикция, почечные нарушения, повышенная потливость [16, С. 965]. Кроме того, вещество вызывает сильнейшее возбуждение и тревогу, зрительные и слуховые галлюцинации, бред, паранойю, гиперлокомоцию, аберрантное/стереотипическое поведение. Нередко употребление сопровождается сильной агрессией, насилием, самоповреждением. Употребление также опасно и хроническими последствиями, такими как

развитие депрессии и суицидального поведения, манифестация и/или прогрессирование психических расстройств, сопровождающихся бредом и галлюцинациями. Передозировка и отравление проявляются как психическое расстройство с острым психозом, которое в дальнейшем также может перейти в хроническую форму заболевания [26, С. 169].

Еще один популярный наркотик у молодежи - MDMA. Может употребляться как в таблетированной форме, так и в виде кристаллического порошка. В отличие от вышеупомянутых веществ MDMA чаще всего употребляется внутрь в виде таблеток. Опасность так называемых «колес» заключается в том, что чаще всего чистый MDMA мешают с амфетамином либо с его производными класса замещенных амфетаминов [41, С. 357].

Фармакологический механизм действия заключается в том, что MDMA стимулирует преимущественно высвобождение серотонина и приводит к относительно небольшому увеличению синаптического дофамина. Соотношение увеличенного синаптического дофамина по отношению к серотонину предсказывает склонность к злоупотреблению. То есть наркотики с более высоким соотношением дофамина к серотонину чаще вызывают злоупотребление [38, С. 937]. Переход от употребления к злоупотреблению включает в себя ряд нейроадаптаций, которые приводят к компульсивному и неконтролируемому употреблению наркотиков и неспособности воздерживаться от употребления. Хорошо известно, что увеличение нейротрансмиссии дофамина является важным первым шагом в этом процессе.

Активация мезокортиколимбической дофаминэргической системы с клетками вентральной покрышки, которые проецируются на вентральное полосатое тело, префронтальную кору, миндалевидное тело и гиппокамп оказывает положительное воздействие, которое служит подкреплению повторного приема вещества и укреплению связей между стимулами, связанными с приемом. Реципрокные глутаматергические эфференты от этих

участков к вентральной области покрывки и прилежащему ядру модулируют эффекты этого наркотика [44, С. 1718].

Было показано, что MDMA вызывает потерю застенчивости и импульсивности, гипертермию и нейротоксичность, нейровоспаление, а также нарушения памяти и когнитивных функций. Исследования показывают, что MDMA сильно влияет на миндалевидное тело и лобную кору головного мозга [25, С. 105275].

Результаты исследований головного мозга также подтвердили, что скорость метаболизма глюкозы в гиппокампе, комплексе миндалевидного тела, неокортексе, хвостатом ядре и таламическом ядре снижается билатерально, что, в свою очередь, приводит к нейротоксичности, в частности, гипертермии, моноаминоксидазному метаболизму дофамина и серотонина, митохондриальной дисфункции, окислению дофамина, образованию пероксинитрита [33, С. 113888].

Однако, острая токсичность MDMA считается низкой и зависит от других сопутствующих факторов, таких как сопутствующие соматические заболевания и совместное употребление других видов наркотиков в смеси с MDMA [19, С. 245]. При пероральном приеме MDMA, помимо системных эффектов, могут возникать язвы в полости рта [29, С. 724]. Эффекты MDMA, пожалуй, можно разделить на положительные и негативные. Положительные эффекты проявляются как эйфория, возбуждение, повышение эмпатии, расслабление, повышение общения, близость с другими людьми. К негативным эффектам относятся ажитация, бруксизм, нарушение концентрации внимания, гипертермия, сухость во рту. Могут возникать и долгосрочные неблагоприятные эффекты, такие как тревога, депрессия, когнитивные дефициты (нарушение памяти и внимания), снижение плотности серотонина в теменной, височной и затылочной долях головного мозга, таламусе и

гиппокампе; снижение содержания кальцитриола в плазме крови и метаболитов дофамина с спинномозговой жидкости, а также толерантность [17, С. 113894].

Интересно, что в последнее время появляется все больше исследований о применении MDMA в психотерапии. Данное вещество проявляет все больше доказательств его эффективности в лечении посттравматического стрессового расстройства. Данные исследований показывают, что MDMA может быть полезен для эмоциональной обработки, облегчения прототипных симптомов посттравматического стрессового расстройства и памяти о страхе [21, С. 894]. Также MDMA может быть эффективен в других клинических группах, включая лиц с расстройствами аутистического спектра и расстройствами, связанными с употреблением алкоголя [28, С. 3].

Также популярен у молодежи и амфетамин. Амфетамин является исходным соединением структурного класса замещенных амфетаминов. Молекула амфетамина хиральна, то есть умеет лево- и правовращающие изомеры. Однако, то, что продается на нелегальном рынке, представляет собой смесь изомеров. Чаще всего употребляется в виде кристаллического порошка интраназально и является вторым по распространенности после каннабиноидов [46, С. 338].

Фармакологический механизм действия амфетамина заключается в том, что он увеличивает нейротрансмиссию моноаминов. Такие наркотики, как метамфетамин, вызывают высвобождение моноаминов из жидкости, содержащейся в цитоплазме нейронов, через плазмалеммальные переносчики захвата дофамина, норэпинефрина и серотонина. Было показано, что повторное введение больших доз амфетамина способствует образованию активных окислительных форм. Следовательно, аномально усиленная нейротрансмиссия моноаминов приводит к более сильному формированию окислительного стресса, что приводит к повреждению нейронов, что приводит к

долговременному повреждению моноаминных нейронов, а также к нарушению их функционирования [36, С. 104805].

К неблагоприятным эффектам амфетамина относят такие эффекты, как гипертония, тахикардия, феномен Рейно, эректильная дисфункция или продолжительная болезненная эрекция, нечеткость зрения, бруксизм, сухость во рту, потеря аппетита, снижение массы тела, повышенное потоотделение и другие. Психологические эффекты включают в себя прилив энергии, резкие перепады настроения, повышенную концентрацию внимания, бдительность, раздражительность, длительное бодрствование [20, С. 404]. Нередко у потребителей может развиваться амфетаминовый психоз, сопровождающийся галлюцинациями, бредом, паранойей, параноидальными идеями, манией и неорганизованным поведением. Такой психоз часто может перерости в полноценное хроническое заболевание. Также амфетаминовая абстиненция сопровождается тяжелой депрессией, упадком сил, бессонницей [48, С. 545].

Однако, имеется интересная информация касательно лечения синдрома дефицита внимания и гиперактивности микродозами декстроамфетамина (правовращающим изомером). В 2022 году FDA первый трансдермальный пластырь с декстроамфетамином для лечения синдрома дефицита внимания и гиперактивности, применяемый на срок до 9 часов. Первой трансдермальной терапевтической системой был пластырь с метилфенидатом, имеющим тот же активный компонент, что и препарат «Риталин». Микродозинг декстроамфетамина нацелен, в первую очередь, на повышение концентрации внимания у пациентов, страдающих СДВГ [27, С. 1642].

Еще одна обширная группа наркотических веществ, постепенно уходящих на второй план, но тем не менее не теряющих свою популярность – каннабиноиды. Слово «каннабиноид» относится к любому химическому веществу, независимо от структуры или происхождения, которое взаимодействует с каннабиноидными рецепторами. Синтетические

каннабиноиды представляют собой самый обширный класс наркотических веществ. Данные вещества распыляются на смеси натуральных трав. В настоящее время смеси маркируются пометкой «не для употребления человеком» для того, чтобы обойти законодательство [12, С. 359]. На фоне стойкой тенденции изменения химического состава синтетических каннабиноидов важным является мониторинг их химического состава для оценки потенциального риска здоровью потребителей, принятие активных терапевтических мер, а также для отслеживания производителя и цепочки поставки [3, С. 31].

Фармакологический механизм действия связан с эндоканнабиноидной системой. Были идентифицированы два типа каннабиноидных рецепторов (CBR): рецептор каннабиноида-1 (CB1R) и рецептор каннабиноида-2 (CB2R). Оба являются членами суперсемейства рецепторов, связанных с G-белком, связанных с клеточной мембраной. CB1R в основном распределяются в центральной нервной системе, где они опосредуют психоактивные эффекты каннабиноидов, тогда как CB2R в основном экспрессируются периферическими тканями, преимущественно иммунными и кроветворными клетками [11, С. 12824].

Фармакологические эффекты включают в себя расслабление, повышенное настроение, изменение артериального давления и частоты сердечных сокращений, тошноту, рвоту, повреждение почек, повышенное возбуждение, изменение восприятия, судороги, суицидальное поведение, психоз, летальный исход. При всем при этом эффекты являются в несколько раз более сильными, чем от «натуральных» каннабиноидов [43, С. 187]. Употребление спайсов нередко может приводить к рецидивирующим психозам и раннему развитию более тяжелой формы шизофрении. Такие эффекты могут развиваться даже после первого применения. Также сообщалось о развитии

психотических эпизодов у лиц, имеющих генетическую предрасположенность [18, С. 404].

Эффективным лечением при острых психотических состояниях, вызванных синтетическими каннабиноидами, является терапия комбинацией нескольких препаратов. Наиболее эффективными считаются следующие три схемы: схема А (галоперидол $7,5 \pm 0,89$ мг/сут + дроперидол $10 \pm 0,91$ мг/сут), схема В (галоперидол $7,5 \pm 0,94$ мг/сут + хлорпромазин $37,5 \pm 4,73$ мг/сут), схема С (галоперидол $8,5 \pm 0,94$ мг/сут + бромдигидрохлорфенилбензодиазепин $3,7 \pm 0,94$ мг/сут) [7, С. 100]. Эффективными при лечении острых психозов являются комбинации нейролептиков, которые включают редукцию симптомов, а также снижают риски повторного возникновения острого психоза в течение недели, инициации и раннего развития шизофрении [37, С. 525].

В настоящее время нарушение социальных норм приобрело массовый характер. Неопределенность в границах дозволенного и отсутствие мер ответственности за содеянное способствуют распространению отклоняющегося поведения. Официальная статистика по наркомании лишь смутно отображает реальное положение дел. Масштабы и темпы роста наркомании представляют угрозу не только психосоматическому здоровью населения, но и духовно-нравственным и социальным ценностям общества [1, С. 44].

Заключение. Вопреки мнению, что бывают «легкие» и «тяжелые» наркотики, все психоактивные вещества несут непоправимый вред здоровью и вызывают психическую или физическую зависимость, особенно в раннем возрасте. Кроме того, из-за резкого увеличения количества «дизайнерских» наркотиков необходимо отслеживать химическую структуру веществ и эффекты, в том числе, для того чтобы оказывать адекватную терапевтическую помощь в остром состоянии и предотвращать развитие хронических последствий для организма.

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. Георгиевская, Ю. В. Социологическое исследование наркомании как наиболее социально опасной формы девиантных отклонений молодежи // Наука. Культура. Общество. 2020. Т. 26. № 3. С. 44.

2. Ешимбетова, С. З., Редько, М. С. Актуальность изучения клинико-динамических особенностей шизофрении, осложненной употреблением новых психоактивных веществ (НПАВ) // Вестник КазНМУ. 2020. № 2. С. 667.

3. Оберенко, А. В., Качин, С. В., Сагалаков, С. А. Исследование состава курительных смесей, содержащих синтетические каннабиноиды // Вопросы биологической, медицинской и фармацевтической химии. Т. 24. № 5. С. 31.

4. Пряхина, Е. С., Сотникова, Л. В. К вопросу о распространении информации о наркотиках // Вестник совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. 2019. № 4 (27). Т. 3. С. 80.

5. Садыков, Р. М., Большакова, Н. Л. Употребление психоактивных веществ в молодежной среде как социальная проблема // International Journal of Humanities and Natural Sciences. 2021. Vol. 11-2 (62). С. 28.

6. Садыков, Р. М., Большакова, Н. Л. Факторы риска ранней зависимости от психоактивных веществ среди молодежи // Вестник университета. 2021. № 11. С. 175.

7. Селиванов, Г. Ю., Бохан, Н. А. Неотложная психофармакотерапия острых психотических состояний, ассоциированных со злоупотреблением синтетическими каннабиноидами // Кардиоваскулярная терапия и практика. 2022. 21(29):3. 190. С. 100.

8. Федорова, И. В., Ржаницына, И. А., Клокова, Д. С. «На доступной игле»: почему наркотики имеют большую распространенность среди подростков и пути контролирования их потребления // Вестник Московского университета МВД России. 2021. № 6. С. 290.

9. Федотов, И. А., Володин, Б. Ю., Новиков, В. В., Шустов, Д. И., Леонов, Е. В. Анализ клиники, подходов к терапии и исходов при делирии, вызванным воздействием синтетических катинонов: систематический обзор // Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2023. Т. 11. № 2. С. 259.

10. Фильченко, А. П., Жандров, В. Ю. Противодействие запрещенной рекламе интернет-магазинов по продаже наркотиков // Правовое государство: теория и практика. 2021. № 4 (66). С. 99.

11. Alexandre J., Carmo H., Carvalho F., Silva J.P. Synthetic cannabinoids and their impact on neurodevelopmental processes. *Addict. Biol.* 2020. Vol. 25. N. 2. P. 12824.

12. Alves V.L., Goncalves J.L., Aguiar J., Teixeira H.M., Camara J.S. The synthetic cannabinoids phenomenon: from structure to toxicological properties. A review. *Crit. Rev. Toxicol.* 2020. Vol. 50. N. 5. P. 359.

13. Boguszewska-Czubara A., Kurzepa J., Biala G., Kaszubska K., Grot K., Tarkowski P., Kowalczyk J., Silvestro S., Faggio C., Budzynska B. Mephedrone impact on matrix metalloproteinases activity – do they influence the memory processes? *Curr. Mol. Pharmacol.* 2019. Vol. 12. N. 2. P. 115.

14. Buzhdygain T.D., Rodrigues C.R., McGary H., Khan J.A., Andrews A.M., Rawls S.M., Ramirez S.H. The psychoactive drug of abuse mephedrone differentially disrupts blood-brain barrier properties. *J. Neuroinflammation.* 2021. Vol. 18. N. 1. P. 63.

15. Caffino L., Mottarlini F., Bielel S., Targa G., Tirri M., Maggi C., Marti M., Fumagalli F. Single exposure to the cathinones MDPV and α -PVP alters molecular

markers of neuroplasticity in the adult mouse brain. *Int. J. Mol. Sci.* 2021. Vol. 22. N. 14. P. 7397.

16. Chen Y., Canal C.E. Structure-activity relationship study of psychostimulant synthetic cathinones reveals nanomolar antagonist potency of α -pyrrolidinohexiophenone at human muscarinic M₂ receptors. *ACS Chem. Neurosci.* 2020. Vol. 11. N. 6. P. 965.

17. Costa G., Golembiowska K. Neurotoxicity of MDMA: main effects and mechanisms. *Exp. Neurol.* 2022. Vol. 347. P. 113894.

18. Deng H., Verrico C.D., Kosten T.R., Nielsen D.A. Psychosis and synthetic cannabinoids. *Psychiatry Res.* 2018. Vol. 268. P. 404.

19. Frost J. How dangerous is MDMA? *Tidsskr. Nor. Laegeforen.* 2022. Vol. 142. N. 8. P. 245.

20. Frost J., Helland A., Syrstad V.E.G., Aamo T.O. Illegal or medical amphetamine – what has the patient taken? *Tidsskr. Nor. Laegeforen.* 2022. Vol. 142. N. 1. P. 404.

21. Gregorio D.D., Aguilar-Valles A., Preller K.H., Heifets B.D., Hibicke M., Mitchell J., Gobbi G. Hallucinogens in mental health: preclinical and clinical studies on LSD, psilocybin, MDMA, and ketamine. *J. Neurosci.* 2021. Vol. 41. N. 5. P. 894.

22. Grochecki P., Smaga I., Wydra K., Marszalek-Tarlowska E., Filip M., Kotlinska J.H. Impact of mephedrone on fear memory in adolescent rats: involvement of matrix metalloproteinase-9 (MMP-9) and N-Methyl-D-aspartate (NMDA) receptor. *Int. J. Mol. Sci.* 2023. Vol. 24. N. 3. P. 1941.

23. Kaminska K., Noworyta-Sokolowska K., Gorska A., Rzemieniec J., Wnuk A., Wojtas A., Kreiner G., Kajta M., Golembiowska K. The effect of exposure to mephedrone during adolescence on brain neurotransmission and neurotoxicity in adult rats. *Neurotox. Res.* 2018. Vol.34. N. 3. P. 526.

24. Kemenes K., Hidvegi E., Szabo L., Kerner A., Suvegh G. Metabolism of the synthetic cathinone Alpha-pyrrolidinoisohexanophenone in humans using UHPLC-MS-QToF. *J. Anal. Toxicol.* 2023. Vol. 47. N. 3. P. 253.
25. Kermanian F., Seghatoleslm M., Mahakizadeh S. MDMA related neuro-inflammation and adenosine receptors. *Neurochem. Int.* 2022. Vol. 153. P. 105275.
26. Kolesnikova T.O., Khatsko S.L., Demin K.A., Shevyrin V.A., Kalueff A.V. DARK Classic in chemical neuroscience: α -pyrrolidinovalerophenone (“Flakka”). *ACS. Chem. Neurosci.* 2019. Vol. 10. N. 1. P. 169.
27. Larkin H.D. First amphetamine transdermal patch approved for ADHD. *JAMA.* 2022. Vol. 327. N. 17. P. 1642.
28. Liechti M.E., Holze F. Dosing psychedelics and MDMA. *Curr. Top. Behav. Neurosci.* 2022. Vol. 56. P. 3.
29. Lin Y. MDMA and mouth ulcers. *Br. Dent. J.* 2021. Vol. 231. N. 231. P. 724.
30. Maier J., Rauter L., Rudin D., Niello M., Holy M., Schmid D., Wilson J., Bloudh B.E., Gannon B.M., Murname K.S., Sitte H.H. α -PPP and its derivatives are selective partial releasers at the human norepinephrine transporter: a pharmacological characterization of interactions between pyrrolidinopropiophenones and high and low affinity monoamine transporters. *Neuropharmacology.* 2021. Vol. 90. P. 108570.
31. Marusich J.A., Gay E.A., Watson S.L., Blough B.E. Alpha-pyrrolidinopentiophenone and mephedrone self-administration produce differential neurochemical changes following short-or long-access conditions in rats. *Eur. J. Pharmacol.* 2021. Vol. 897. P. 173935.
32. Mayer F.P., Niello M., Bulling S., Zhang Y.W., Li Y., Kudlacek O., Holy M., Kooti F., Sandther W., Ridnick G., Schmid D., Sitte H.H. Mephedrone induces partial release at human dopamine transporters but full release at human serotonin transporters. *Neuropharmacology.* 2023. Vol. 11. P. 9704.

33. Montgomery C., Roberts C.A. Neurological and cognitive alterations induced by MDMA in humans. *Exp. Neurol.* 2022. Vol. 347. P. 113888.

34. Nelson K.H., Manke H.N., Bailey J.M., Vlachos A., Maradiaga K.J., Huang S., Weiss T.D., Rice K.C., Riley A.L. Ethanol pre-exposure differentially impacts the rewarding and aversive effects of α -pyrrolidinopentiophenone (α -PVP): implications for drug use and abuse. *Pharmacol. Biochem. Behav.* 2021. Vol. 211. P. 173286.

35. Noruzi M., Behmadi H., Khankaldani Z.H., Sabzevari O., Foroumadi A., Ghahremani M.H., Pourahmad J., Hassani S., Gholami M., Moghimi S., Ghazimoradi M.M., Taghizadeh G., Sharifzadeh M. Alpha-pyrrolidinovalerophenone (α -PVP) administration impairs spatial learning and memory in rats through brain mitochondrial dysfunction. *Toxicol. Appl. Pharmacol.* 2023. Vol. 467. P. 116497.

36. O'Malley K.Y., Hart C.L., Casey S., Downey L.A. Methamphetamine, amphetamine and aggression in humans: A systematic review of drug administration studies. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2022. Vol. 141. P. 104805.

37. Orsolini L., Chiappinin S., Volpe U., Berardis D.D., Latini R., Papanti G.D., Corkery A.J.M. Use of medicinal cannabis and synthetic cannabinoids in post-traumatic stress disorder (PTSD): A systematic review. *Medicina (Kaunas).* 2019. Vol. 55. N. 9. P. 525.

38. Pantoni M.M., Kim J.L., Alstyne K.R.V., Anagnostaras S.G. MDMA and memory, addiction and depression: dose-effect analysis. *Psychopharmacology (Berl.)*. 2022. Vol. 239. N. 3. P. 937.

39. Papaseit E., Olesti E., Perez-Mana C., Torrens M., Fonseca F., Grifell M., Ventura M., de la Torre R., Farre M. Acute pharmacological effects of oral and intranasal mephedrone: An observational study in humans. *Pharmaceuticals (Basel)*. 2021. Vol. 14. N. 2. P. 100.

40. Papaseit E., Perez-Mana C., Perna E.B.d.S.F., Olesti E., Mateus J., Kuypers K.P., Theunissen E., Fonseca F., Torrens M., Ramaekers J.G., de la Torre R., Farre

M. Mephedrone and alcohol interactions in humans. *Front. Pharmacol.* 2020. Vol. 10. P. 1588.

41. Papaseit E., Perez-Mana C., Torrens M., Farre A., Poyatos L., Hladun O., Sanvisens A., Muga R., Farre M. MDMA interactions with pharmaceuticals and drugs of abuse. *Expert Opin. Drug Metab. Toxicol.* 2020. Vol. 16. N. 5. P. 357.

42. Patocka J., Zhao B., Wu W., Klimova B., Valis M., Nepovimova E., Kuca K. Flakka: new dangerous synthetic cathinone on the drug scene. *Int. J. Mol. Sci.* 2020. – Vol. 21. N. 21. P. 8185.

43. Roque-Bravo R., Silva R.S., Malheiro R.F., Carmo H., Carvalho F., da Silva D.D., Silva J.P. Synthetic cannabinoids: A pharmacological and toxicological overview. *Annu. Rev. Pharmacol. Toxicol.* 2023. Vol. 63. P. 187.

44. Schenk S., Highgate Q. Methylenedioxyamphetamine (MDMA): serotonergic and dopaminergic mechanisms related to its use and misuse. *J. Neurochem.* 2021. Vol. 157. N. 5. P. 1718.

45. Serefko A., Bielecka-Papierz G., Talarek S., Szopa A., Skalecki P., Szewczyk B., Radziwon-Zaleska M., Poleszak E. Central effects of the designer drug mephedrone in mice-basic studies. *Brain Sci.* 2022. Vol. 12. N. 2. P. 189.

46. Siefried K.J., Acheson L.S., Lintzeris N., Ezard N. Pharmacological treatment of methamphetamine/amphetamine dependence: A systematic review. *CNS Drugs.* 2020. Vol. 34. N. 4. P. 338.

47. Taffe M.A., Nguyen J.D., Vandewater S.A., Grant Y., Dickerson T.J. Effects of α -pyrrolidino-phenone cathinone stimulants on locomotor behavior in female rats. *Drug Alcohol Depend.* 2021. Vol. 227. P. 108910.

48. Winssen C.V., Walters E., Brakoulias V. Amphetamine-type stimulant use in acute psychiatric inpatients with delusions. *Aust. N. Z. J. Psychiatry.* 2020. Vol. 54. N. 5. P. 545.

ВЛИЯНИЕ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА НА ПСИХИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА

Ряполова Т. Л., Трошина Е. О., Лубенская О. А.

*Кафедра психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии
с лабораторией психического здоровья*

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

Аннотация. Целью исследования явилось изучение влияния военного конфликта на психическое благополучие студентов первого курса. В число респондентов вошли 532 студента Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, обучающихся на первом курсе в 2022-2023 учебном году. В ходе исследования использовались следующие опросники: Шкала депрессии Бека, Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5, Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора в варианте Норакидзе. Было выявлено, что стресс военного времени оказал влияние на развитие симптомов депрессии и посттравматического стрессового расстройства у студентов первого курса ($p < 0.05$), но не оказал влияние на выраженность тревоги. Результаты исследования используются в лаборатории психического здоровья для разработки психообразовательных методик и мер психопрофилактики.

Ключевые слова: стресс, военный конфликт, студенты, психическое благополучие.

THE IMPACT OF MILITARY CONFLICT ON THE MENTAL HEALTH OF FIRST-YEAR STUDENTS

Ryapolova T. L., Troshina E. O., Lubenskaya O. A.

*Department of Psychiatry, Medical Psychology, Psychosomatics and
Psychotherapy with Mental Health Laboratory*

Donetsk State Medical University, Russia, DPR, Donetsk

Abstract. The purpose of the study was to study the impact of military conflict on the mental well-being of first-year students. The respondents included 532 students of Donetsk National Medical University. M. Gorky, first-year students in the 2022-2023 academic year. The following questionnaires were used during the study: Beck Depression Inventory, Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5, Taylor Personality Anxiety Scale in Norakidze's version. It was found that wartime stress had an impact on the development of symptoms of depression and post-traumatic stress disorder in first-year students ($p < 0.05$), but had no effect on the severity of anxiety. The results of the study are used in the mental health laboratory to develop psychoeducational methods and psychoprophylactic measures.

Keywords: stress, military conflict, students, mental health.

Вступление. Боевые действия, начавшиеся на Донбассе в 2014 году, стали началом череды стрессовых факторов, которые влияли последовательно или параллельно на жителей данного региона. Среди них: неблагоприятная геополитическая обстановка, информационный стресс, коронавирусная инфекция и новый виток эскалации военного конфликта. Для большинства студентов первого курса 2022-2023 учебного года, влияние всех перечисленных факторов пришлось на предпубертатный и подростковый возраст. Важный этап в их жизни – окончание школы и поступление в университет – происходил в условиях военного времени.

Студенты первого курса – одна из наиболее социально активных и, вместе с тем, уязвимых групп населения. По данным ряда исследований, проведенных в разных регионах России в течение последних трех лет, первокурсники были подвержены развитию тревоги и симптомов депрессии как в докоронавирусный период [3], так и во время пандемии [1].

Уникальная геополитическая ситуация на Донбассе диктует необходимость более детального изучения особенностей психического благополучия студенческой молодежи в контексте военного времени.

Исследование, проведенное в 2014 г. В. А. Абрамовым и Е. М. Денисовой, выявило высокую распространенность (61,2% респондентов) субъективного ухудшения психического здоровья у студентов Донецкого национального медицинского университета через 6 месяцев после начала острой фазы военного конфликта. Среди наиболее распространенных проблем были названы: подавленное настроение, апатия и нарушения сна [8].

Помимо выявления тревоги и депрессии представляется важным изучение выраженности посттравматического стрессового расстройства, как часто встречающейся нозологии в условиях боевых действий. В исследовании, проведенном в Северном Ираке в 2005-2006 гг., была выявлена высокая распространенность посттравматического стрессового расстройства среди мирного населения зоны, охваченной боевыми действиями [2]. Похожие данные были получены в исследовании при изучении распространенности посттравматического расстройства в Палестине [6]. При этом не учитывался возраст респондентов и их социальный статус.

На наш взгляд, студенческая молодёжь является наиболее перспективным контингентом с точки зрения ранней диагностики и профилактики психических расстройств в условиях военного конфликта.

Цель работы – изучение влияния военного конфликта на психическое благополучие студентов первого курса.

Материалы и методы. Исследование проводилось в ноябре-декабре 2022г. на базе Лаборатории психического здоровья Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького (ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО). В нем приняло участие 532 студента первого курса лечебного №1, лечебного №2, медицинского, педиатрического, стоматологического и медико-

фармацевтического факультетов. Средний возраст испытуемых составил 17 лет (Q1-Q3:17-18). Среди респондентов было 157 (30%) мужчин и 375 (70%) женщин.

В ходе заполнения социально-демографической анкеты, респонденты имели возможность ответить на вопросы, связанные с их оценкой собственного психического здоровья и необходимостью получать специализированную помощь. Студентам также предлагалось оценить уровень субъективного стресса, связанного с эскалацией военного конфликта на Донбассе, от 1 до 10, где 1 – это отсутствие напряжения, 10 – максимально возможное напряжение. Оценки от 1 до 3 баллов расценивались, как низкий уровень субъективного стресса, от 4 до 6 баллов – умеренный уровень и от 7 до 10 баллов – высокий уровень субъективного стресса. По результатам данного опроса студенты были разделены на три группы.

В первую группу вошло 89 человек (17%) с низким уровнем субъективного стресса, во вторую – 196 человек (37%) с умеренным уровнем, в третью – 249 человек (46%) – с высоким уровнем субъективного стресса.

Выраженность симптомов депрессии оценивалась с помощью Шкалы депрессии Бека в русскоязычной адаптации. Суммарное количество баллов равное или не достигающее 9 расценивалось, как отсутствие симптомов депрессии, 10-18 баллов – умеренно выраженная депрессивная симптоматика, 19-29 – критический уровень, 30-63 – явно выраженная депрессивная симптоматика [7].

Для оценки наличия или отсутствия симптомов посттравматического стрессового расстройства был использован опросник Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) в русскоязычной адаптации. «Точкой отсечки» считалось значение общего балла от 33 и выше [4].

Выраженность тревоги определялась с помощью Личностной шкалы проявлений тревоги Тейлора в варианте Норакидзе. Суммарный балл до 5

расценивался, как низкий уровень тревоги, 6-15 – средний с тенденцией к низкому, 16-25 – средний с тенденцией к высокому, 25-40 – высокий, 41-50 – очень высокий уровень тревоги [5].

Статистический анализ полученных данных проводился в пакете статистической обработки «MedStat». Предварительно происходила проверка данных выборок на нормальность распределения с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. Все выборки были отличны от нормального закона распределения, в связи с чем в качестве средних значений вычислялись медиана (Me) и значения первого и третьего квартилей (Q1-Q3). Для определения статистической значимости различия трех выборок использовался критерий Kruskal-Wallis. Статистически значимым считалось различие при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Среди опрошенных первокурсников 492 человека (92%) считали, что не имеют проблем с психическим здоровьем, 40 (8%) – что имеют, при этом 393 студента (74%) не видели необходимости обращаться к специалисту, 139 (26%) – видели такую необходимость.

По данным Шкалы депрессии Бека в первой группе у 62 (70%) студентов определялось состояние без депрессии, у 14 (16%) – умеренно выраженные депрессивные симптомы, у 9 (10%) студентов – критический уровень, у 4 (4%) наблюдалась явно выраженная депрессивная симптоматика.

Во второй группе состояние без депрессии наблюдалось у 140 (81%) респондентов, умеренные депрессивные симптомы – у 28 (16%), критический уровень – у 3 (2%) респондентов, явно выраженные симптомы депрессии – у 1 (1%) респондента. Для студентов третьей группы эти показатели составили соответственно: 141 (58%), 63 (26%), 28 (11%) и 12 (5%) человек. По Шкале депрессии Бека респонденты первой группы набрали в среднем 5 баллов (Q1-Q3:2-10), второй группы – 6 баллов (Q1-Q3:2-10), третьей – 8 баллов Q1-Q3:4-

14. Выявлено статистически значимое различие между показателями трех групп ($p=0,00001$).

По данным опросника PCL-5, у 88 (81%) респондентов первой группы не определялось посттравматическое стрессовое расстройство, у 21 (19%) – были достаточно выраженные симптомы ПТСР. Среди респондентов второй группы 172 (88%) человека набрали менее 33 баллов, 23 (12%) - превысили этот рубеж. В третьей группе соответственно: 156 (63%) и 92 (37%) респондентов.

Средние показатели первой группы составили 12 баллов (Q1-Q3:5-28), второй – 14 баллов (Q1-Q3:7-23), третьей – 22 балла (Q1-Q3:13-37). Выявлено статистически значимое различие между показателями трех групп ($p=0,00001$).

По данным Личностной шкалы проявлений тревоги Тейлора в первой группе у 6 (7%) респондентов определялся низкий уровень тревоги, у 40 (45%) – средний с тенденцией к низкому, у 27 (31%) – средний с тенденцией к высокому, у 15 (17%) – высокий, респондентов с очень высоким уровнем тревоги в этой группе не было. Во второй группе у 10 (5%) опрошенных был выявлен низкий уровень тревоги, у 91 (46%) – средний с тенденцией к низкому, у 64 (33%) – средний с тенденцией к высокому, у 30 (15%) – высокий, у 1 (1%) – очень высокий уровень тревоги. У респондентов третьей группы количество человек с тем или иным уровнем тревоги соответственно: 11 (4%), 96 (39%), 88 (36%), 50 (20%) и 2 (1%). Средние показатели первой группы составили 15 баллов (Q1-Q3:10-24), второй – 15 баллов (Q1-Q3:10-22), третьей – 17 баллов (Q1-Q3:10,5-23). Статистически значимого различия между показателями трех групп не выявлено ($p=0,42238$).

При детальном изучении процентного соотношения респондентов с разным уровнем выраженности симптомов того или иного расстройства в каждой из групп, видно, что в каждом случае в группе с высоким уровнем субъективного стресса доля респондентов с выраженными симптомами выше, чем в других группах. Особенно существенной является разница по данным

опросника ПТСР. При этом, можно заметить, что среди респондентов первой группы относительно больше тех, кто имеет выраженные симптомы депрессии, тревоги и ПТСР, чем среди респондентов второй группы. Это может быть объяснимо как тем, что некоторые студенты неверно интерпретируют свой уровень стресса в связи с военными действиями, так и с тем, что симптомы расстройств у студентов этой группы могут быть вызваны влиянием других стрессогенных факторов. Во всех случаях, этот вопрос требует более детального изучения.

Заключение. 46% опрошенных студентов оценили свой уровень стресса, связанного с боевыми действиями, как высокий. В ходе исследования было выявлено, что стресс военного времени оказал влияние на развитие симптомов депрессии и посттравматического стрессового расстройства у студентов первого курса ($p < 0.05$), но не оказал влияние на степень выраженности тревоги.

Не все студенты осознавали наличие у себя симптомов депрессии или посттравматического стрессового расстройства, но 26% опрошенных видели необходимость обратиться к специалисту. Большая часть первокурсников в своих анкетах констатировала сохранение личностного психического благополучия даже в условиях военного времени.

Выраженные симптомы депрессии по данным Шкалы Бека наблюдались у 11% респондентов. Высокий уровень тревоги по данным Личностной шкалы проявлений тревоги Тейлора у 18% респондентов, посттравматическое стрессовое расстройство по данным PCL-5 – у 26%. Авторы считают, что существует необходимость дальнейшей диагностики психических расстройств, в частности, депрессии и посттравматического стрессового расстройства, у студентов из группы риска.

В лаборатории психического здоровья «Донецкого государственного университета им. М. Горького» продолжается разработка мер первичной

психопрофилактики и проводятся психообразовательные мероприятия среди студентов первого курса.

Литература / References:

1. Денисов, Е. М. Абрамов, В. А. Уровень психического напряжения студентов-медиков, находящихся в состоянии хронического стресса // материалы всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы». Казань, 23–26 сентября 2015 г. Казань: изд-во ООО «Альта Астра», 2015. С. 286.
2. Кочорова, Л. В., Скрипов, В. С., Сливка, А. С. К вопросу о тревоге и депрессии в молодежной студенческой среде // Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2020. N 2. (8). С. 246-253.
3. Норакидзе, В. Г. Клинико-биографический метод исследования структуры установки личности. Тб., 1984.
4. Филиппова, И. Д. Изучение риска развития депрессивных состояний в студенческой среде // Смоленский медицинский альманах. 2021. N 4. С. 211-214.
5. Тарабрина, Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Изд-во Питер, 2001.
6. Тарабрина, Н. В. Интенсивный стресс в контексте психологической безопасности. М., 2017.
7. Farhood L., Dimassi H., Lehtinen T. Exposure to war-related traumatic events, prevalence of PTSD, and general psychiatric morbidity in a civilian population from southern Lebanon // J Transcult Nurs. 2006. Vol. 17(4). P. 333–340.
8. Qouta S., Punamaki R., L, El Sarraj E. Prevalence and determinants of PTSD among Palestinian children exposed to military violence // Eur Child Adol Psychiatry. 2003. Vol.12 (6). P. 265-272.

ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКИХ ДИСФУНКЦИЙ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Селедцов А. М., Акименко Г. В., Кирина Ю. Ю.

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

Аннотация. Пандемия COVID-19 спровоцировала рост числа инцидентов, связанных с проблемами психического здоровья, которые могут привести к суицидальному поведению, такому как суицидальные мысли, попытки самоубийства и фактическое самоубийство во всем мире. Непредсказуемые последствия и неопределенность вокруг общественной безопасности, карантины и изоляции, фейковые новости и мифы о COVID-19, особенно распространенные в социальных сетях, негативно повлияли на психическое здоровье человека, вызывая депрессию, тревогу, фобию и травматический стресс. Установлено, что около 90% мировых самоубийц — это люди, страдающие депрессией. В статье рассмотрены особенности психических расстройств, вызванных у человека неблагоприятной эпидемиологической обстановкой. Для дальнейших выводов необходимо проводить более репрезентативные исследования в России и в других странах, особенно в уязвимых группах населения.

Ключевые слова: пандемия COVID-19, психическое здоровье, депрессия, тревога; психологическое воздействие; психически больные, психиатрическая служба.

GLOBAL MENTAL HEALTH IN THE PERIOD OF COVID-19

Seledtsov A. M., Akimenko G. V., Kirina Y. Y.

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

Abstract. The COVID-19 pandemic has triggered an increase in the number of incidents related to mental health problems that can lead to suicidal behavior such as suicidal ideation, suicide attempts and actual suicide worldwide. Unpredictable consequences and uncertainty around public safety, quarantines and isolation, fake news and myths about COVID-19, especially prevalent on social media, have negatively impacted a person's mental health, causing depression, anxiety, phobia and traumatic stress. It has been established that about 90% of the world's suicides are people suffering from depression. The article discusses the features of mental disorders caused in humans by an unfavorable epidemiological situation. For further conclusions, it is necessary to conduct more representative studies in Russia and other countries, especially in vulnerable groups of the population.

Keywords: pandemic COVID-19, mental health, depression, anxiety; psychological impact; mentally ill, psychiatric service.

Введение. Вспышка COVID-19, вызванная коронавирусом - острым респираторным синдромом (SARS-CoV-2) спровоцировала страх заразиться вирусом и изменяющие жизнь последствия – карантин. Ограничение движений в повседневной жизни в свою очередь вызывало переживания беспокойства, стресс, тревога, которые являются нормальными реакциями на воспринимаемые и фактические угрозы. Эти негативные чувства усугубляются, когда человек подвергается невзгоды и неопределенность [2].

.Психическое здоровье - это состояние психического благополучия, при котором люди хорошо справляются со многими жизненными стрессами, могут реализовать свой собственный потенциал, могут работать продуктивно и плодотворно и вносить свой вклад в жизнь своих сообществ.

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 и здоровье во время пандемии. Хорошее психическое здоровье также способствует тому, что люди выполняют ключевые роли в семьях, общинах и обществах, заботятся ли они о детях и пожилых людях или вносят вклад в экономическое восстановление своего сообщества. Хорошее психическое здоровье имеет решающее значение для реагирования каждой страны на COVID-19 и восстановления после нее.

Цель настоящего исследования - изучить распространенность психологических проблем у различных групп населения во время пандемии COVID-19 в России и определить основные факторы, связанные с возникновением психологических проблем.

Результаты и обсуждение. 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 выражены негативными.

Психическое здоровье - одна из самых игнорируемых областей здоровья. Несмотря на воздействие психических состояний на отдельных людей, семьи и общество, в психическое здоровье вкладывается недостаточно инвестиций. Страны тратят в среднем только 2,4 % своих бюджетов здравоохранения на психическое здоровье; средний размер расходов других секторов неизвестен, но принято считать, что он является незначительной частью этого показателя [3].

По оценкам, международная помощь развитию в области психического здоровья составляет менее 1% от 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 о 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.

Многие люди, которые раньше хорошо справлялись с психологическими проблемами, в сложившейся ситуации COVID-19 менее адаптивны из-за множества факторов стресса, вызванных пандемией. Те, у кого ранее было мало переживаний тревоги и дистресса, могут испытать увеличение их количества и интенсивности, а у некоторых развилось состояние психического нездоровья. А у людей, уже имевших ранее было психическое заболевание, может наблюдаться ухудшение психологического состояния и снижение функциональности.

Страдания людей можно понять, учитывая воздействие пандемии на жизнь людей. Во время чрезвычайной ситуации COVID-19 люди опасаются заражения, смерти и потери членов семьи. В то же время огромное количество людей потеряли или рискуют потерять средства к существованию, оказались в социальной изоляции и разлучены с близкими, а в некоторых странах испытали на себе приказы о карантине, осуществленные радикальным образом.

Женщины и дети также стали жертвами домашнего насилия и жестокого обращения. Широко распространенная дезинформация о вирусе и мерах профилактики, а также глубокая неуверенность в будущем являются дополнительными серьезными источниками страданий. Неоднократные

изображения в СМИ тяжелых больных, мертвых тел и гробов усиливают страх. Осознание того, что у людей может не быть возможности попрощаться с умирающими близкими и, возможно, не удастся провести для них похороны, еще больше усугубляет страдания [1].

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 [3].

Нельзя упускать из виду долгосрочное воздействие кризиса на психическое здоровье человека и, в свою очередь, на психическое здоровье социума в целом. 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. Неврологические проявления были отмечены во многих странах у людей с COVID-19 [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.

До пандемии в большинстве сообществ мира, и особенно во многих гуманитарных и конфликтных ситуациях, уже был ограниченный доступ к качественной и доступной психиатрической помощи. Этот доступ в настоящее время еще более ограничен из-за COVID-19, поскольку пандемия нарушила работу служб по всему миру. Ключевыми факторами, влияющими на услуги, являются: 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 психиатрических учреждений, чтобы превратить их в лечебные учреждения для людей с COVID-19.

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 происходит среди жителей учреждений долгосрочного ухода, а уровень смертности колеблется от 14 % до 64% [5]. 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 службы были вынуждены переключиться на дистанционную психиатрическую помощь. Повышенное внимание уделяется цифровой самопомощи и цифровой психиатрической помощи, оказанию медицинских услуг и программы для родителей (включая использование более простых технологий, таких как телефон и SMS). Такие подходы могут быть эффективными и масштабируемыми, хотя их ограничение заключается в том, что многие, в том числе и пожилые люди имеют гораздо меньший доступ к Интернету или телекоммуникациям, и такие подходы не являются ответом на

все потребности психического здоровья. По-прежнему важны другие методы лечения.

Службам психического здоровья пришлось найти 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% [2]. 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 на дому, мог получить доступ к электронным историям болезни при сохранении конфиденциальности.

В период пандемии критически пострадала и психосоциальная поддержка, оказываемая на уровне сообщества.

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, кто в этом нуждается.

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 дополнительных обязанностей 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 [3]. Опубликован аналитический отчет ООН, в котором конкретно рассматривается

влияние COVID-19 на женщин и меры, которые необходимо принять сейчас для устранения этого воздействия.

Последствия пандемии уже имеют и будут в дальнейшем иметь серьезные последствия для психического здоровья. 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 наиболее интенсивную угрозу или 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.

Литература/ References:

1. Селедцов, А. М., Акименко, Г. В., Кирина, Ю. Ю. Проблемы психического здоровья в условиях пандемии // Дневник науки. 2020. № 8.
2. Фишхофф, Б. Психология коронавирусной тревоги. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.apa.org/research/action/speaking-of-psychology/coronavirus-anxiety>. (дата обращения 17.09.2023).
3. Liu S., Yang L., Zhang C., Xiang Y., Liu Z., Hu S., Zhang B. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiat.* 2020;7(4):e17–e18. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30077-8.
4. 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.

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

6. Moccia L., Janiri D., Pepe M., Dattoli L., Molinaro M., Martin V. D., Zel D., Janiri L., Fiorillo A., Sani G., Nicola M. D. Affective temperament, attachment style, and psychological impact of the COVID-19 outbreak: an early report on the General population of Italy. Brain.

7. 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.

8. 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.

9. 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.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ. ВЛИЯНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Селина Е. И, Фарходова С. Ш.

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Аннотация. Психологический портретом принято называть комплексную характеристику психологической составляющей человека, содержащей полное описание его внутреннего склада и определённых возможных действий при

разных обстоятельствах. Оно включает в себя не только темперамент, особенности мышления, восприятие, самооценку, но и способы адаптации человека и присущие ему защитные механизмы, используемые в критических ситуациях. Однако необходимо ли нам знать это при работе с пациентами, страдающими сердечно-сосудистыми патологиями? Отвечая на этот вопрос, следует вспомнить о том какую важную роль играет духовная составляющая в жизни человека, оказывая особое влияние на течение и исход заболевания.

Ключевые слова: психология, психологический портрет, ишемическая болезнь сердца (ИБС), инфаркт миокарда, артериальная гипертензия, гипертоническая болезнь (ГБ), кардиологические заболевания.

PSYCHOLOGICAL PORTRAIT OF CARDIAC PATIENTS. THE INFLUENCE OF THE PATHOLOGICAL PROCESS

Selina E. I, Farkhodova S. Sh.

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. A psychological portrait is usually called a complex characteristic of the psychological component of a person, containing a complete description of his inner warehouse and certain possible actions under different circumstances. It includes not only temperament, peculiarities of thinking, perception, self-esteem, but also ways of adapting a person and his inherent protective mechanisms used in critical situations. However, do we need to know this when working with patients suffering from cardiovascular pathologies? Answering this question, one should remember what an important role the spiritual component plays in a person's life, exerting a special influence on the course and outcome of the disease.

Keywords: psychology, psychological profile, coronary heart disease (CHD), myocardial infarction, arterial hypertension, hypertension (GB), cardiological diseases.

Введение. Каждый человек обладает рядом способностей, умений и качеств, которые помогают ему активно адаптироваться в этой жизни, достигать поставленных целей и преодолевать «препятствия». Однако, несмотря на большие перспективы, именно психологическая составляющая людей играет решающую роль в их будущем. Как же понять то, какими именно психологическими чертами обладает человек? Так был создан «психологический портрет» личности, раскрывающий внутреннюю составляющую людей и показывающий степень адаптированности человека. Говоря о психологическом состоянии пациентов, вспоминается умозаключение великого персидского ученого Абу Али Хусейн ибн Сина, который считал, что только здоровый дух может гарантировать здоровье. То есть, нужно одновременно с проведением терапевтических мероприятий позаботиться об эмоциональном составляющем человека. Ведь не зря человека также сравнивают с некоторой механизированной системой, так как люди тоже способны включить некий режим самоуничтожения. В данном случае, медицинский персонал как деятели науки могут облегчить и подсказать, как пережить испытания естественного отбора.

Объекты и методы исследования. Изучение состава пациентов одного из кардиологических отделений больницы города Кемерово. Проведено наблюдение за пациентами, а также их опрос по внутреннему состоянию, течению болезни и динамике лечения. Отделение насчитывало 25 пациентов в возрасте от 40 до 85 лет, страдающих преимущественно ишемической, гипертонической болезнью сердца, а также последствиями после перенесённого инфаркта миокарда.

Использование научной литературы и Интернет-ресурсов, обзор современных литературных данных, посвящённых изучению психологической составляющей пациентов, имеющих патологии сердечно-сосудистой системы.

Результаты и их обсуждение. В одном из кардиологических отделений Кемеровской больницы на 28.09.2023 год находилось 25 пациентов с различными патологиями сердечно-сосудистой системы. Среди них наиболее распространёнными являлись ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь и последствия после перенесённого инфаркта миокарда. На основании этих данных проведено наблюдение за пациентами в процессе их лечения в стационаре. Больные были разделены на 3 группы, различные по типу патологического процесса, особенностям его течения и характеру лечения.

Пациенты 1 группы (9 человек) были госпитализированы по причине активно прогрессирующей ишемической болезни сердца. Наблюдая за состоянием пациентов была выявлена следующая статистика:

- Около 70% пациентов (6 человек) в процессе систематического лечения имели положительную динамику – стали самостоятельно передвигаться по отделению, активно питаться блюдами больничной кухни. Тем самым улучшилось состояние других систем органов (дыхательной, мочевыделительной, пищеварительной, эндокринной систем), цвет кожных покровов с бледно-цианотичного стал телесным. В соответствии с этими изменениями в состоянии здоровья, внешний вид больных стал более опрятным, аккуратным. Пациенты, ощущая положительную динамику лечения, стали ухаживать за собой: более тщательно умываться, применять косметические и гигиенические средства ухода, чаще менять одежду, некоторые пациенты стали делать по утрам зарядку. Кроме того, у большинства появилось желание самостоятельно проводить уборку своего спального места в палате и соблюдать аккуратность с инвентарём отделения.
- Остальные 30% (3 человека) были госпитализированы в стационар в более тяжёлом состоянии и, даже в процессе активной терапии, не наблюдали положительной динамики в лечении. В результате, начали проявляться осложнения на другие системы органов: появились отёки

нижних конечностей, быстро развивающаяся одышка, появился сухой кашель. Активно прогрессировал синдром дизурии, что приводило к более выраженному дискомфорту в передвижении и уходе за собой. Такие пациенты были истощены и измучены болезнью. Они редко вставали с больничной кровати, практически не передвигались по отделению в следствие тяжёлого болевого синдрома из-за отёков нижних конечностей и болей в области сердца. Кроме того, на этих пациентов оказывало психологическое давление улучшение состояния других больных, что только подавляло надежду на лечение [2, с. 110-112]. Мотивация таких пациентов быстро угасала вплоть до их экстренного перевода в отделение анестезиологии и реанимации в крайне тяжёлом состоянии.

Пациенты 2 группы (10 человек) страдали гипертонической болезнью и имели высокий риск развития осложнений. Среднее артериальное давление больных при ежедневном контроле составляло 170/110 мм.рт.ст. Среди этих пациентов:

- 80% пациентов (8 человек) обратились за помощью на 1 стадии развития гипертонической болезни. Больные были вялыми, бледными, часто жаловались на чувство тошноты и головные боли. Врачи, при разговоре с ними, часто не получали должных ответов на свои вопросы. Пациенты говорили не внятно, часто молчали. Выраженная гиподинамия и отсутствие аппетита, ещё в большей степени осложняли течение болезни и эффективность лечения. После назначения терапии, они стали получать антигипертензивные препараты для профилактики, купирования неосложнённого гипертонического криза. Кроме того, особое внимание было направлено на специально разработанную консервативную терапию (диета, умеренные физические нагрузки, отказ от курения и алкогольной продукции). Спустя 1-2 недели пребывания на стационарном лечении, пациенты стали более активными, перестали жаловаться на чувство дискомфорта в брюшной

полости и в области сердца. Кожа обрела телесный цвет. Больные стали чаще вставать с кровати, выходить из палаты и даже поддерживать порядок в отделении. Появилась активность в беседе с медицинским персоналом, большое желание поделиться новой для себя информацией. Позже некоторые пациенты начали заниматься лечебной физической культурой и получать от этого удовольствие [3, с. 15-22].

- 20% пациентов (2 человека) были госпитализированы в стационар со 2-3 степенью гипертонии, что осложнило назначение терапии и ведение пациента. Больные были бледные, страдали от сильных головных болей, шумов в ушах, тахикардии и снижения зрения. Развились осложнения: ишемическая болезнь сердца, ишемический / геморрагический инсульт, патологии органов зрения. После первой недели лечения, у пациентов появились отёки в области нижних конечностей, частая потеря сознания, тяжёлая степень одышки и чувство удушья.

Пациенты 3 группы (6 человек) имели последствия после перенесённого инфаркта миокарда. У больных наблюдалась диастолическая дисфункция левого желудочка с развитием в дальнейшем хронической сердечной недостаточности. Пациенты были слегка бледноваты, имели не выраженный акроцианоз, медленно, но самостоятельно передвигались по палате и коридору отделения. Однако к концу дня у них наблюдалась пастозность голеней. Часто возникающие перебои в работе сердца, боль и небольшая одышка беспокоили больных. Но, со слов пациентов, эти проявления не доставляли им серьёзного дискомфорта, они делали всё, как и в обычной жизни, но темп был немного ниже. Больные постепенно принимали сложившиеся обстоятельства и адаптировались жить по-новому.

Заключение. Психологический портрет пациентов с кардиологическими патологиями складывается из многих факторов. Это, прежде всего, самочувствие самого больного, ощущение им динамики лечения и течения

болезни. Если пациент не видит положительных результатов от терапии, ощущая только ухудшение своего состояния, он теряет смысл в продолжении «борьбы» с заболеванием. Так же немаловажную роль в психологическом портрете пациента играет влияние окружения: врачи, которые словами и действиями должны поддерживать мотивацию и стимул пациента к жизни; больные, которые оказывают непосредственное влияние на психологическую сторону друг друга [4, с. 21-22].

Литература / References:

1. Некрасов, С. Д. Как составить психологический портрет человека: учебно-методическое пособие / Краснодар: Кубанский гос. ун-т, 2016. 67с.
2. Литке, С. Г. Общая психология: учебное пособие / С. Г. Литке. – Челябинск, 2013. 188 с.
3. Казакова, Е. В., Корехова, М. В., Леус, Э. В.; Сев. (Арктич.) федер. ун-т им. М.В. Ломоносова. Архангельск: Издательство «РАО», 2018. 237 с.
4. Мороз, Т. Г, Щегольков, Д.А, Кисляков, Н.И., Топчий, В.В. Основы общей психологии. [Электронный ресурс]: учебное пособие (курс лекций) – Эл. изд. 2023.

ПОСТПАНДЕМИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО

Титиевский С. В., Гашкова Л. А., Побережная Н. В., Черепков В. Н.

*Кафедра психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии
с лабораторией психического здоровья*

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

Аннотация. В данной статье постпандемическое стрессовое расстройство рассматривается в качестве комплексного состояния, возникшего в результате воздействия групп факторов как соответствующего, так и не соответствующего диагностике посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) характера. Проявляется данное расстройство как «подпороговой» с точки зрения

диагностики ПТСР симптоматикой, включая симптомы посттравматического стресса, так и отчетливыми клиническими признаками ПТСР. Выявленные в процессе данного исследования защитные факторы позволяют обосновать систему мероприятий по оказанию помощи лицам, чье психическое здоровье пострадало от COVID-19.

Ключевые слова: постпандемическое стрессовое расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство, травматический стресс, пандемия, коронавирусная болезнь 2019 года (COVID-19).

POST-PANDEMIC STRESS DISORDER

Titievsky S. V., Gashkova L. A., Poberezhnaya N. V., Cherepkov V. N.

*Department of Psychiatry, Medical Psychology, Psychosomatics and
Psychotherapy with Mental Health Laboratory*

M. Gorky Donetsk State Medical University, Russia, DPR, Donetsk

Abstract. This article examines post-pandemic stress disorder as a complex condition resulting from exposure to groups of factors both consistent and inconsistent with the diagnosis of post-traumatic stress disorder (PTSD). This disorder manifests itself as both “subthreshold” symptoms from the point of view of diagnosing PTSD, including symptoms of post-traumatic stress, and clear clinical signs of PTSD. The protective factors identified during this study make it possible to substantiate a system of measures to provide assistance for persons whose mental health has been affected by COVID-19.

Keywords: post-pandemic stress disorder, post-traumatic stress disorder, traumatic stress, pandemic, coronavirus disease 2019 (COVID-19).

Введение. Пандемия вызвала множество эмоциональных, физических и экономических проблем, разрешению которых в разгар данного кризиса способствовало то, что различные государства поделились друг с другом опытом и извлекли из него уроки [1]. За 12 000 лет истории человечества

пандемии унесли жизни от 300 до 500 миллионов человек, а бубонная чума уничтожила около 60% населения Европы в средние века. Несмотря на современные достижения медицины, коронавирусная болезнь 2019 года (COVID-19) стала причиной более 1 миллиона зарегистрированных смертей менее чем за год. Кроме того, пандемия вызвала серьезные эмоциональные, физические и экономические проблемы во всем мире. Обобщение полученного всемирного опыта предоставляет возможность выделения различных групп, пострадавших от COVID-19, а также определения защитных факторов и предлагаемых мер для помощи нуждающимся в ней.

Объект исследования – данные литературы, посвященные стрессогенному влиянию пандемии; **методом исследования** явился анализ данных литературных источников.

Результаты и их обсуждение. В современной литературе оцениваются влияние различных травматических стрессоров, связанных с COVID-19, а также последствия менее тяжелых типов стрессовых воздействий. Коронавирус привел к возникновению различных проблем с психическим здоровьем, включая тревогу, депрессию, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) и другую патологию, связанную с травмами и стрессом.

Различные группы соответствовали согласно DSM-5 квалификационным критериям ПТСР как результата пандемии: тех, кто сам страдал от тяжести COVID-19 и возможности смерти; лиц, которые в качестве членов семьи и медицинских работников стали свидетелями страданий и смерти других; лиц, узнавших о смерти или риске смерти члена семьи или друга из-за вируса; людей, которые подверглись интенсивному воздействию негативных подробностей (например, журналистов, сотрудников служб экстренного реагирования, судмедэкспертов и персонала больниц).

Кроме того, исследования выявили другие факторы стресса, усугубляющие эмоциональное бремя людей, такие как социальная изоляция,

безработица и экономические потери, а также работа на дому, уход за детьми и другими членами семьи. Проблемы медицинских работников в данной связи включают отсутствие средств индивидуальной защиты (СИЗ), страх заражения вирусом, эмоциональное выгорание, гибель пациентов, несмотря на героические усилия по их спасению, а также трудные решения, связанные с выбором пациентов, которые должны получать лимитированные ресурсы. В нескольких исследованиях изучались симптомы посттравматического стресса (СПС), а также тревога, депрессия, другие симптомы и употребление психоактивных веществ в общей популяции во время пандемии [1].

В отношении наиболее подверженных *травматическому стрессу* лиц существуют следующие данные. Большая часть текущих исследований проводится в Китае, первой стране, столкнувшейся с пандемией. Исследование медсестер, подвергшихся воздействию COVID-19, показало, что частота ПТСР составляет 16,8%, при этом самые высокие показатели относятся к симптомам избегания [2]. Удовлетворенность работой была связана с более низкими показателями симптомов ПТСР и позитивным преодолением трудностей. Авторы рекомендовали оказывать путем консультирования поддержку медсестрам, которым трудно справляться со своей работой.

Сетевое перекрестное исследование более чем 7000 жителей Китая, проведенное в феврале 2020 года, показало, что у работников здравоохранения самый высокий уровень плохого сна, а у людей в возрасте 35 лет и младше – больше аффективных симптомов и тревоги [3]. В целом, 35,1% респондентов сообщили о симптомах тревоги, 20,0% – о симптомах депрессии и 18,2% – о плохом качестве сна.

В других международных исследованиях изучалась реакция на стресс у медицинских работников, которые лечат пациентов с COVID-19. Исследование, охватившее 900 медицинских работников, ухаживающих за госпитализированными пациентами с COVID-19 в Сингапуре и Индии, выявило

относительно низкий уровень симптомов тревоги (15,7%), депрессии (10,6%) и стресса (5,2%) [4]. Однако более чем у половины медицинских работников, сообщивших об этих проблемах, степень выраженности симптоматики варьировала от умеренной до крайне тяжелой. Кроме того, 67% респондентов сообщили о физических проявлениях, особенно головной боли, вялости на фоне тревоги и бессонницы, что указывает на соматические проявления дистресса. В Великобритании военно-медицинские работники были оценены с точки зрения влияния неадекватного защитного оборудования на их психическое здоровье во время оказания медицинской помощи в связи с COVID-19. Те, у кого не было необходимого оборудования, имели больше шансов продемонстрировать распространенные психические расстройства (2,49), ПТСР (2,99), более плохое общее состояние здоровья (2,09) и эмоциональные проблемы (1,69) [5].

В нашем исследовании [6], с учетом того, что по мере роста числа пациентов с COVID-19 всё тщательнее анализируются полученные данные, в стремлении лучше понять вирус и то, с ним связанное, что мы можем ожидать в ближайшие месяцы и годы, изучалась интеллектуальная сфера врачей, перенесших коронавирусную инфекцию (средней степени тяжести), в рамках её субъективной оценки. Были опрошены 24 врача различных специальностей, перенесших COVID-19. Респондентами заполнялись специально разработанные анкеты экспресс-самооценки интеллектуальной деятельности.

Наиболее частыми жалобами являлись снижение концентрации внимания (100% обследованных), снижение продуктивности (100%), ухудшение освоения нового материала (96%), ухудшение аналитических процессов (92%). К числу наиболее редких жалоб относились трудности при выполнении рутинных заданий, «привычных» заданий и ухудшение общего восприятия визуального материала.

Длительность проявлений нарушения интеллектуальной деятельности после перенесенной коронавирусной инфекции субъективно оценивалась следующим образом: 1 месяц – 100%, 2 месяца – 100%, 3 месяца – 92 %, 4 месяца – 79%, 5 месяцев – 58%, 6 месяцев – 33%, более 6 месяцев – 17% опрошенных. Таким образом, у трети перенесших COVID-19 врачей после выздоровления в течение полугода сохранялись когнитивные нарушения, а у значимой части эти проявления сохранялись и в дальнейшем.

Исследованная нами способность к выполнению 2-х и более задач одновременно, как один из значимых в вышеуказанном смысле показателей, восстанавливалась достаточно медленно: через 1 месяц после реконвалесценции она отсутствовала во всех случаях, через 2 месяца – выявлена у 4% обследованных, через 3 месяца – у 8 %, через 4 месяца – у 21%, через 5 месяцев – у 54%, через 6 месяцев – у 79%, более чем через 6 месяцев – у 88% врачей. Очевидно, что лишь пятая часть респондентов обнаруживала данную способность через 4 месяца после заболевания, а в существенном количестве случаев это свойство не проявлялось и в течение более длительного срока.

В качестве показателя для самооценки способности выполнения конкретного вида интеллектуальной деятельности была избрана подготовка доклада для конференции. С данной задачей через 1 месяц после выздоровления не справлялся никто из обследованных. Через 2 месяца это было по силам 4% из их числа, через 3 месяца – 13%, через 4 месяца – 17%, через 5 месяцев – 21%, через 6 месяцев – 21%. Через более чем 6 месяцев – лишь 46%. Приведенные данные ещё более красноречиво свидетельствуют о длительном и часто неполном восстановлении когнитивных функций у врачей, перенесших COVID-19.

Указанная ментальная дефицитарность выступала в роли психогенного фактора. Это подтверждается тем, что эмоциональное реагирование врачей на

снижение интеллектуальной деятельности было следующим: спокойным через 1 месяц после перенесенной инфекции – лишь у 13% обследованных, через более чем 6 месяцев – у 71%; слегка тревожным через 1 месяц – у 38%, через более чем 6 месяцев – у 13%; тревожным через 1 месяц – у 33%, через более чем 6 месяцев – у 13%; выраженно тревожным через 1 месяц – у 13%, через более чем 6 месяцев – у 4%. Через 1 месяц после перенесенного заболевания большинство обследованных испытывали связанную с возникшими когнитивными нарушениями тревогу, а у почти трети она сохранялась более 6 месяцев.

Можно констатировать у врачей, входивших в изучавшуюся нами группу, наличие нарушений интеллектуальной деятельности различного характера, степени выраженности и длительности после перенесенной коронавирусной инфекции. Указанные проявления являлись для данных реконвалесцентов фактором отчетливо психогенного характера.

Результаты нашего исследования дают основание для пролонгированного изучения нарушений психической деятельности у врачей в качестве лиц, перенесших COVID-19, с целью разработки им как специалистам, несущим на себе бремя оказания помощи при данной инфекции, особого комплекса лечебно-коррекционных и реабилитационных мероприятий.

Далее следует отметить, что опубликовано несколько исследований проблем психического здоровья пациентов, госпитализированных с COVID-19. Изучение госпитализированных, но находящихся в стабильном состоянии пациентов выявило высокую распространенность СПС (96,2%) [7].

Обзор карт 841 госпитализированного с COVID-19 больного в Испании показал, что более половины пациентов имели неврологические симптомы. В их число вошли: неспецифические неврологические симптомы, а также нарушения сознания (19,6%), преимущественно у лиц пожилого возраста и при тяжелом течении COVID-19; миопатия (3,1%); вегетативная дисфункция

(дисавтономия) (2,5%); другие, менее частые симптомы [8]. У 19,9% этих пациентов отмечались нервно-психические симптомы, которые включали в себя бессонницу, тревогу, депрессию и психоз; они не были связаны с тяжестью заболевания [8].

В некоторых исследованиях дается заключение, связанное с другими опасными респираторными вирусами. Метаанализ долгосрочных клинических исходов у находившихся в отделениях интенсивной терапии (ОИТ) взрослых, переживших тяжелый острый респираторный синдром (SARS) и ближневосточный респираторный синдром (MERS), через 6 месяцев после выписки выявил наличие ПТСР у 39% из них, депрессии – у 33% и тревоги – у 30% и, кроме того, – снижение функции легких и способности к физической нагрузке [9]. Итальянские эксперты пришли к выводу, что мы можем ожидать аналогичных результатов у людей, переживших COVID-19 [10].

У пациентов отделений интенсивной терапии, перенесших COVID-19, может возникнуть острый респираторный дистресс-синдром (ARDS) с ожидаемой выживаемостью, равной приблизительно 25%. У людей, выживших после ARDS, возможно возникновение стойкой усталости и плохой переносимости физической нагрузки, боли и слабости, неврологических и психологических последствий длительного пребывания в отделении интенсивной терапии, как и у пациентов с MERS и SARS. К стрессовым факторам относились обездвиженность, разлука с семьей и друзьями, длительная седация, тревога по поводу состояния здоровья и выживания, а также последующая потеря работы. Авторами данного исследования подчеркнута необходимость выявления ПТСР (которым страдает до 30% пациентов, переживших ARDS) и других связанных с психическим здоровьем проблем, а также обеспечения соответствующей и своевременной мультидисциплинарной терапии, которая должна продолжаться после выписки [10].

В обзоре исследований, связывающих паническое расстройство с перенесенным SARS, предполагается, что обострение панических атак весьма вероятно после COVID-19 на фоне выраженных респираторных симптомов, поскольку паника может быть вызвана страхом, обуславливающим аномальные проблемы с дыханием [11]. Авторы обзора призывают внимательно следить за проявлениями данных больных панических состояний, а также обсессивно-компульсивного расстройства, ПТСР и генерализованного тревожного расстройства.

В ряде публикаций оценивается воздействие связанного с COVID-19 нетравматического стресса. Некоторые специалисты в области психического здоровья полагают, что население в целом может страдать от различных уровней косвенной травматизации, хотя, строго говоря, это не соответствует относящемуся к воздействию травмы критерию А диагностики ПТСР [1]. В частности, в августе 2020 года опубликованы результаты крупного интернет-опроса в США более 5000 взрослых [12], из которых 40,9% подтвердили наличие как минимум одной относящейся к психическому или поведенческому здоровью проблемы, связанной с пандемией. О симптомах расстройств, связанных с травмой и стрессором, сообщили 26,3%, симптомах тревоги или депрессии – 30,9%, употреблении психоактивных веществ с целью справиться с ситуацией – 13,3%, серьезных размышлениях о самоубийстве в последнее время – 10,7%. Суицидальные мысли были значимо более распространены среди молодых респондентов в возрасте от 18 до 24 лет (25,5%), в группах меньшинств (латиноамериканцев – 18,6%; афроамериканцев – 15,1%), лиц, осуществляющих бесплатный уход за взрослыми (30,7%), и рабочих основных специальностей (21,7%). Авторы опроса подчеркнули необходимость выявления лиц из группы риска с целью разработки политики по устранению неравенства в отношении вопросов здоровья, а также увеличения ресурсов для

выявления проблем с психическим здоровьем и предложения новых вариантов лечения, включая лечение с помощью телемедицины [12].

В исследовании молодежи, находящейся на домашнем карантине в течение первого месяца вспышки COVID-19 в Китае, у 12,8% уровень СПС соответствовал ПТСР, при этом, СПС и дистресс ассоциировались с негативным копинг-стилем [13]. Ожидалось, что уровень симптомов со временем будет увеличиваться по мере того, как карантин продолжится. Это важно, поскольку для правильного диагноза ПТСР необходимо, чтобы симптомы сохранялись более месяца.

В другом онлайн-опросе, проведенном в начале вспышки в Ухани, исследователи рассматривали симптомы тревоги и депрессии (а не конкретные СПС) в связи с воздействием в социальных сетях (SME) новостей о COVID-19. Исследование, в котором приняли участие около 5000 взрослых жителей Китая, показало, что высокий уровень SME положительно связан с более высокой вероятностью тревоги и сочетания депрессии и тревоги по сравнению с низким уровнем SME [14].

Лонгитюдное изучение общей популяции в Китае во время первоначальной вспышки и повторно через 4 недели показало, что средние показатели воздействия событий превышали их пороговые значения для симптомов ПТСР на обоих этапах исследования, при уровнях стресса, тревоги и депрессии в пределах от умеренного до тяжелого [15].

Результаты перекрестного онлайн-опроса в Италии зафиксировали относительно высокий процент (29,5%) СПС, связанного с пандемией, что позволяет предположить, что пандемию можно считать травмирующим событием [16]. Подобным же образом онлайн-опрос почти 3500 человек в Испании выявил у них симптомы ПТСР (15,8%), депрессии (18,7%) и тревоги (21,6%), причём самым сильным предиктором данных симптомов являлось одиночество [17]. Другими факторами, связанными с данными проблемами,

являлись женский пол, предшествующие психические или неврологические заболевания, физические симптомы, сходные с проявлениями COVID-19, либо наличие инфицированного близкого родственника.

Жители домов престарелых оказались особенно уязвимыми с точки зрения последствий для их здоровья. В начале пандемии COVID-19 во многих таких учреждениях была принята строгая политика изоляции. Однако социальная изоляция особенно вредна для пожилых людей, у которых может быть повышен риск возникновения депрессии, тревоги, утяжеления деменции и даже более ранней смерти [18]. Учитывая эти проблемы, американские Центры предоставления услуг по программам Medicare и Medicaid (CMS) рекомендовали безопасные общественные мероприятия для закрытых в период локдауна домов престарелых.

В Канаде изучался пренатальный материнский дистресс до и во время пандемии COVID-19 [19]. Женщины, обследованные во время пандемии, имели более высокий уровень депрессии и тревоги, причем эти уровни с большей вероятностью являлись клинически значимыми по сравнению с женщинами, обследованными до COVID-19. Во время пандемии диссоциативные симптомы и симптомы ПТСР усилились, что подчеркивает необходимость тщательного обследования беременных женщин для предотвращения связанных со стрессом негативных последствий у матерей и младенцев.

Возможно, и неудивительно, что, по сравнению с контрольной группой, у пациентов психиатрических стационаров в Китае наблюдалось больше симптомов ПТСР, тревоги и депрессии, гнева, импульсивности и беспокойства о здоровье; у данных больных также возникали интенсивные суицидальные идеи [20]. Госпитализированные психиатрические пациенты и лица, осуществляющие уход за ними, подвергаются высокому риску заражения COVID-19, что усугубляет их существующий стресс. Это отмечено в начале февраля 2020 года в Ухани, когда вирус был диагностирован как минимум у 50

стационарных пациентов с психическими расстройствами и у 30 специалистов в области психического здоровья. К факторам риска относились отсутствие защитного снаряжения и трудности с изоляцией [21]. Амбулаторные пациенты с психическими расстройствами также уязвимы к эмоциональному стрессу во время пандемии. Онлайн-опрос более 2000 амбулаторных пациентов в Китае показал, что у 20,9% больных с ранее существовавшими психическими расстройствами во время пандемии симптомы утяжелялись [22].

На основании репрезентативных международных исследований были выделены различные группы пострадавших от COVID-19, а также защитные факторы как обоснование предлагаемых мероприятий для оказания помощи нуждающимся [1]:

I. Защитные факторы

Социальная поддержка

Финансовая стабильность/занятость

Ресурсы здравоохранения

Безопасное рабочее место

Оздоровительные программы

Надёжные средства индивидуальной защиты

Поощрение многообразия

Своевременное тестирование на COVID-19

II. Стрессоры

1. Травматические стрессоры

Тяжелое заболевание

Госпитализация

Присутствие при смерти

Смерть близкого человека

Чрезвычайное воздействие факторов COVID-19

2. Общие стрессоры

Воздействие COVID-19/карантин

Социальная изоляция

Потеря работы/дохода

Работа на дому с детьми

Работа сиделкой

Принятие трудных медицинских решений

Неадекватные средства индивидуальной защиты

В связи с вышеуказанным актуальным является вопрос о помощи людям, чье психическое здоровье пострадало от COVID-19. Чтобы поддержать медицинских работников, находящихся на передовой во время пандемии, эксперты советуют бороться с выгоранием, поскольку длительные проблемы могут наслаиваться друг на друга и приводить к возникновению острого стрессового расстройства и ПТСР [23].

Предложения варьируют от практических мер (таких как обеспечение адекватных СИЗ, мытьё рук и обеззараживание поверхностей) до разработки кадровой политики, обеспечивающей как перевод из мест повышенного риска подверженных ему медицинских работников, так и безопасность членов их семей, а также подчёркивающей важность самопомощи [24]. Также рекомендуется предоставить медицинским работникам доступ к услугам по уходу за детьми в период удлинения рабочего дня и закрытия школ. Работников следует обеспечить достаточным отдыхом и перерывами, освободить от менее важных задач и регулярно проводить встречи с менеджерами и общественностью для получения информации и обратной связи. Во многих регионах в больницах имеются группы телефонной горячей линии, подготовленные оказывать психологическую помощь. Профессиональные организации предлагают врачам оздоровительные программы с проведением бесплатных конфиденциальных сеансов, чтобы помочь справиться с

выгоранием, проблемами адаптации, вопросами семейного характера и другими связанными с психическим здоровьем факторами.

Растущее число людей, серьезно больных COVID-19, необходимо обследовать на наличие физических симптомов хронической боли [10], а также скорректировать им физио- и фармакотерапию, чтобы избежать опиоидной зависимости. Выжившим после ARDS должны проводиться научно обоснованное медикаментозное лечение, когнитивно-поведенческая и другие виды психотерапии при наличии ПТСР, панических, депрессивных и других психических расстройств.

Для преодоления изоляции жителей домов престарелых в период локдауна, CMS рекомендует проведение безопасных общественных мероприятий, таких как книжные клубы, просмотр фильмов, игра бинго и свидания с семьей на свежем воздухе (например, на лужайках или парковках) с соблюдением социального дистанцирования и использованием СИЗ. В некоторых домах престарелых есть живая музыка, парады, зоотерапия, видеозаписи и фотографии близких людей, возможность физического контакта с близкими через пластиковые защитные барьеры, а также сеансы физиотерапии и трудотерапии, проводимые на открытом воздухе [18].

Населению, испытывающему стресс во время пандемии COVID-19, может помочь первая психологическая помощь, оказываемая обученным общественным персоналом [3]. Для лиц, переживающих последствия воздействия индивидуальных стрессоров, эксперты рекомендуют более широкое использование телемедицины с целью выявления и лечения психических заболеваний, включая депрессию, ПТСР и другие связанные с травмой расстройства, наркологическую патологию и суицидальные идеации. Группы самопомощи, программы «12 шагов», духовные и религиозные службы, группы по интересам и группы работающих на дому сотрудников всё чаще используют интерактивные интернет-платформы. И для общества крайне

важно предоставлять гражданам помощь в трудоустройстве, жилье, питании, медицинском обслуживании, образовании, подключении к Интернету и удовлетворении многих других основных потребностей выживания [1].

Заключение. Постпандемическое стрессовое расстройство может быть определено как комплексное состояние, возникшее в результате воздействия групп факторов как соответствующего, так и не соответствующего диагностике ПТСР характера. Проявляется данное расстройство как «подпороговой» с точки зрения диагностики ПТСР симптоматикой, включая симптомы посттравматического стресса, так и отчетливыми клиническими признаками ПТСР. Выявленные в процессе данного исследования защитные факторы позволяют обосновать систему мероприятий по оказанию помощи лицам, чье психическое здоровье пострадало от COVID-19.

Литература / References:

1. Tucker P., Czapla C.S. Post-COVID Stress Disorder: Another Emerging Consequence of the Global Pandemic. *Psychiatric Times*. 2021; 38 (1): 1, 9-11.
2. Wang Y.X., Guo H.T., Du X.W. et al. Factors associated with post-traumatic stress disorder of nurses exposed to corona virus disease 2019 in China. *Medicine (Baltimore)*. 2020; 99 (26): e20965.
3. Huang Y., Zhao N. Mental health burden for the public affected by the COVID-19 outbreak in China: Who will be the high-risk group? *Psychol. Health Med*. 2021; 26 (1): 23-24.
4. Chew N.W.S., Lee G.K.H., Tan B.Y.Q. et al. A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain Behav. Immun*. 2020; 88: 559-565.
5. Simms A., Fear N.T., Greenberg N. The impact of having inadequate safety equipment on mental health. *Occupational Medicine*. 2020; 70 (4): 278-281.

6. Гашкова, Л. А. Самооценка интеллектуальной деятельности врачей после перенесенной инфекции COVID-19. Новая парадигма междисциплинарного взаимодействия в условиях пандемии COVID-19: вызовы и решения. Донецк, 29 октября 2021 года. URL: https://dnmu.ru/wp-content/uploads/2021/10/konf_291021_sek3_6.pdf (дата обращения 23.09.2023).

7. Bo H.X., Li W., Yang Y. et al. Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychol. Med.* 2020; 27: 1-2.

8. Romero-Sánchez C.M., Díaz-Maroto I., Fernández-Díaz E. et al. Neurologic manifestations in hospitalized patients with COVID-19: The ALBACOVID registry. *Neurology.* 2020; 95 (8): e1060-e1070.

9. Ahmed H., Patel K., Greenwood D.C. et al. Long-term clinical outcomes in survivors of severe acute respiratory syndrome and Middle East respiratory syndrome coronavirus outbreaks after hospitalization or ICU admission: A systematic review and meta-analysis. *J. Rehabil. Med.* 2020; 52 (5): jrm00053.

10. Vittori A., Lerman J., Cascella M. et al. COVID-19 Pandemic acute respiratory distress syndrome survivors: pain after the storm? *Anesth. Analg.* 2020 Jul; 131 (1): 117-119.

11. Javelot H., Weiner L. Panique et pandémie: revue de la littérature sur les liens entre le trouble panique et l'épidémie à SARS-CoV-2. *Encephale.* 2020; 46 (3S): S93-S98.

12. Czeisler M.É., Lane R.I., Petrosky E. et al. Mental Health, Substance Use, and Suicidal Ideation During the COVID-19 Pandemic – United States, June 24-30, 2020. *MMWR Morb. Mortal Wkly Rep.* 2020; 69: 1049-1057.

13. Liang L., Gao T., Ren H. et al. Post-traumatic stress disorder and psychological distress in Chinese youths following the COVID-19 emergency. *J. Health Psychol.* 2020; 25 (9): 1164-1175.

14. Gao J., Zheng P., Jia Y. et al. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLoS One*. 2020; 15 (4): e0231924.
15. Wang C., Pan R., Wan X. et al. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain Behav. Immun.* 2020; 87: 40-48.
16. Forte G., Favieri F., Tambelli R., Casagrande M. COVID-19 Pandemic in the Italian Population: Validation of a Post-Traumatic Stress Disorder Questionnaire and Prevalence of PTSD Symptomatology. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020; 17 (11): 4151.
17. González-Sanguino C., Ausín B., Castellanos M.Á. et al. Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain Behav. Immun.* 2020; 87: 172-176..
18. Abbasi J. Social isolation – the other COVID-19 threat in nursing homes. *JAMA*. 2020; 324 (7): 619-620.
19. Berthelot N., Lemieux R., Garon-Bissonnette J. et al. Uptrend in distress and psychiatric symptomatology in pregnant women during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Acta Obstet. Gynecol. Scand*. 2020; 99: 848-855.
20. Hao F., Tan W., Jiang L. et al. Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain Behav. Immun.* 2020; 87: 100-106.
21. Xiang Y.T., Zhao Y.J., Liu Z.H. et al. The COVID-19 outbreak and psychiatric hospitals in China: managing challenges through mental health service reform. *Int. J. Biol. Sci.* 2020; 16 (10): 1741-1744.

СОСТОЯНИЕ НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ У СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА В УСЛОВИЯХ МНОГОМЕРНОГО СТРЕССА

Токарева О. Г., Ряполова Т. Л., Бойченко А. А.

*Кафедра психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и
психотерапии с лабораторией психического здоровья
ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет
имени М. Горького» Минздрава России, Россия, ДНР, г. Донецк*

Аннотация. В данной статье проводится оценка состояния неопределенности у студентов первого курса медицинского университета в условиях многомерного стресса для разработки специализированных программ, повышающих адаптацию обучающихся к учебному процессу. Для оценки уровня устойчивости к ситуациям неопределенности используется «Новый опросник толерантности к неопределенности» Т.В. Корниловой. Для проведения уровневой оценки психического состояния в различных экстремальных ситуациях используется методика «Нервно-психическая адаптация» И.Н. Гурвича. Выявляются статистически значимые различия по шкалам «Толерантность к неопределенности» и «Межличностная интолерантность к неопределенности» в исследуемых группах. Описываются меры, реализуемые в университете, для стабилизации состояния обучающихся.

Ключевые слова: первокурсники, толерантность к неопределенности, стресс, вооруженный конфликт.

THE STATE OF UNCERTAINTY IN FIRST-YEAR MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS UNDER MULTIDIMENSIONAL STRESS

Tokareva O. G., Ryapolova T. L., Boychenko A. A.

*Department of Psychiatry, Medical Psychology, Psychosomatics and Psychotherapy
with Mental Health Laboratory*

M. Gorky Donetsk State Medical University, Russia, DPR, Donetsk

Abstract. This article assesses the state of uncertainty among first-year medical university students under multidimensional stress in order to develop specialized programs that increase the adaptation of students to the educational process. To assess the level of resistance to situations of uncertainty, the «New Questionnaire of tolerance to uncertainty» by T.V. Kornilova is used. To conduct a level assessment of the mental state in various extreme situations, the method of «Neuropsychic adaptation» by I.N. Gurvich is used. Statistically significant differences in the scales «Tolerance to uncertainty» and «Interpersonal tolerance to uncertainty» in the studied groups are revealed. The measures implemented at the university to stabilize the condition of students are described.

Keywords: freshmen, tolerance to uncertainty, stress, armed conflict.

Актуальность. После начала специальной военной операции (СВО) перед работниками различных сфер здравоохранения актуализировался ряд задач, связанных с адаптацией населения к быстро меняющимся условиям.

Части людей удалось подстроиться под новую реальность, грамотно распределить ресурсы и стабилизировать свое психическое состояние, другие же вошли в порочный круг тревоги, беспокойства и неопределенности. Текущая ситуация существенно повлияла на лиц молодого возраста в целом, и студентов первого курса в частности.

Стресс, связанный с поступлением в университет, меняющимися требованиями, формированием новых социальных связей стал сопровождаться страхом перед обстрелами, переживаниями о жизни близких, а также дискомфортом, связанным с особенностями дистанционного обучения в условиях нестабильности, как внешней обстановки, так и средств коммуникации (связь, интернет и др.).

Цель исследования заключалась в оценке состоянии неопределенности у студентов первого курса медицинского университета в условиях многомерного

стресса для разработки специализированных программ, повышающих адаптацию обучающихся к учебному процессу.

Материалы и методы. Изучение особенностей психического состояния первокурсников проводилось на базе Лаборатории психического здоровья ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России в декабре 2022 года. В исследовании приняли участие 487 студентов в возрасте от 16 до 32 лет.

Для оценки уровня устойчивости к ситуациям неопределенности использовался «Новый опросник толерантности к неопределенности» Т.В. Корниловой. Он включал в себя 33 пункта, в которых испытуемым предлагалось выбрать один из ответов по 7-балльной шкале Ликкерта (от «Полностью не согласен» к «Полностью согласен»).

Подсчет итоговых баллов производился путем простого суммирования пунктов, которые соответствовали шкалам. Некоторые из них были инвертированы. В соответствии с результатами разброс баллов был следующим: по шкале «Толерантность к неопределенности» – 12-35 отражали низкий показатель, 36-60 отражали средний показатель, а 61-84 – высокий показатель; по шкале «Интолерантность к неопределенности»: 13-38 – низкий показатель, 39-65 – средний показатель, 66-91 – высокий показатель; по шкале «Межличностная интолерантность к неопределенности»: 8-23 – низкий показатель, 24-40 – средний, 41-56 – высокий [1].

Для проведения уровневой оценки психического состояния в различных экстремальных ситуациях использовалась методика «Нервно-психическая адаптация» И.Н. Гурвича, в соответствии с которой респонденты были разделены на 5 групп. Тест состоит из 26 суждений, каждое из них имеет 4-балльную шкалу с нулевым делением (т.е. подразумевающую возможность отсутствия симптома). Получение итоговых оценок осуществляется путем суммирования [2, 3]. Разброс баллов и подразделение на группы исследования было следующим: I группа («Здоровые») – сумма баллов менее 10 (98 человек;

20,1%); II группа («Практически здоровые с благоприятными прогностическими признаками») – 11-20 баллов (97 чел.; 19,9%); III группа («Практически здоровые с неблагоприятными прогностическими признаками (предпатология)») – 21-30 баллов (93 чел.; 19%); IV группа («Легкая патология») – 31-40 баллов (93 чел.; 19%); V группа («С признаками патологии») – более 40 баллов (106 чел.; 22%).

Статистический анализ полученных данных был проведен в пакете статистической обработки «MedStat». Статистически значимые различия определялись на уровне значимости $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждения. По шкале «Толерантность к неопределенности» статистически значимые различия выявлены между I («Здоровые») и II («Практически здоровые с благоприятными прогностическими признаками») группой, а также I («Здоровые») и IV группой («Легкая патология») (табл. 1).

Таблица 1.

Средние показатели и достоверность различий по шкале «Толерантность к неопределенности».

Группа а	Группа				
	I	II	III	IV	V
I	55,68±6,45	*	$p > 0,05$	*	$p > 0,05$
II	*	58,38±6,28	$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$
III	$p > 0,05$	$p > 0,05$	55,95±7,53	$p > 0,05$	$p > 0,05$
IV	*	$p > 0,05$	$p > 0,05$	58,06±7,35	$p > 0,05$
V	$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$	56,3±7,81

Примечание: * – значимость различий находится на уровне $p < 0,05$.

Полученные данные показывают, что толерантность к неопределенности выше у студентов, которые находятся в «переходных» группах. Проживая новую роль, они вынуждены выработать механизмы адаптации, чтобы справиться с патологическим состоянием. Вследствие дальнейшего

формирования резистентности, обнаружения путей реагирования – толерантность к неопределенности может снижаться.

По шкале «Интолерантность к неопределенности» статистически значимых различий между группами выявлено не было, однако, средние показатели находятся на верхних границах среднего уровня (III, IV, V группа), несколько его превышают (I группа) и достигают высокого уровня (II группа) (табл. 2), что свидетельствуют о стремлении всех респондентов, вне зависимости от состояния психического здоровья, к ясности и упорядоченности в делах. Вероятно, это обусловлено событиями, связанными с нестабильной обстановкой региона, тревогами первого года обучения и, в ряде случаев, патологическим состоянием, которое было вызвано стрессовыми переживаниями.

Таблица 2.

Средние показатели и достоверность различий по шкале «Интолерантность к неопределенности».

Группа а	Группа				
	I	II	III	IV	V
I	65,73±10,46	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05
II	p>0,05	66,08±9,53	p>0,05	p>0,05	p>0,05
III	p>0,05	p>0,05	64,06±8,64	p>0,05	p>0,05
IV	p>0,05	p>0,05	p>0,05	64,63±9,7	p>0,05
V	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	63,13±10,69

По шкале «Межличностная интолерантность к неопределенности» статистически значимые различия были выявлены между I («Здоровые») и IV («Легкая патология») группой, I («Здоровые») и V («С признаками патологии») группой, между II («Практически здоровые с благоприятными прогностическими признаками») и IV («Легкая патология») группой, II («Практически здоровые с благоприятными прогностическими признаками») и V («С признаками патологии») группой, а также между III («Практически

здоровые с неблагоприятными прогностическими признаками (предпатология)) и V («С признаками патологии») группой (табл. 3).

Таблица 3.

Средние показатели и достоверность различий по шкале «Межличностная интолерантность к неопределенности».

Группа а	Группа				
	I	II	III	IV	V
I	31,33±7,97	p>0,05	p>0,05	**	**
II	p>0,05	31,77±7,39	p>0,05	*	**
III	p>0,05	p>0,05	33,62±6,26	p>0,05	**
IV	**	*	p>0,05	35,24±5,91	p>0,05
V	**	**	**	p>0,05	37,49±6,26

Примечание: * – значимость различий находится на уровне p<0,05; ** – значимость различий находится на уровне p<0,01.

У студентов, состояние которых соответствует патологическому, присутствует гораздо больший дискомфорт в случае неопределенности отношений с другими. Они стремятся сделать понятными и однозначными именно межличностные отношения.

Заключение. Студенты медицинского университета, так же как и население всего региона, находясь в объективно сложных условиях для обучения и жизнедеятельности, постоянно сталкиваются с переживанием экзистенциальной неопределенности.

Сформированная толерантность к неопределенности является важным качеством для создания баланса всех личностных структур и конструктов в условиях кризиса [4]. Она оказывает непосредственное влияние на ценностные ориентации индивида, вектор смысловой направленности, оптимистичный взгляд на будущее и прошлый опыт, жизнестойкость, автономность в принятии решений [5].

Поскольку описанные личностные ресурсы имеют непосредственную взаимосвязь с формированием у человека расстройств невротического, а иногда и психотического спектра, то мероприятия по их повышению являются одной из приоритетных задач работы Лаборатории психического здоровья ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России.

В рамках психопрофилактической и воспитательной функций сотрудники Лаборатории психического здоровья проводят мероприятия, способствующие развитию у первокурсников навыков проблемно-решающего поведения, способствуют приобретению ими нового опыта социального взаимодействия, обучают поиску альтернативных способов решения проблем и побуждают к изучению новых подходов к выполнению задач (с учетом факт нахождения в зоне вооруженного конфликта).

В Лаборатории психического здоровья разрабатываются и проводятся: тренинги коммуникативных навыков, адаптированные под условия окружающей действительности; тренинги, направленные на проактивное решение проблем; психообразовательные мероприятия, повышающие осведомленность первокурсников об особенностях их психического состояния; групповые библио- и кинотерапевтические занятия, нацеленные на расширение репертуара поведенческих реакций. Отдельное внимание уделяется студентам, состояние которых требует индивидуальной психологической поддержки. При необходимости, такие студенты направляются для консультаций в специализированные лечебные учреждения.

Кроме того, сотрудниками Лаборатории разработана программа ежегодных «скринингов» для выявления наиболее уязвимых категорий среди обучающихся с целью дальнейшей индивидуальной точечной работы, а также готовятся образовательные мероприятия среди кураторов (преподавателей и студентов), закрепленных за группами первокурсников, с целью повышения их

осведомленности об особенностях поведения в ситуациях неопределенности, а также алгоритмах реагирования на него.

Литература / References:

1. Корнилова, Т. В. Новый опросник толерантности-интолерантности к неопределенности // Психологический журнал. 2010. №31(1). С. 74-86. EDN MANCMP.
2. Гурвич, И. Н. Тест нервно-психической адаптации // Вестник гипнологии и психотерапии. 1992. №3. С. 46–53.
3. Дьяконов, И. Ф., Овчинников, Б. В. Психологическая диагностика в практике врача. М.: СпецЛит, 2008. 180 с.
4. Коршак, А.А. Взаимосвязь толерантности к неопределенности и смысложизненных ориентаций как личностных компонентов мотивационно-нравственной сферы // Вестник Южно-Уральского государственного гуманитарно-педагогического университета. 2023. №3(175). С. 235-254.
5. Личностный потенциал: структура и диагностика / [А.Ж. Аверина, Л.А. Александрова, И.А. Васильев, Т.О. Гордеева и др.]; под ред. Д.А. Леонтьева. Москва: Смысл, 2011. 679 с.

АРТ-ТЕРАПИЯ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ РАССТРОЙСТВ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ

Уварова О. Н.

*Кафедра специального (коррекционного) образования
Государственное бюджетное учреждение дополнительного
профессионального образования «Челябинский институт переподготовки и
повышения квалификации работников образования», Россия, г. Челябинск*

Аннотация. Арт-терапия часто используется в решении различных проблем, связанных с эмоционально-волевой сферой. Арт-терапия является направлением, включающим в себя различные техники. Большинство из этих техник может применяться в различные возрастные периоды.

Ключевые слова: арт-терапия, расстройства эмоционально-волевой сферы.

ART THERAPY IN PSYCHOLOGICAL CORRECTION OF DISORDERS OF THE EMOTIONAL-VOLITIONAL SPHERE

Uvarova O. N.

Department of Special (Correctional) Education

*Chelyabinsk Institute for Retraining and Advanced Training of Education Workers,
Russia, Chelyabinsk*

Abstract. Art therapy is often used to solve various problems related to the emotional-volitional sphere. Art therapy is a direction that includes various techniques. Most of these techniques can be used at different ages.

Keywords: art therapy, disorders of the emotional-volitional sphere.

В связи с увеличивающимся темпом жизни, большим количеством факторов стресса, с которыми человек постоянно сталкивается, возрастает количество расстройств эмоционально-волевой сферы. Не всегда индивид способен осознать и выразить вербально свои чувства, переживания. Для осознания и выражения своих эмоций человеку может помочь арт-терапия. Арт-терапия рассматривается современными исследователями как терапия искусством. Арт-терапия – это один из наиболее эффективных способов работы с клиентами любого возраста и с любыми нарушениями [1, с. 127].

Чаще всего арт-терапия в клинической психологии применяется при коррекции [3]:

- постстрессовых расстройств,
- экзистенциальных и возрастных кризисах,
- неврозов,
- депрессий,

- повышенной тревожности,
- психологических травм,
- кризисных состояниях,
- внутри- и межличностных конфликтов,
- психосоматических расстройств.

Арт-терапия включает в себя различные техники. При коррекции расстройств эмоционально-волевой сферы могут использоваться следующие техники:

1. Коллажирование

Коллажирование – это создание творческой продукции с использованием предметов за счет создания оригинальных авторских композиций, связанных с выбором предметов, их пространственной организацией и приданием им новых значений.

Цели коллажирования:

- снятие страха перед творчеством,
- преодоление тревожности,
- приобретение опыта творческой деятельности с предсказуемым позитивным результатом,
- повышение уверенности в себе.

2. Изобразительные техники

Цель изобразительных техник: получение необычного опыта, при котором снижается контроль сознания, ослабевают механизмы защиты, присутствует больше свободы самовыражения.

Изобразительные техники могут быть самыми разнообразными:

- гравировка,
- акварель по воску (парафину),
- штриховка,
- каракули,

- рисунок на стекле,
- рисование пальцами и другими частями тела,
- рисование сухими листьями (сыпучими материалами и продуктами),
- рисование предметами окружающего пространства (мятой бумагой, резиновыми игрушками, кубиками, губками, зубными щетками, палочками, нитками, ластиками).

При выборе изобразительной техники желательно соблюдать следующие условия подбора техник и приемов создания изображений:

1) простота и эффективность: создание безопасных условий, способствующих самовыражению и спонтанной активности, вызывает новые способы активности и помогает их закрепить;

2) процесс создания изображения и результат должны быть интересными и привлекательными;

3) использование нетрадиционных изобразительных техник: новые изобразительные способы мотивируют деятельность, направляют и удерживают внимание.

3. Лепка

Лепка предполагает использование солёного теста, глины, пластилина и подобных материалов.

Цель лепки:

- развитие эмоционального интеллекта,
- формирования новых чувств и отпускания старых,
- осознания эмоциональных состояний, имеющих минимальный и максимальный ресурсный потенциал.

Лепка может быть индивидуальной и коллективной, может применяться и с рисованием, и с различными дополнительными материалами. Важным является то, что можно комбинировать признаки, переносить характеристики

одного предмета на другие, тем самым работать с бессознательным содержательным материалом.

Показания для занятий лепкой:

- трудности эмоционального развития;
- актуальный стресс, депрессия, снижение эмоционального тонуса, лабильность, импульсивность эмоциональных реакций;
- эмоциональная депривация, переживание эмоционального отвержения и чувства одиночества;
- наличие конфликтных межличностных отношений, неудовлетворенность внутрисемейной ситуацией;
- повышенная тревожность, страхи, фобические реакции;
- негативная «Я-концепция», заниженная самооценка, низкая степень самопринятия.

4. Песочная терапия

Цели песочной терапии: самовыражение, развитие творческих склонностей, выражение своих чувств, эмоций, переживаний [2].

Показания для занятий песочной терапией:

- присутствуют страхи и часто возникающая тревожность,
- возникают нервные тики и неврозы,
- неадекватное поведение,
- заниженная самооценка,
- сложные отношения с окружающими,
- бывает депрессивное состояние и суицидальные мысли,
- перенесенная психологическая травма или насилие.

Результаты использования песочной терапии:

- снятие эмоционального напряжения,
- снижение уровня агрессивности,
- развиваются навыки рефлексии (самоанализа).

5. Сказкотерапия

Сказкотерапия предполагает использование сказок и чаще используется при психологической работе с детьми и подростками.

В сказкотерапии могут использоваться следующие виды сказок:

- художественные сказки – это народные и авторские истории;
- дидактические сказки;
- психокоррекционные сказки, призванные помочь ребенку в решении проблем с поведением;
- психотерапевтические сказки – для более глубокой, «лечебной» работы;
- медитативные сказки – для расслабления и накопления позитивного образного опыта.

При выборе сказки нужно исходить из проблемы, с которой столкнулся ребенок или подросток, и возрастных особенностей. Учет возрастных особенностей предполагает следующее:

- Маленькие дети лучше понимают сказки о животных, а также рассказы про взаимоотношения людей и животных. Они легко отождествляют себя с животными, а свои поступки с их поступками.
- Для школьников-подростков подойдут новеллистические сказки с бытовой направленностью, а также притчи и басни, которые помогают справиться с различными конфликтами в обычной жизни. Кроме того, они привлекательны для детей старшего возраста еще своей иронией и юмором.
- Застенчивым или приемным детям, а также ребятам с низкой самооценкой и недостатком родительского внимания и любви подойдут волшебные сказки, в основе сюжета которых необыкновенные превращения и трансформации.
- Маленькие дети редко проникаются волшебными сказками, но зато они приобретают популярность у дошкольников, детей младшего и старшего

школьного возраста. С помощью этих сказок вся накопленная жизненная мудрость потихоньку заполняет подсознание ребенка.

Результаты использования сказкотерапии:

- расширение социокультурного опыта,
- развитие эмоциональной сферы,
- формирование ценностных ориентаций,
- коррекция поведения,
- расслабление.

6. Куклотерапия

Куклотерапия чаще применяется при работе с детьми. Куклотерапия основана на процессах идентификации ребенка с любимым героем мультфильма, сказки или с любимой игрушкой.

В качестве основного приема коррекционного воздействия используется кукла как промежуточный объект взаимодействия ребенка и взрослого.

Цели куклотерапии:

- разрешение интра- и интерперсональных конфликтов;
- улучшение социальной адаптации;
- коррекция страхов, заиканий, нарушений поведения;
- работа с детьми, имеющими эмоциональную травму;
- снятие нервно-психического напряжения.

В куклотерапии могут использоваться различные виды кукол. Виды кукол:

- куклы-марионетки,
- пальчиковые куклы,
- теневые куклы,
- веревочные куклы,
- плоскостные куклы,
- перчаточные куклы,

- куклы-костюмы.

Куклотерапия осуществляется в два этапа:

1) изготовление кукол;

2) использование кукол для отреагирования значимых эмоциональных состояний.

Результаты куклотерапии:

- дети становятся более спокойными, уравновешенными;
- развивается произвольность психических процессов;
- появляются навыки концентрации внимания, усидчивости;
- развивается воображение.

Таким образом, арт-терапия является эффективным средством психологической коррекции расстройств эмоционально-волевой сферы.

Литература / References:

1. Абдуева, П. К. Арт-терапия / П. К. Абдуева // Мировая наука. – 2018. - №5 (14). – С 127 – 129.

2. Бросова, Т. В. Песочная терапия – один из методов арт-терапии / Т. В. Бросова // Проблемы современной науки и образования. – 2015. - №3 (33). – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/pesochnaya-terapiya-odin-iz-metodov-art-terapii> (дата обращения: 28.09. 2023)

3. Чащина, О. В. Арт-терапия и ее применение в психологии / О. В. Чащина // The Newman in Foreign policy. 2016. №34 (78). URL: cyberleninka.ru/article/n/art-terapiya-i-ee-primenenie-v-psiologii (дата обращения: 28.09.2023).

**ВЛИЯНИЕ ВОСЬМИНЕДЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ СНИЖЕНИЯ
СТРЕССА, ОСНОВАННОЙ НА ОСОЗНАННОСТИ (MINDFULNESS) НА
КОМПОНЕТЫ ОСОЗНАННОСТИ И ПОКАЗАТЕЛИ
ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ**

Умняшкин В. Г.¹, Дорошева Е. А.²

¹*Новосибирский государственный университет,
Институт медицины и психологии В. Зельмана, Россия, г. Новосибирск*

²*Новосибирский государственный университет
Институт медицины и психологии В. Зельмана
Научно-исследовательский институт нейронаук и медицины,
Россия, г. Новосибирск*

Аннотация. Изучалось влияние восьминедельной программы снижения стресса на основе осознанности на различные компоненты осознанности и показатели эмоциональной сферы участников, измеряемые до и после прохождения программы. В исследовании приняли участие 25 человек. Показано повышение практически всех компонентов осознанности, наибольшие изменения затронули сферу наблюдения за внешними и внутренними стимулами. Наименее изменилась способность вербализовать свои переживания, однако при этом участники отмечают значительное снижение симптомов алекситимии. Также произошло снижение тревоги и симптомов депрессии, но не симптомов стресса, который уменьшился лишь на уровне тенденции. Участники отметили уменьшение отрицательно окрашенных навязчивых мыслей, но не повторяющихся размышлений в целом. Не изменились стратегии регуляции эмоций, на которые не было направленных воздействий в рамках программы.

Ключевые слова: осознанность, программа снижения стресса на основе осознанности, эмоции, регуляция эмоций.

IMPACT OF EIGHT-WEEK MINDFULNESS-BASED STRESS REDUCTION PROGRAM ON MINDFULNESS COMPONENTS AND INDICATORS OF EMOTIONAL SPHERE

Umnyashkin V. G.¹, Dorosheva E. A.²

¹*Novosibirsk State University,*

V. Zelman Institute of Medicine and Psychology, Russia, Novosibirsk

²*Novosibirsk State University,*

V. Zelman Institute of Medicine and Psychology,

Scientific Research Institute of Neurosciences and Medicine, Russia, Novosibirsk

Abstract. We investigated the impact of the eight-week mindfulness-based stress reduction program on the participants' various mindfulness components and emotional sphere indicators measured before and after completing the program. The study involved 25 people. An increase in almost all components of mindfulness is shown, the greatest changes affected the field of observation of external and internal stimuli. The least changed is the ability to verbalize their experiences, however, with participants noting a significant reduction in alexithymia symptoms. There was also a decrease in anxiety and symptoms of depression, but not in stress symptoms which decreased only on the edge of the trend. Participants noted a decrease in negatively colored ruminations, but not repetitive reflections in general. The strategies of emotional regulating that were not targeted by the program did not change.

Keywords: mindfulness, mindfulness-based stress reduction, emotion, emotional regulation.

Введение. Проверка эффективности психокоррекционных методов является актуальной задачей современной психологии. Первая программа по снижению стресса на основе осознанности (mindfulness-based stress reduction - MBSR) была предложена Дж. Кабат-Зинном [4]. В 1979 году им основана клиника снижения стресса на основе осознанности при Медицинском центре Массачусетского университета, позже - центр осознанности в медицине, здравоохранении и обществе при Медицинской школе Массачусетского

университета. Для пациентов с депрессией был разработан адаптированный курс, интегрировавший средства развития осознанности и подходы когнитивно-поведенческой терапии (mindfulness-based cognitive therapy – МВСТ) [7]. В дальнейшем был предложен целый ряд модифицированных программ, направленных на формирование навыков осознанности (mindfulness-based interventions – МБИ).

Под осознанностью понимается способ (навык) саморегуляции, основанный на умении наблюдать за своими реакциями и сознательно выбирать ту или иную форму реагирования (эмоционального, когнитивного, поведенческого), отсекая продукцию длительных цепочек аффективно-когнитивных реакций, включающих негативные оценки собственных эмоций и мыслей, вторичные эмоциональные реакции по их поводу и т.д. Освобождаются ресурсы внимания для переключения их на происходящее вокруг и текущие задачи. Осознанность как саморегуляционный механизм формируется у каждого человека на протяжении жизни и с этой точки зрения рассматривается как диспозициональная характеристика, формирование навыков осознанности позволяет сформировать новый способ саморегуляции у тех, кто практически его не имел, и усилить возможности его использования у участников практик с более значительным уровнем диспозициональной осознанности.

Нейрофизиологические исследования описывают улучшение навыков осознанности как формирование баланса между тремя сетями контроля внимания: дорзальную сеть внимания (dorsal attention network), обеспечивающей произвольное избирательное внешнее внимание при решении актуальной задачи, вентральную сеть внимания (ventral attention network), ответственную за детектирование новых стимулов и переключение внимания на них, и сеть оперативного покоя (default mode network, DMN), которая в ситуации отсутствия внешних задач и новых стимулов обрабатывает информацию,

касающуюся решения долгосрочных задач, манипулируя внутренними репрезентациями [1]. Реципрокность сетей внешнего внимания и сети оперативного покоя указывают на хорошее функционирование внимания, в то время как их конкуренция ведет к снижению эффективности психической деятельности. На уровне психических проявлений такая конкуренция ведет к рассеиванию внимания при выполнении актуальной задачи, требующей произвольной концентрации, к снижению включенности в окружающую среду, нарастанию автоматизмов, уменьшению реагирования на внутренние стимулы [2].

В широком круге исследований эффективности практик, основанных на осознанности (mindfulness-based interventions – MBIs) показано, что они уменьшают представленность негативных и увеличивают выраженность позитивных эмоций, снижают напряженность и тревожные состояния, повышают эмоциональную устойчивость, уменьшают возникновение повторных эпизодов рекуррентной депрессии, улучшают внимание и память и т.д. [3], [5], [6], [8]. С нашей точки зрения, значительный интерес представляет вопрос о влиянии программы MBSR на показатели регуляции эмоций в целом и описание того, как происходят изменения разных компонентов осознанности, на формирование которых направлена программа.

В рамках комплексного изучения вопроса эффективности программы MBSR (включающего как психодиагностические измерения, так и измерения психофизиологических показателей) проведено частное исследование динамики компонентов осознанности как комплексного регуляторного механизма и показателей эмоциональной сферы участников исследования.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 25 испытуемых (5 мужчин и 20 женщин). В возрасте от 22 до 49 лет, средний возраст 34,2 года.

До и после (в интервале недели после завершения курса) проведения восьминедельного курса MBSR применялись следующие методики. Для

измерения разных компонентов осознанности использовали Пятифакторный опросник осознанности (FFMQ), Шкала внимательности и осознанности (MAAS), Многоуровневая оценка интероцептивной осознанности (MAIA). Для измерения негативных эмоциональных состояний использовали DASS-21, с целью определения уровня условно адаптивных и не адаптивных способов регуляции эмоций - Торонтскую шкалу алекситимии, TAS 20 (рассматривая проивоположное алекситимии состояние как возможность использовать вербальные способы для распознавания эмоций при их регулировании), Шкалу руминаций (RRS), Шкалу подавления мыслей, вызывающих нежелательные эмоции (WBSI), Опросник регуляции эмоций (ERQ).

Курс включал в себя восемь групповых занятий (одно в неделю) продолжительностью 2,5-3 часа, использовался стандартный поток MBSR, проводимый сертифицированным тренером. Испытуемые выполняли дома соответствующие практики не менее, чем раз в день, выполнение контролировалось обязательными отчетами.

Показатели до и после проведения программы сравнивали с помощью Т-критерия Вилкоксона. Дополнительный анализ проводился для отдельных показателей с использованием критерий Ч. Спирмена.

Результаты и их обсуждение. После прохождения программы, согласно самоотчетам участников, увеличились общая осознанность, измеряемая методикой MAAS, способность наблюдать за внешними и внутренними стимулами, относиться к происходящему и своим переживаниям без осуждения, откладывать при необходимости реакцию на внешние и внутренние стимулы, измеряемые методикой FFMQ. На уровне тенденции увеличились способность осознавать повседневную деятельность и вербализовать внутренний опыт. На высокозначимом уровне увеличились способность замечать ощущения тела, удерживать и контролировать внимание, направленное на ощущения тела, регулировать через дистресс внимание к внутренним ощущениям,

прислушиваться к ощущениям тела для понимания себя и ощущать свое тело как заслуживающее доверие по методике МАИА. На значимом уровне увеличились способность не отвлекаться на ощущения боли и дискомфорта и осознанность связи между ощущениями тела и эмоциональным состоянием, на уровне тенденции - склонность не беспокоиться при ощущении боли и дискомфорта (табл. 1). Таким образом, все измеряемые показатели осознанности, в том числе касающиеся интероцептивной осознанности, увеличились либо имели тенденцию к увеличению. В целом, прежде всего увеличилась наблюдательность участников, в то время как в наименьшей степени изменилась способность к вербализации своего опыта и склонность не беспокоиться при ощущении боли и дискомфорта.

Таблица 1.

Сравнение показателей осознанности участников программы MBSR до и после ее проведения, Т-критерий Вилкоксона.

Методика	Показатель	Т-критерий	p	До практики		После практики	
				среднее	S D	среднее	S D
MAIAS	Осознанность	79,00	0,025	42,22	11,75	49,69	13,66
FFMQ	Наблюдение за внешними и внутренними стимулами	14,00	0,000	26,28	4,92	30,36	5,13
	Описание своего опыта	89,50	0,084	30,24	6,28	31,96	4,49
	Действия с осознанностью	81,50	0,051	22,04	4,57	24,48	5,89
	Не осуждающее отношение к своему опыту	30,00	0,003	29,60	6,40	33,24	5,10
	Умение не реагировать на внешние и внутренние стимулы	79,00	0,025	20,68	4,51	22,52	3,48
MAIA	Способность замечать ощущения тела	35,00	0,001	2,93	0,90	3,71	0,57
	Способность не отвлекаться на ощущения боли и дискомфорта	62,50	0,022	2,89	0,68	3,47	0,85
	Склонность не беспокоиться при ощущении боли и дискомфорта	74,50	0,091	2,92	0,87	3,25	0,82

Способность удерживать и контролировать внимание, направленное на ощущения тела	25,00	<0,001	2,70	0,86	3,45	0,53
Осознанность связи между ощущениями тела и эмоциональным состоянием	71,00	0,042	3,38	0,96	3,76	0,54
Способность регулировать дистресс через внимание к телесным ощущениям	11,00	<0,001	2,19	1,12	3,46	0,64
Активное слушание тела	18,50	<0,001	2,21	1,20	3,11	0,82
Ощущение собственного тела как безопасного и достойного доверия	22,50	0,001	2,92	1,28	3,80	0,73

Несмотря на некоторый дефицит изменений в плане вербализации своих переживаний, участники программы снижение у себя алекситимических проявлений (показатели методики TAS-20 до и после проведения программы различаются на высокозначимом уровне, табл. 2). Возможно, при проведении программы стоит обсуждать разницу между пониманием своих переживаний, переживаний и их вербальным описанием, дополнительно обговаривать трудности вербального описания.

Необходимо отметить также, что алекситимия рассматривается как сложный конструкт, в который входят не только сложности распознавания своих эмоций и смешение их с физиологическими ощущениями, но и трудности смыслообразования, воображения. Не исключено, что навыки, получаемые при прохождении восьминедельной программы MBSR, в большей степени, касаются этих аспектов этого феномена, и в меньшей – умения словами называть свои эмоциональные состояния.

У участников программы значимо уменьшаются симптомы тревоги и депрессии, однако ощущение напряжения, связанного с действием стрессогенных факторов, уменьшается только на уровне тенденции. Интересно, что дополнительно проведенный корреляционный анализ по Ч. Спирмену показал, что до проведения программы уровень стресса был обратно связан с общей осознанностью и внимательностью по MAAS и уровнем осознанных действий по FFMQ (соответственно, $r=-0,42$, $p=0,035$ и $r=-0,42$, $p=0,036$). После

проведения программы корреляции снизились до уровня незначимости. Возможно, что сохраняющееся стрессовое напряжение связано с моментами, которые труднее регулируются предлагаемым способом и требуют более длительного формирования навыков саморегуляции.

Таблица 2.

Сравнение показателей эмоциональной сферы участников программы MBSR до и после ее проведения, Т-критерий Вилкоксона.

Методика	Показатель	Т-критерий		До практики		После практики	
				среднее	SD	среднее	SD
TAS-20	алекситимия	32,50	0,001	44,44	11,23	39,04	10,43
DASS-21	депрессия	64,50	0,015	16,64	10,11	12,80	10,74
	тревога	49,00	0,021	11,20	8,02	7,68	5,56
	стресс	86,50	0,070	22,72	9,00	18,00	9,09
RRS	общий показатель руминаций	46,00	0,005	2,31	0,56	2,02	0,51
	навязчивые раздумья	73,00	0,140	2,45	0,61	2,26	0,51
	тягостные размышления	36,50	0,019	2,02	0,57	1,78	0,53
	руминации депрессивного характера	42,50	0,004	2,37	0,69	2,02	0,66
WBSI	подавлений мыслей, вызывающих нежелательные эмоции	42,00	0,002	3,47	0,67	2,91	0,62
ERQ	позитивная переоценка	101,50	0,101	4,65	1,04	5,05	0,78
	подавление эмоциональной экспрессии	95,50	0,196	3,09	1,34	2,69	0,98

Отмечено снижение общего показателя руминаций – навязчивых размышлений, описываемых как дезадаптивный способ регуляции эмоций. Практика напрямую направлена на прекращение привычных, неэффективных размышлений. Нужно заметить, что размышления без негативной окраски, в отличие от тягостных, депрессивных не снизились даже

на уровне тенденции, изменения коснулись именно дисфункциональных составляющих мыслительного потока. Снизилось подавление мыслей, вызывающих негативные эмоции (оно приводит к их вторичному неконтролируемому «всплыванию» из-за того, что проблемы остаются нерешенными). Две другие стратегии саморегуляции, подавление эмоциональной экспрессии в социальных ситуациях и позитивная переоценка первоначально оцениваемых как негативные событий значимо не изменились; важно отметить, что используемые в программе технологии не направлены на увеличение или снижение этих способов регуляции эмоций.

Заключение. Можно отметить направленное воздействие программы MBSR на те показатели, изменение которых предусматривается заложенными в ней техниками. Базовый курс приводит к изменениям, в наибольшей степени, в наблюдательности по отношению к себе и окружающему миру, на определенном уровне формируется возможность управлять своими состояниями, пресекать негативные навязчивые размышления, тормозить нежелательные реакции. Поскольку участие в программе было добровольным и часть участников отсеивалась, необходимо отметить, что такие изменения формируются у тех, кто готов заниматься практиками. Изменения не затронули другие способы саморегуляции, те, на которые не оказывалось воздействия, что указывает на специфичность действия программы.

Литература / References:

1. Corbetta M., Shulman G.L. Control of goal-directed and stimulus-driven attention in the brain // Nature Reviews Neuroscience. 2002. V. 3. № 3. P. 201–215.
2. Devaney K.J., Levin E.J., Tripathi V., Higgins J.P., Lazar S.W., Somers D.C. Attention and Default Mode Network Assessments of Meditation Experience during Active Cognition and Rest // Brain Sciences, 2021. V. 11. №5. P.566.
3. Hayes, S.C. Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition. Guilford Publications, 2004. 319 p.

4. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. New York: Delta Book, 1990. 720 p.
5. Lutz, J., Herwig, U., Opialla, S., Hittmeyer, A., Jäncke, L., Rufer, M., Brühl, A.B. Mindfulness and emotion regulation – An fMRI study // SCAN. 2014. V. 9. P. 776-785.
6. Meiklejohn, J., Phillips, C., Freedman, M. L., Griffin, M. L., Biegel, G., Roach, A., Saltzman, A. Integrating mindfulness training into K-12 Education: Fostering the resilience of teachers and students // Mindfulness. 2012. V.3. P. 291-307.
7. Segal Z.V., Williams J.M.G., Teasdale J.D. (Eds.) Mindfulness Based Cognitive Therapy for Depression. New York: Guilford Press, 2013.
8. Teasdale J.D., Segal Z.V., Williams J.M.G., Ridgeway V.A., Soulsby J.M., Lau M.A. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2000. V.68. P. 615–623.

ВЛИЯНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ ЛЮДЕЙ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ

Хаджилаева Ф. Д.

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом ДПО

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, г. Ставрополь

Аннотация. Психосоматика остеохондроза – направление, которое активно исследуется, и уже дает обнадеживающие результаты. Благодаря имеющимся наработкам множество людей, страдающих от проблем с позвоночником, могут рассчитывать на избавление от боли и физических ограничений. Главное – это научиться осознавать психологические проблемы и использовать собственные душевные возможности для излечения возможности своей души.

Ключевые слова: конверсионные расстройства, психосоматика, больные остеохондрозом, соматоморфные расстройства, психологический портрет больных, психопрофилактика.

THE INFLUENCE OF EMOTIONAL STATE ON THE HEALTH OF PEOPLE WITH OSTEOCHONDROSIS

Hadzhilaeva F. D.

*Department of Obstetrics and Gynecology with Continuing Education Course
Stavropol State Medical University, Russia, Stavropol*

Abstract. Psychosomatics of osteochondrosis is a direction that is actively being studied, and already gives encouraging results. Thanks to the available experience, many people suffering from problems with the spine can expect to get rid of pain and physical restrictions. The main thing is to learn to be aware of psychological problems and use your own mental capabilities to heal the capabilities of your soul.

Keywords: conversion disorder, psychosomatic patients with low back pain, somatoline disorders, psychological portrait of the sick, prevention.

Введение. Психосоматика остеохондроза – направление, которое активно исследуется, и уже дает обнадеживающие результаты. Благодаря имеющимся наработкам множество людей, страдающих от проблем с позвоночником, могут рассчитывать на избавление от боли и физических ограничений. Главное – это научиться осознавать психологические проблемы и использовать собственные душевные возможности для излечения возможности своей души.

С психосоматической точки зрения проблемы с позвоночником вызваны дисбалансом физического и психического состояния. Остеохондроз указывает на необходимость неотложной помощи. Эти сигналы исходят от самого

организма, который страдает от повседневных забот, стрессов, физических нагрузок – это основные причины болей в спине и усталости [2].

Цель исследования. Рассмотреть влияние эмоционального состояния на здоровье людей с остеохондрозом.

Задачи работы:

1. Рассмотреть особенности влияния эмоционального состояния на здоровье людей с остеохондрозом.
2. Исследовать сегменты влияния эмоционального состояния на здоровье людей с остеохондрозом.
3. Предложить профилактические меры для здоровья людей с остеохондрозом.

Материал, методы. Наше исследование проводилось на базе неврологического отделения РГБЛПУ КЧРКБ путем очного анонимного анкетирования.

Результаты исследования. Комплекс дистрофических расстройств, обусловленных остеохондрозом, развивается с определенной целью. В результате человек должен заметить свои проблемы и почувствовать необходимость срочных перемен. Если ему удастся правильно подсчитать сигналы и принять меры по устранению психологических факторов, состояние обязательно улучшится.

Позвоночник является очень надёжной конструкцией, предназначенной природой, для обеспечения своего рода каркасной функции - именно к составляющим его позвонкам крепятся мышцы спины и передней брюшной стенки. Без него человек не мог бы ходить и стоять. Позвоночный столб выполняет функцию опоры, защиты спинного мозга и участвует в движениях туловища и головы [4].

Неравномерная нагрузка на определенный отдел позвоночника активизирует там разрушительные процессы. Поражение происходит в той

области, которая больше всех подвержена давлению. Так, различают несколько разновидностей остеохондроза.

Медицина рассматривает несколько видов остеохондроза, зависимо от месторасположения деструкции позвоночника.

- шейный;
- поясничный;
- грудной;
- распространенный (полисегментарный) остеохондроз (вовлечение в патологический процесс всех отделов позвоночника).

Еще существует остеохондроз копчика. Копчиковый остеохондроз – редкость, диагностируется обычно у женщин по причине строения их таза. Самыми распространенными являются шейный и поясничный остеохондроз.

О поражении шейного отдела свидетельствуют межлопаточные, затылочные и боли в области шеи. Пациенты, страдающие шейным остеохондрозом, жалуются на дискомфорт при движениях головой, периодическую головную боль, прострелы шейной зоны. Отмечается цервикокраниалгия (болевого синдром, распространяющийся на затылок), цервикобрахиалгия (боль, отдающая к руке, предплечью, лопатке), снижение слуха, ухудшение зрения, скачки давления, гиперстезия (снижение порога чувствительности) [4].

Самый распространенный вид. Поражения этой зоны обусловлены наибольшей нагрузкой на нее. Остеохондроз поясничной области характеризуется люмбаго (острая поясничная боль), люмбалгией (болью по длительности и остроте превышающей люмбаго), люмбоишиалгией (боль, холод, жар в пояснице). Возможно возникновение ишиаса (ущемление седалищного нерва с последующим воспалением). При остеохондрозе поясничного типа ишиас развивается односторонне с отдающими болями в

ягодищу. Для поясничного поражения радикулит не редкость. Он возникает по причине сдавливания спинномозговых корешков [4].

Первые болезненные симптомы уже заметны при длительном пребывании в неудобной позе, пробежке или изнурительной ходьбе.

Без своевременного лечения патологии на последних стадиях возможен диспластический остеохондроз, характеризующийся разрастанием остеофитов (наросты на костях).

Для повреждения поясничного отдела характерно ослабление нижних конечностей, застой крови, половая дисфункция, проблемы органов малого таза.

Остеохондроз грудного отдела. Данная разновидность реже остальных встречается в практике. Иногда боль в грудном отделе позвоночника напоминает другие совершенно не связанные с остеохондрозом заболевания (например, стенокардию, невралгию, гастрит). Чтобы отличить остеохондроз от стенокардии можно принять нитроглицерин, если боль не утихнет, то заболевание позвоночника подтверждается.

Наиболее выраженными признаками остеохондроза грудного отдела являются дорсаго (острые грудные прострелы, вызывающие ощущение нехватки воздуха) и дорсалгия (боль спины, по выраженности слабее дорсаго).

Распространенный остеохондроз. Самый опасный вид заболевания. Захватывающий все отделы позвоночника, остеохондроз чреват инвалидностью и полным обездвиживанием. Протекает хронически. Последствиями полисегментарного поражения также являются патологии сердечно-сосудистой системы, заболевания печени, почек, нарушение обмена веществ. Консервативное лечение распространенного остеохондроза неэффективно.

Сочетание остеохондроза и нервов довольно интересная и широко изученная тема. Было проведено множество исследований, чтобы определить,

насколько реальны эти соотношения. Например, изучалось эмоциональное состояние пациента с нарушениями опорно-двигательного аппарата[3].

Результаты были очень интересными. Связь между нейропсихиатрическими симптомами деконструируется очень ярко:

- Депрессия. Треть пациентов, получающих этот диагноз, жалуются на боль в пояснице и шее. Это связано с тем, что поясничный отдел является наиболее уязвимой областью. Он часто страдает от физических нагрузок и сидячего образа жизни. У небольшого числа пациентов болевой синдром в различных областях позвоночника.

- Нерешительность. Большинство опрошенных пациентов жалуются на острую боль в шее. Исключение составляют неприятные ощущения в поясничной и грудной областях.

- Часто стресс. При таком психическом состоянии у больных чаще встречаются поясничные и шейные поражения.

Связь, такая как остеохондроз и стресс, связана с тем, что дегенеративные изменения сопровождают нарушение структуры позвонков.

В дальнейшем, с развитием патологического процесса, наблюдается поражение сосудистых и нервных стволов, прилегающих к позвоночнику. В результате раздражения корней возникает спазм артерий. Это приводит к тому, что ткани мозга не получают правильного количества питательных веществ.

Возрастное ослабление организма-довольно знакомый процесс, с которым рано или поздно сталкивается каждый человек. В то же время повышается риск развития сложных и опасных патологий, одним из которых является остеохондроз. В процессе медленного развития заболевания наблюдается постепенное разрушение костной ткани [2].

Обычно повреждение НС наблюдается при шейном остеохондрозе. В основном это связано с тем, что через этот участок проходит большое

количество важных сосудов и нервов, включая позвоночную артерию. Он отвечает за питание мозжечка.

Таким образом, он участвует в двигательных навыках и обеспечивает функционирование лимбической системы, а также вестибулярного аппарата. Первый регулирует работу вен и артерий. Влияет на эмоциональное состояние и работу внутренних органов человека [4].

Остеохондроз приводит к сужению канала, через который кровь поступает в мозжечок. Кроме того, оказывает влияние на нервные окончания. На фоне этого у человека появляются боли в шее и конечностях, а также в области сердца. Нарушение иннервации мозга приводит к головным болям и психосоматическим расстройствам.

Головная боль и нарушение баланса мозга провоцируют развитие вторичной депрессии. Кроме того, с развитием патологии наблюдаются такие кохлеовестибулярные расстройства, как головокружение, дисбаланс ходьбы и нарушение слуха. При развитии патологии наблюдаются кохлеовестибулярные расстройства.

Такие расстройства приводят к изменению личности и эмоциональности. Основные симптомы беспокойство, повышенная раздражительность и плаксивость могут быть проигнорированы. Исключение составляют нарушения сна, появление фобий, невнимательность и проблемы со вниманием.

Результатом хронического остеохондроза также может быть глубокая депрессия, которая только усугубляет жалкое состояние позвоночника и затрудняет лечение.

Хронические заболевания ОДА часто сопровождаются психоневрологическими симптомами, что подтверждают результаты опросов, проведенных в клинике.

В эксперименте приняли участие 260 человек в возрасте 50-75 лет, у которых был диагностирован полисегментарный остеохондроз шейного отдела

позвоночника (экспериментальная группа) и 60 здоровых людей в возрасте 50-75 лет (контрольная группа). Исследование проводилось на базе РГБЛПУ КЧРКБ. Испытуемым был предложен ряд тестов, оценивающих их психо-эмоциональное состояние и качество их жизни.

Сравнивая результаты обследований, мы можем четко показать, существует ли реальная связь между психическим, эмоциональным состоянием пациента и заболеваниями позвоночника.

Для сравнения были взяты вопросы: «В какой области позвоночника Вас беспокоит боль?» и «Как Вы оцениваете свое психическое состояние?»

31% участников, которые жаловались на депрессию, страдают от боли в шее. Большой процент пациентов встречается только среди тех, кто жалуется на боль в поясничном отделе позвоночника (40, 5%).

Шейный отдел позвоночника является наиболее уязвимой областью спины, он также страдает от сидячего образа жизни и физических перенапряжений.

16,1% опрошенных заявили, что болят во всех отделах позвоночника. Участники опроса, которые описывают свое состояние как неуверенность в себе, в подавляющем большинстве жалуются на боль в шее [3].

Только 5,3% опрошенных жалуются на боль в грудной области, а 20,1% указывают на боль в пояснице.

Одновременную боль в грудной и поясничной области наблюдают 13,2% участников.

Остальные жалуются на боль в шейной области (18, 4%) или шее и пояснице (18, 4%), шейной и грудной областях (10, 5%). 13,5% опрошенных страдают от болей во всех областях позвоночника.

В общей сложности 60,8% участников испытывают боль в шее. Те, кто часто характеризует свое психическое состояние как стресс, наиболее склонны к поясничной боли. Они типичны для 37,3% опрошенных.

Но 25,5% жалуются на боль в области шеи и грудного отдела.

15,7% боли ощущаются в шейных и поясничных областях.

Болезненные ощущения во всех эпизодах отмечали 11,8% респондентов.

Другими словами, в стрессовой ситуации 53% опрошенных отмечают боль в области шеи.

Шейный остеохондроз это местная форма неврологического заболевания позвоночника, связанная с изменениями хрящевой ткани. Характерных симптомов шейного остеохондроза, наблюдаемых у большинства пациентов, не так много:

- Боль в шее,
- частые головные боли,
- хруст в шее,
- головокружение,
- немеют пальцы.

Клинические проявления местной формы остеохондроза тесно связаны с физиологией шеи. Многие важные нервы и сосуды проходят через шейный отдел позвоночника. Позвоночная артерия является одним из крупнейших кровеносных сосудов в организме. Он проходит через поперечные отверстия в полость черепа и питает мозжечок, тем самым участвуя в двигательных навыках, обеспечивая нормальную работу вестибулярного аппарата и лимбической системы.

В результате в мозг поступает меньше крови – и ишемия проявляется в различных отделах. Из-за недостатка кислорода в клетках мозга человек становится головокружением, резкими перепадами настроения, нервным и раздражительным состоянием.

Шейный остеохондроз может нарушать не только канал, через который кровь попадает в мозжечок, но и канал, через который проходят нервные окончания.

Это вызывает боль в шее и верхних конечностях, а через нервные волокна болезнь поражает сердце и вызывает боль в сердечной мышце. Ухудшение иннервации головного мозга, вызванное развитием шейного остеохондроза, приводит к головной боли, снижению остроты зрения, вегетативным и психосоматическим расстройствам [4].

Это также может привести к появлению кохлеовестибулярных расстройств, таких как шейный остеохондроз, головокружение, неустойчивая походка, снижение остроты слуха. Кохлеовестибулярные расстройства часто сопровождаются эмоциональностью и изменениями личности, которые можно ошибочно спутать с психическими расстройствами. Для кохлеовестибулярных расстройств характерны раздражительность, беспокойство.

Кроме того, люди могут страдать от невнимательности, проблем с памятью и вниманием, снижения настроения, нарушений сна и даже фобий.

Человек с кохлеовестибулярным расстройством, вызванным шейным остеохондрозом, может бояться водить машину, выходить на улицу без сопровождения или испытывать другие навязчивые иррациональные страхи.

Шейный остеохондроз является наиболее распространенным заболеванием позвоночника, которое сопровождается потерей трудоспособности. В настоящее время написано большое количество научных работ, затрагивающих клинические проявления этого заболевания.

Вертеброгенные патологии и нарушения мозгового кровообращения, связанные с местной формой остеохондроза. Но один аспект остается недоученным. Мы говорим о психопатологических симптомах этого заболевания.

Хроническое течение остеохондроза позвоночника приводит к сосудистым расстройствам, которые, в свою очередь, приводят к депрессивным состояниям. За нарушением мозгового кровообращения и депрессией следует потеря способности работать.

Бороться с последствиями хронического остеохондроза шейного отдела можно только с медицинской помощью. Реабилитологи разрабатывают специальные программы восстановления для пациентов, страдающих хроническим остеохондрозом [5].

Заключение.

1. Остеохондроз – это заболевание, которое поражает позвоночник, приносит массу дискомфорта и может привести к различным осложнениям. Лучше всего лечить остеохондроз на ранних стадиях.

2. Остеохондроз позвоночника оказывает определенное негативное влияние на психоэмоциональное состояние и качество жизни пациентов с различными эпизодами остеохондроза. Лечение больных остеохондрозом с психопатологическими проявлениями требует участия неврологов и психотерапевтов.

3. Акцент при этом делается на телесно-ориентированную психотерапию, мануальную и физиотерапевтическую коррекцию. Пациентам также показано лечение массажем, им могут назначаться курсы мануальных процедур. По необходимости врачи выписывают медикаменты. Исследования показали, что существуют общие особенности личностного профиля пациентов с остеохондрозами, типичные для данного заболевания. Кроме того, отмечаются некоторые особенности, характерные отдельно для лиц мужского и женского пола. Индивидуальные особенности выявлены и в зависимости от места локализации остеохондроза.

4. Полученные данные интересны в плане профилактики и психокоррекции для индивидуального подхода к различным группам пациентов: различного возраста, пола, а также с различной локализацией остеохондроза.

Рекомендации.

1. Для укрепления мышечного каркаса хорошо подойдет плавание. Особенно полезным для позвоночника будет плавание на спине.

2. Необходимо давать умеренную нагрузку на спину, не перенапрягая ее подъемами большого веса. Допустимый вес груза для мужчины составляет не больше 50 кг, если это разовый подъем тяжести. Если работа требует постоянных перемещений груза, то показатель равен 15 кг. Женщина может переносить тяжесть до 15 кг. Однако при постоянных перемещениях всю рабочую смену вес груза для женщины должен составлять не более 7 кг. При этом переносимый объект желательно держать ближе к телу.

3. Важно держать осанку ровной, иначе позвоночник со временем деформируется, и будет сдавливать внутренние органы.

4. Необходимо укреплять позвоночник кальцием. Он содержится в молочных продуктах. Для роста мышц рекомендуется есть больше белковой пищи.

5. Если работа вынуждает подолгу принимать одну позу, нужно периодически менять опорную ногу, чтобы немного снять нагрузку с позвоночника.

6. Полезными для позвоночника будут упражнения под названием «рыбка» и «ласточка», где задействованы разгибательные мышцы спины. Упражнения подразумевают удержание на весу половины туловища, лежа на животе или стоя вертикально.

7. Спина боится переохлаждений, поэтому следует их избегать.

8. При избыточном весе рекомендуется придерживаться диеты, согласованной с врачом. Неправильное питание усугубит симптомы, нарушит обмен веществ, что крайне негативно скажется на состоянии позвоночника.

9. Необходимо бросить курить, никотин разрушает кости.

10. Существуют полезные и опасные виды спорта для позвоночника. Полезными считаются йога, плавание, скандинавская ходьба. Опасность представляет бег, конный спорт, хоккей, футбол и другие командные игры.

11. Чтобы во время отдыха напряжение с мышц и позвоночника спало нужно спать на ортопедическом матрасе. Кровать не должна быть мягкой, а подушка слишком большой и высокой.

12. Профилактические мероприятия также включают лечение инфекционных заболеваний на ранних стадиях.

Литература / References:

1. Думко, И. Н. Лучшие методы лечения остеохондроза. М.: Фолио, 2016. 130 с.

2. Ланская, О. В., Андриянова, Е. Ю. Функциональная пластичность спинальных двигательных центров на фоне компрессии пояснично-крестцовых нервных корешков. М.: ИНФРА-М, 2014. 112 с.

3. Подчуфарова, Е. В. Боль в спине / Е.В. Подчуфарова, Н.Н. Яхно. – Москва «ГОЭТАР-Медиа». 2015. 368 с.

4. Черкасова, В. Г. Лечебная физическая культура при остеохондрозе позвоночника: метод, рекомендации. Пермь: Престайм, 2016. 23 с.

5. Шабалин, Р. В., Куимова, М. В. О профилактике остеохондроза // Молодой ученый. 2015. №10. С. 470-471. URL <https://moluch.ru/archive/90/19179/> (дата обращения: 29.03.2020).

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В СТРУКТУРЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Хаятов Р. Б., Рахматова Ф. У.

*Кафедра психиатрии и медицинской психологии
Самаркандский государственный медицинский университет,
Республика Узбекистан, г. Самарканд*

Аннотация. По данным разных авторов, распространенность депрессии у больных алкоголизмом колеблется от 28 до 60%, что в 2-3 раза больше, чем в общей популяции. Риск совершения самоубийства составляет в среднем 17,7%, в то время как в общей популяции суицидальные попытки совершают около 4%. Полномасштабная депрессия, отвечающая критериям большого депрессивного эпизода, возникает примерно у 10% больных алкоголизмом, субдепрессия на уровне дистимии - у 30% больных.

Депрессия у больных алкоголизмом в большинстве случаев соматогенного генеза, т.е. связана с токсическим действием алкоголя на центральную нервную систему (ЦНС), и у большинства больных спонтанно уменьшается в течение 2-4 недель после купирования алкогольного абстинентного синдрома и абстиненции. из этанола. Рациональное сочетание психофармакотерапии и психотерапии улучшает прогноз коморбидной патологии.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, алкогольная зависимость, коморбидность.

PSYCHOPHARMACOTHERAPY OF AFFECTIVE DISORDERS IN THE STRUCTURE OF ALCOHOL ADDICTION

Khayatov R. B., Rakhmatova F. U.

*Department of Psychiatry and Medical Psychology
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand*

Abstract. According to various authors, the prevalence of depression in patients with alcoholism varies from 28 to 60%, which is 2-3 times more than in the general population. The risk of committing suicide averages 17.7%, while in the general population suicide attempts are made by about 4%. Full-scale depression that meets the criteria for a major depressive episode occurs in approximately 10% of patients with alcoholism, subdepression at the level of dysthymia - in 30% of patients. Depression in patients with alcoholism in most cases of somatogenic origin, i.e. associated with the toxic effect of alcohol on the central nervous system (CNS), and in most patients it spontaneously decreases within 2-4 weeks after the relief of alcohol withdrawal syndrome and abstinence from ethanol. A rational combination of psychopharmacotherapy and psychotherapy improves the prognosis of comorbid pathology.

Keywords: depressive disorders, alcohol addiction, comorbidity.

По данным разных исследователей, частота депрессивных расстройств у больных алкоголизмом существенно различается. Так, Д.В. Сайков и И.К. Сосин [1] предполагает, что коморбидность депрессии и алкогольной зависимости может составлять от 3 до 98%. Тесная связь между алкоголизмом и депрессией обусловлена их общими патогенетическими звеньями. Установлено, что этанол нарушает в ЦНС обмен моноаминов и, в первую очередь, дофамина, нейромедиатора, участвующего в регуляции эмоциональной сферы через так называемую систему положительного подкрепления [6]. В патогенезе депрессии у больных алкоголизмом важную роль отводят также нарушениям обмена серотонина в ЦНС [1, 7]. Выявлено снижение уровня основного метаболита серотонина (5-гидроксииндолуксусной кислоты - 5-ГИУК) в спинномозговой жидкости больных алкоголизмом, в том числе с депрессивной симптоматикой и суицидальными наклонностями [8]. Отмечено снижение патологического влечения к алкоголю под влиянием

серотонинергических антидепрессантов и их нормализующее действие на активность дофаминергической системы [7].

При этом депрессивные расстройства могут быть обусловлены не только непосредственным воздействием алкоголя на ЦНС, но и психогенными причинами, реакцией личности на заболевание, психологическими, семейными и социальными последствиями алкоголизма. Кроме того, латентная эндогенная депрессия может быть запущена алкоголизмом в качестве пускового механизма. Таким образом, в развитии депрессии при алкоголизме могут быть задействованы различные факторы.

Возможны три варианта развития аффективной патологии у больных алкоголизмом:

1) углубление конституциональных тенденций к депрессивному ответу на различные отягощающие факторы или склонность к формированию аффективных расстройств на уровне циклотимии;

2) вторичные (приобретенные) депрессивные расстройства, являющиеся проявлением токсического поражения головного мозга и формирующейся энцефалопатии;

3) невротические образования, в том числе депрессивные симптомы. Такой разброс данных свидетельствует лишь о разных критериях диагностики депрессии и разных контингентах обследованных больных. Н. Хортел и соавт. [2], проанализировав результаты Американского национального эпидемиологического исследования (NESARC, 2001-2002), установили, что 40 процентов алкоголиков имеют те или иные аффективные расстройства. Кроме того, некоторые авторы работают с данными, относящимися к стационарной или амбулаторной популяции больных, в результате чего меньшая часть населения забывает, что алкоголики обращаются за помощью. До 35% мужчин, обращающихся по поводу депрессивных расстройств в психиатрическую службу, имеют случаи алкоголизма, соответствующие более или менее

нозологическим критериям. С другой стороны, у 25–59% наркоманов на фоне алкогольной терапии развивается депрессия [2, 3].

Несомненно, что, с одной стороны, зависимость от психоактивных веществ оказывает негативное влияние на течение аффективных расстройств, с другой стороны, наличие аффективной патологии служит фактором, ускоряющим и усугубляющим формирование зависимости от психоактивных веществ. Такие комбинированные формы зависимости обычно связаны с неблагоприятным прогнозом и психофармакологическим лечением, а также с более высоким риском суицида [4]. Однако аффективные расстройства часто долгое время остаются незамеченными из-за полиморфизма симптомов и маскировки депрессивных симптомов [5].

Вторичные депрессии являются следствием хронической алкогольной интоксикации и встречаются у 40-60% больных хроническим алкоголизмом. Сообщалось, что злоупотребление алкоголем в анамнезе увеличивает вероятность развития депрессивного эпизода у пациента более чем в 4 раза [6].

Цель исследования: выявить частоту встречаемости, описать нозологическую структуру и клиническую типологию депрессивных расстройств у больных алкогольной зависимостью, оценить эффективность комплексной антидепрессивной терапии с использованием психометрических шкал.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования явилась диагностика алкогольной зависимости (психическое заболевание и расстройства поведения, связанные с употреблением алкоголя. Синдром зависимости. F10.2 по МКБ-10), которая находится на лечении в Самаркандском областном отделении наркологии. Участвовало 60 пациентов. Больница. Все пациенты были мужчинами в возрасте от 32 до 63 лет (средний возраст $47,4 \pm 4,3$ года).

Комплексное обследование пациентов с алкогольной зависимостью, поступивших в наркологическое отделение, проводилось с использованием Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Пациенты с клиническими и субклиническими уровнями тревоги и депрессии по шкале HADS выше 8 были специально консультированы психиатром для диагностики клинически определенного депрессивного расстройства. Пациенты, набравшие более 8 баллов хотя бы по одному из субпоказателей HADS, заполняли ряд дополнительных опросников: самооценка депрессии Бека (BDI), шкала самооценки социальной адаптации (SASS). Диагноз аффективных расстройств устанавливали по результатам клинического обследования в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10. Психометрические шкалы (оценочная шкала депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS), глобальная клиническая оценка (CGI), шкала обсессивно-компульсивного потребления алкоголя, визуальная аналоговая шкала употребления алкоголя) использовались для динамической оценки настроения.

Все участники с диагнозом депрессия и тревога были направлены в диспансерное отделение Самаркандской областной психиатрической больницы для дальнейшего обследования.

Участники заполняли анкету, в которой были собраны данные о демографических, социальных и клинических характеристиках. Социальные переменные включают уровень социальной поддержки, курение, употребление алкоголя и наркотиков. Информация из анкеты при необходимости дополнялась просмотром медицинских карт пациентов. Кроме того, участникам представили семичастную шкалу общего тревожного расстройства (GAD-7) для оценки распространенности тревоги, шкалу депрессии Бека-II (BDI-II) и шкалу большой пятерки (BFI) для оценки распространенности депрессии.). BREF (WHOQOL-BREF) для оценки характеристик личности и измерения качества жизни (QOL) Всемирной организации здравоохранения.

Шкала генерализованного тревожного расстройства (ГТР-7) из семи пунктов представляет собой анкету, предназначенную для выявления генерализованного тревожного расстройства (ГТР) ГТР-7. Он состоит из семи пунктов, каждый из которых оценивается по шкале от 0 до 3 по шкале Лайкерта. Таким образом, его общий балл колебался от 0 до 21.

Рейтинг депрессии по Беку-II (BDI-II)

BDI-II - это опросник, обычно используемый для выявления и оценки уровней депрессии. Он состоит из вещей, связанных с симптомами депрессии. Он состоит из 21 пункта, каждый из которых оценивается от 0 до 3. От 10 до 16 баллов - легкая депрессия, от 17 до 29 баллов - умеренная депрессия, от 30 до 63 баллов - тяжелая депрессия.

Результаты исследований. Симптомы депрессии всеми методами выявлены у большинства больных алкоголизмом, а сочетание депрессии и тревоги отмечено у 39 (35%) ($p < 0,05$) больных. Однако для потребителей алкоголя характерно преобладание субклинической тревоги и депрессии по методу HADS - 48 (80%) случаев по сравнению с клинической тревогой и депрессией - 12 (20%) обследованных ($p < 0,05$). Исследование по шкале Гамильтона показало, что у большинства пациентов имелись прямые и косвенные симптомы депрессии ($p < 0,05$). Кроме того, по шкале депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS) у большинства больных отмечалась негативная самооценка с заниженной самооценкой, негативным взглядом на мир и свое будущее - 38 человек или 63,3%, $p < 0,05$.

Анамнестические данные подтвердили сочетание алкоголизма у больных с фобиями, паническими атаками, тревогой и напряжением, а также отягощенной наследственностью и детской травмой по алкоголизму и психическим заболеваниям. С момента выписки из стационара, по данным Бека, 20 (33,34%) больных получали антидепрессанты до повторного обследования: 14 (23,33%) больных лечили флуоксетином в дозе 40 мг

ежедневно в течение 4-6 нед; 26 (21,67%) пациентов получали стимулятор в дозе 50 мг в сутки в течение 4–6 нед. При первом тесте перед приемом антидепрессантов умеренная депрессия была выявлена у всех 46 (76,7%) человек и тяжелая депрессия у 14 (24,3%) человек в начале лечения. По данным Бека, в составе амбулаторных приемов, при третьем обследовании, при однократном посещении или в динамике у психотерапевта, в период ремиссии отмечается уменьшение числа больных с 1-2 мес. до 7-9 мес. выявлены лица с депрессией средней и тяжелой степени - 21 (35,12%) и 18 (30,10%) ($p < 0,05$) соответственно. Таким образом, применение антидепрессантов в сочетании с психотерапией положительно влияет на исход лечения больных алкоголизмом и депрессией.

Заключение.

1. Частота депрессивных расстройств, выявленных в результате опроса, достоверно выше жалоб пациентов на депрессию, которые больные предъявляют врачу самостоятельно. Следует отметить, что симптомы депрессии у больных присутствуют и при активном лечении, т.е. в остром и подостром периоде заболевания и в ремиссии.

2. Выявлена связь между аффективными симптомами и алкоголизмом у лиц, страдающих алкогольной зависимостью.

Литература / References:

1. Индекс тревоги и депрессии у больных сахарным диабетом Эшдавлатов Б. М., Одилова М. А., Нуритов Н. Р. Теория и практика современной науки. 2017. № 5 (23). С. 932-934.

2. Тревожно-депрессивные расстройства и особенности субъективного контроля личности по отношению к здоровью у больных сахарным диабетом 2 типа / Мухтаренко С.Ю., Бобушова Г.С., Мураталиев Т. М., Федяй С. О. // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. 2013. Т. 13. № 11. С. 108-111.

3. Сравнительный анализ психодиагностики тревоги и депрессии у больных с сопутствующими заболеваниями Маргулис М.Е., Поладов Э.Ш., Мокашева Е.Н., Макеева А.В. Научный обзор. Педагогические науки. 2019. № 5-4. С. 93-97.

4. Хаятов, Р. Б., Велиляева, А. С. Особенности развития и течения аффективных расстройств при сахарном диабете // Достижения науки и образования. 2020. № 5 (59). С. 39-41.

5. Хаятов, Р. Б., Велиляева, А. С., Абдуразакова, Р. Ш. Особенности возникновения и течения психоорганических расстройств при сахарном диабете // Достижения науки и образования. 2020. № 7 (61). С. 31-33.

6. Хаятов, Р. Б., Велиляева, А. С. Влияние тревожно-депрессивных расстройств на тяжесть течения и качество жизни больных сахарным диабетом 2 типа. // Доктор ахборотномаси. 2020, №4, С.98-101.

THE HISTORY OF PSYCHOPATHY DEVELOPMENT: FROM IDEA TO MODERN VIEW

Hayatov R. B., Numonova A. A., Rakhmatova F. U.

*Department of Psychiatry, Medical Psychology and Narcology
Samarkand State Medical University,
The Republic of Uzbekistan, Samarkand*

Abstract. This article examines in detail the phenomenon of psychopathy, its etiology, manifestations, and features of the clinic and principles of working with this disease. A brief historical essay on the development of the idea of psychopathy is also presented.

Keywords: psychopathy, lack of empathy, behavioral changes, narcissism, pathology diagnosis.

Introduction. Psychopathy is a persistent personality disorder, the main characteristic features of which are changes in behavior, character and contact with

society. The basis of all these features is the absence of important qualities which help a person to adapt in society. These include compassion, love, empathy, shame, self-criticism, or remorse. Such a set of qualities often leads to the fact that in the future psychopaths commit criminal acts and end up behind bars. On the other hand, the prevalence of psychopathy and the birth of children with such a disease in the criminal environment are much higher. So what is psychopathy? This term is taken from the Greek language and means «Soul, consciousness and suffering, pain», it becomes clear that the first observations of psychopaths gave conclusions that the soul of these people suffers. However, with the development of psychiatry, ideas about various diseases have undergone various changes. Psychopathy also belongs to these diseases- now this term means a psychopathological syndrome, which includes such traits as low empathy, callousness and cruelty towards other people, inability to adequately assess their own actions with a complete lack of remorse. Psychopaths are also characterized by deceitfulness, egocentrism and poverty of emotions and emotional reactions. Manipulativeness also refers to the features that separate psychopaths from healthy people.

Materials and methods: Analysis of freely available data. Research of scientific works aimed at the study of psychopathy. Own observations and conclusions made in the process of working with deviant personalities

Results and discussions: Psychopathy can be diagnosed from childhood and compared to adults, it is easier to treat. According to some data, pathology occurs in 4.5% of the general population and in 15-25% of the criminal population. Also, 10% of the population, not being psychopaths, has features of psychopathy that harm others.

Despite the progress in the study of psychopathy, it has been known about and struggled with since ancient times. So in different cultures and religions we can find descriptions of the traits of people who would now be called psychopaths. For example, in Nigeria, there is still the term «aranakan» used by the Yoruba people.

Aranakan in this culture is a person «who has his own way, who does not want to come into contact with other people. He's angry and stubborn». There is also the word «kulangeta» used by the Inuit and means «a mind that knows what to do, but does not do it. In Alaska, this was mainly called men who «lie, steal, do not go hunting, and in the absence of men engage in sexual intercourse with women. These people were most often scolded by older and did not pay attention to these reprimands.

Table 1.

Classification of psychopathies according to ICD-10

Paranoid	High sensitivity to failures, jealousy, egocentrism, inability to forgive insults, excessive suspicion, negative attitude to the actions of others
Schizoid	Social contacts are minimal, dreamers, cannot sincerely get attached to a person or a pet, do not experience pleasure, do not know how to express feelings, constantly dig into themselves
Dissocial	Disregard for social laws and restrictions, aggressiveness, propensity to violence
Emotionally unstable	Capriciousness, acting under the influence of a momentary impulse, inability to assess the consequences of their actions. Emotions prevail over reason («first I do, then I think»). Whims and thoughtless behavior are combined with a sense of inner emptiness, tension
Hysterical	Excitability, theatricality, suggestibility, selfishness, suicidality
Anancastic	Self-doubt, scrupulousness, stubbornness
Anxious	Tension, suffer from gloomy forebodings, suffer from inferiority complexes, there is no basic sense of

	security. Refusals and criticism are intolerable, exaggerate the dangers, need praise and recognition
Dependent personality	Complete subordination to others, fear of loneliness, consider themselves helpless and insignificant, shift responsibility to those who are nearby
Narcissistic	Conviction of their own uniqueness, demand admiration and submission from others, envy

In ancient Greece - the cradle of science and knowledge - the writer Theophrastus created the work «vignette», written about an Unscrupulous man. In Greece, there was also a famous statesman Alcibiades, who was also described as a likely psychopath, he had constant failures at work, although he had great potential and inspired people with his speeches. However, the earliest references to the «psychopathic temperament» refer to Hippocrates. It was he, according to historians, who first introduced this concept into medicine. Perhaps psychopaths were also described in the Bible. In the 18th and 19th centuries, psychiatrist Philippe Pinel began to get people with mental illnesses out of prisons. He also drew attention to psychopathy, talked about outbursts of anger without mental insanity. These people, in his opinion, did not show classic signs of mental disorder, but their behavior was characterized by special cruelty, perverted sexuality, criminality, a tendency to alcoholism and drug addiction and other features described above. Pinel could not quite clearly understand psychopathy as a separate form of the disease, he wrote that these people had high mental abilities, their thinking was clear, they were reasonable, but still something was wrong with them. The clearest proofs of his observations were people who really had no modifications of consciousness, illusions, no disorders of thinking and consciousness, but had violations of sensitivity and morality.

In the future, psychopathy was called «erratic behavior» or «moral violations» (Pinel's student Jean Etienne Dominique Esquirol) and attributed it to criminals. In 1835, the term «moral insanity» was coined by the English psychiatrist James Pritchard. In the USA, psychiatrist Benjamin Rush described cases of moral violations in which people from murderers to businessmen could seem reasonable, participated in conversations, quickly copied the emotional reactions of others, but acted immorally to the detriment of others.

In 1988, ManHoski, Siarto and Vorzel stated that psychopathy, narcissism and Machiavellianism are interrelated. This is how the concept of a «Dark Triad» of bad characters appeared, which combines the three above symptoms. Characteristic signs of carriers of these symptoms are callousness and manipulation. People with the «Dark Triad» have a sense of superiority, social dominance, denial of generally accepted norms of behavior, lack of empathy and total selfishness. Currently, the dark triad is relevant because it is most often manifested in the so-called «Internet trolls». It is believed that such people exhibit a peculiar form of sadism. Interestingly, in society, men with these traits are more sexually attractive to women. However, they themselves are prone to frequent changes of sexual partners and to accidental sexual intercourse.

Psychopathy as a pathology became better known after the creation of the Psychopathy Checklist, PCL by Canadian psychologist Robert Haer. In 1970, he conducted research on Vancouver prison inmates and compiled a tool for psychological evaluation of psychopathy. It contains 20 questions to evaluate behavior and various personal aspects. These include: the charm of the patient, selfishness, self-superiority, deceitfulness, lack of guilt and regret, promiscuity, drug addiction, alcoholism, impulsivity, multiple marriages, etc. At the same time, a value from 0 (absence of a sign), 1 (probable presence of a sign) and up to 2 points (a sign is present) is set for each sign. Psychopathy is diagnosed at a value of 30-40, the result from 20 to 30 points is considered doubtful.

In modern society, psychopathy is a real threat, because psychopaths are actively romanticized in the cinema, seem unrealistic, overly charming and interesting personalities. Despite the fact that a psychopath is not capable of empathy, he very skillfully imitates the emotions of others and therefore looks attractive. There is also a hypothesis of «successful psychopathy», in which psychopaths who do not break the law achieve great career growth precisely because of their pathological traits. These traits are mistaken for leadership qualities, but in the future such a condition can harm the team. The idea of the prevalence of psychopathy in men deserves special attention. According to studies conducted in the USA in the 80s, psychopathy was indeed more common in men than in women (5 and 1%, respectively). However, this assessment is incorrect due to the different manifestations of this phenomenon in the two sexes. Thus, female psychopathy is characterized by mild severity and manifests itself more as psychological violence.

The relevance of the study of psychopathy in forensic psychiatry is explained by the desire to prevent the misdiagnosis, as well as the analysis of the criminal. It is such violators who are most often prone to sadism and recidivism; they lie and pose a danger to law enforcement officers.

Genetic theory of psychopathy. Although no specific «psychopathy gene» has been found, yet most scientists hold the opinion about the transmission of psychopathy by inheritance. This explains the frequent manifestation of psychopathy in children whose parents also had this pathology. However, even if neither parent has antisocial disorders, they may be carriers of genetic variants that increase the likelihood of developing psychopathy in future children. Most likely, psychological disorders are associated with the impact of several thousand genes at once.

Influence of the external environment. The genetic conditioning of psychopathy is no longer in any doubt, but the manifestation of these genes undoubtedly requires a strong influence of poor living conditions. Factors contributing to the development of psychopathy include a dysfunctional family, alcoholic parents, physical and

psychoemotional violence in childhood, low family income, poor supervision of the child, criminal environment, parental divorce, etc. Neither heredity nor environment can directly develop psychopathy. They affect the development of brain structures and neural circuits, which in turn increase the risk of psychopathy. An example is the amygdala. In healthy people, it regulates responsiveness, fear and empathy. In patients, the amygdala develops incorrectly, it is smaller or inactive. As a result of this development, psychopaths are fearless, unresponsive, and aempathic.

Organic damage to brain structures. There is often a connection between traumatic brain injury and psychopathological behavior. These signs are especially pronounced in people with trauma to the prefrontal cortex, orbitofrontal cortex. People with damage to these brain structures are more likely to have psychopathic syndromes. Of particular danger are such changes that manifest themselves at a young age. For example, children with such defects in the future never adapt to society and do not develop the concept of morality.

Neurological mechanism of development. MRI scans of people with psychopathy revealed dysfunction of the orbitofrontal cortex, brain abnormalities in prefrontal and temporo-limbic areas. It is these areas that are responsible for the emotions and training of people. Also, tests show that pathology is most often localized in the amygdala, striatum, parahippocampal gyrus, insula and frontal lobes. Such people are more likely to have a violation of the processes occurring in the right orbitofrontal cortex, the right anterior cingulate cortex and the left dorsolateral prefrontal cortex.

Biochemical basis. According to research data, the hormone testosterone and its hyperproduction contribute to the development of aggressive and antisocial behavior, dominance in everyday life. Also, the development of psychopathy is affected by the dysregulation of serotonin in the brain. At the same time, serotonin also reduces cortisol levels, which is characteristic of psychopathy. Cortisol, in turn, increases a person's sensitivity to punishment. At the same time, a 2010 study showed

that people with psychopathic traits had a greater dopamine response to «rewards». The enzyme monoamine oxidase A (MAO) also contributes to the development or prevention of psychopathy due to the breakdown of the neurotransmitters serotonin and dopamine.

Conclusion: When analyzing all of the above data, it becomes clear that psychopaths and psychopathy are a very interesting and important object of research, they often pose a threat to others, in extreme cases commit terrible crimes. However, timely diagnosis of psychopathy and assistance provided by medical staff and relatives can lead to normalization of the patient's lifestyle

References.

1. Jentsch JD, Taylor JR. Impulsivity resulting from frontostriatal dysfunction in drug abuse: implications for the control of behavior by reward-related stimuli. *Psychopharmacology*. 1999;146:373–390.
2. Moeller FG, Dougherty DM, Barratt ES, Schmitz JM, Swann AC, Grabowski J. The impact of impulsivity on cocaine use and retention in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2001;21:193–198.
3. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual IV*. 4th ed. Washington D.C.: American Psychiatric Association; 1994.
4. Bechara A. Decision making, impulse control and loss of willpower to resist drugs: a neurocognitive perspective. *Nat Neurosci*. 2005;8:1458–1463.
5. Roberts RE, Roberts CR, Chan W. One-year incidence of psychiatric disorders and associated risk factors among adolescents in the community. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008
6. Anderson KJ, Revelle W. Impulsivity and time of day: is rate of change in arousal a function of impulsivity? *J Pers Soc Psychol*. 1994;67:334–344.
7. Casada JH, Roache JD. Behavioral inhibition and activation in posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2005;193:102–109.

**ФЕНОМЕНОЛОГИЯ ДЕСТРУКЦИИ РЕВНОСТИ:
СИСТЕМНАЯ ПСИХОАНАЛИТИКА**

Чумичева Н. В.

*НАН ЧОУ ВО «Академия маркетинга и социально-информационных технологий –
ИМСИТ», Россия, г. Краснодар*

Аннотация. Целью настоящей статьи является определение клинико-динамических закономерностей бреда ревности при расстройствах психики широкого спектра, факторов риска социально опасных действий, определение феноменологии и динамики бреда ревности у больных шизофренией. Выявлена проблематика диагностики и лечения на примере классических амбулаторных и клинических случаев.

Особое внимание акцентируется на ревнивцах истеричного и обсессивно-компульсивного типа, склонных к драматизации и театрализации аффективных всплесков девиантного поведения. Описаны сложные рецидивы «синдрома Отелло» на поздних стадиях по прошествии десятков лет, документальные случаи доведения женщин до самоубийства партнером-ревнивцем. Объясняются вариации подсознательной попытки ревнивца признать несостоятельность своих доказательств мнимой измены, даже при их очевидной фантазмагоричности и маловероятности.

Предложен перечень основных заболеваний, сопутствующих «Синдрому Отелло». Предпринята попытка отследить взаимосвязь между психиатрическим анамнезом и степенью активных вспышек приступов ревности в текущий момент. Фиксируются речевые примеры типичных фантазмов ревнивцев «со стажем», основные парадоксальные сюжеты доказательной базы, которой ревнивцы неубедительно аргументируют причины своей ревности. Хрестоматийные случаи стремлений объекта ревности доказать свою любовь и преданность обычно напрасны, приводятся психологические иррациональные

причины невозможности «реабилитации» якобы неверного супруга в глазах человека с прогрессирующим синдромом Отелло.

Ключевые слова: «Синдром Отелло», психологический прессинг, патологическая ревность, параноидальное состояние, симптом, дисгармония отношений, девиантное поведение, иллюзия восприятия, чувство вины, иррациональные мысли.

THE PHENOMENOLOGY OF THE DESTRUCTION OF JEALOUSY: SYSTEMIC PSYCHOANALYSIS

Chumicheva N. V.

*Department of Pedagogy and Intercultural Communications,
Academy of Marketing and Social Information
Technologies – IMSIT, Russia, Krasnodar*

Abstract. The paper analyzes the symptoms and signs of the pathological jealousy, its diagnostic and treatment complex of measures, its socially dangerous risk factors, course of the jealousy disease's phenomenology in schizophrenic patients on the examples of classical outpatient and clinical cases. Special attention is paid to jealous and obsessive– compulsive men, who are inclined to dramatization and theatricalization of affective outbursts of deviant behavior. The complex setbacks of the Othello syndrome in its late stages as well as documentary cases of bringing suffering women to suicide are described. The article's content explains the variations of the jealous men's subconscious tries to avoid understanding of the inconsistency of their «evidences» of mythical betrayals. The most typical diseases associated with the Othello syndrome are enumerated in the given article. The connection between the psychiatric anamnesis and the degree of active disease recurrences of jealousy is given. Verbal examples of typical fantasies of jealous people «with a background experience» are fixed, as well as the main paradoxical plots of their evidence base. The paradigmatic cases of jealousy objects to prove their love and devotion are usually initiated in vain, the psychological irrational

groundings for the impossibility of the unfaithful spouse «rehabilitating» in the eyes of a person with progressive Othello syndrome are mentioned.

Keywords: Othello syndrome, psychological pressure, pathological jealousy, paranoid disorder, diagnostic, disharmony in the relationships, deviant behavior, perceptual illusion, guilt feeling, irrational bigotry.

Человека, которому не присуще чувство ревности в той или иной степени, возможно, не существует. Неконтролируемая ревность, полностью поглощающая сознание, патологические обвинения партнера в измене, аномальные попытки на несуществующей измене изловить, требования ложных признаний психологами трактуются как психотический тип бреда ревности или «синдром Отелло» [1-2].

Синдромом Отелло патологическую ревность назвали в 1955 году английские психиатры Jhon Todd и Kenneth Dewhurst [3-5]. В настоящее время данная дефиниция используется все реже, поскольку патологическая ревность – это не дискретный изолированный синдром, а целый симптомокомплекс, который входит в структуру целого ряда девиантных и болезненных состояний.

К сожалению, львиная доля исследований, касающихся бредовых ревностных состояний выполнена до 1995 года. Актуальность возвращения к этой теме обусловлена количеством обращений женщин, проживающих с патологическими ревнивцами к психологу и психотерапевту за помощью, а также ростом числа случаев телесных повреждений как со стороны страдающих от синдрома Отелло, так и со стороны их невинных жертв [6, 7].

Классическая хрестоматийная типология ревности насчитывает семь основных вариантов девиаций: параноидальная ревность, нарциссическая ревность, психопатическая ревность, мазохическая ревность, шизоидная или избегающая ревность, истерическая ревность, обсессивно-компульсивная ревность [8].

Параноидные ревнивцы, подсознательно укрываясь от фантазий о собственных желаниях измены и/или полигамных отношений, проецируют свои скрытые тайные потребности на других людей, становясь убежденными, что их партнеры опасно привлекательны для окружающих. За подобными фобиями часто скрывается боязнь собственных гомосексуальных и/или гетеросексуальных фантазий, которые являются опасными с точки зрения социального осуждения или потенциального неприятия. Именно в этом раскрывается потребность параноидного ревнивца – самому не допустить возмездия, но успеть обвинить близкого в качестве превентивной меры.

Проявляется такой тип ревности постоянным недоверием, проверками, слежками и допросами с пристрастием, идеями того, что ревнивца могут бросить и предать с самого начала отношений. Это выражается не просто в навязчивой рефлексии, а в чувстве страха перед потенциальной потерей отношений. Партнер параноидного ревнивца в процессе отношений начинает перенимать тревогу и чувство небезопасности, которую ранее ему или ей не доводилось испытывать.

Ревность «Отелло-нарциссов» основывается на глубинном бессознательном ощущении, что они обмануты и нелюбимы, что их водят за нос, одурачивают и подогревается страхом стыда и морального падения. Формироваться в анамнезе может как результат чрезмерных ожиданий со стороны родителей, завышенных стандартов, которым ребенку трудно соответствовать. Таким людям чудится и представляется, что если они не будут безупречными во всем и всегда, их не будут ценить, уважать и любить. Взрослый ревнивец продолжает на автопилоте соизмерять свою текущую жизнь с детскими завышенными стандартами успешности и счастья.

Психопатическая ревность является наиболее бурной и принимает наиболее патологические формы и последствия. Данный тип ревности возникает у людей, чья личность центрирована в дезорганизованной

импульсивности. Ревнивец с психопатической девиацией не может постоянно контролировать свои импульсы и реакции. Психопатическая ревность выстраивается на неспособности к человеческой привязанности и опорой в отношениях на примитивные территориальные психологические механизмы. Ревнивцы считают, что необходимо постоянно акцентировать внимание второй половине на том, кто в доме хозяин, а ревностью показывать, что человек является его вещью, предметом интерьера.

У людей с мазохистической разновидностью ревности существует бессознательное представление о том, что они могут быть интересны и любимы только в моменты страха, тревоги, уязвимости и страдания. Мазохисты-ревнивцы мучаются неясными грезами предощущения измен и домысливают ревность для того, чтобы почувствовать боль и вызвать у партнера острое чувство вины, в котором тот станет уделять ему больше внимания. Часто мазохисты знакомят любимых с привлекательными женщинами или мужчинами и сами нагнетают события, в которых их ревность приобретает гипертрофированные формы. Даже при наличии объективного повода для ревности или измены мазохисты не оставляют своих любимых, получая от ситуации болезненное удовлетворение.

Шизоидная ревность присуща людям, которые бессознательно и целенаправленно формируют мысли о ревности для того чтобы создать или сохранить межличностную дистанцию с партнером. Эти люди слабо эмоциональны и потому в своей ревности не проявляют излишней тревоги и бурных аффектов, драматических сцен. Можно заметить лишь видимую грусть, о которой сам ревнивец не склонен рассуждать вслух. Именно в этом заключается трудность в нивелировании ревности – о ней трудно догадаться. От них можно услышать спокойные фразы типа: «Вижу, что он тебе нравится, тогда я не буду мешать Вашему счастью: насильно мил не будешь». Идеи о

ревности в обостренной шизоидной форме могут принимать очень вычурную, небанальную и креативную форму.

Истерические ревнивцы очень эмоциональны, чувствительны и театрально демонстративны. Имеют развитую интуицию и привыкли быть в центре внимания любимого человека и не только. Истерическая ревность всегда носит бурный и постановочный характер и часто связана с подозрениями измены в форме сексуальных отношений, а не духовной связи. У ревнивца истероидного типа быстро меняется настроение с крайне хорошего на чернее черного (плохое), нет критики своим действиям, успокаивается ревнивец только в случае крика или агрессии со стороны оскорбленного партнера. Действия ревнивца-истероида напоминают трагедийный спектакль в лучших шекспировских сценариях.

Люди, склонные к обсессивно-компульсивной ревности, обычно формируют навязчивые мысли и действия. Проявления обсессивно-компульсивного типа ревности носят системный, плановый, нехаотичный характер. Ревнивец может проверять телефон и социальные сети сто раз в день или подслушивать только затяжные ночные разговоры по мессенджеру. Ревность похожа на привычные ритуальные действия. Выполняя определенные действия, ревнивец защищает себя от потери объекта ревности.

Относящиеся к самым тяжелым проявлениям ревности, истерическая ревность, обсессивно-компульсивная ревность обычно характерны для трагичного сюжета известного «Синдрома Отелло». Источники и ресурсы, постоянно подпитывающие «Синдром Отелло»: обманы и предательства в прошлом, желание быть совершенством для всех, поскольку кажется, что если вы не лучше всех, то вы – ужасны, невыносимы, плохи, ревность от страха одиночества, ревность от лени. Леность в отношениях – случай нередкий: когда человек сам не вкладывается в отношения достаточно, то “его собственность”

начинает жить своей собственной жизнью или попадать в руки других, более шустрых и готовых к «приватизации» хозяев.

Рассматривая вопросы генеза патологической ревности, нельзя упускать из вида и особенности личности. Зачастую можно обнаружить и ощутить, что сам ревнивец скрыто и тайно испытывает всепоглощающее чувство собственной неполноценности; отмечается нерелевантность между его огромными амбициями и реальными достижениями в жизни к данному возрасту. Такой ревнивец особенно уязвим ко всему, что может вызывать и усугублять это чувство неполноценности, например, к понижению социального статуса или к приближающейся старости, снижению либидо, первым симптомам эректильной дисфункции.

Развитию ревности способствуют травмирующие ситуации, непосредственно касающиеся семейной жизни: дисгармония супружеских отношений (сексуальный и/или психологический диссонанс), материальное неблагополучие пары, неудовлетворенность ревнивца своим текущим профессиональным состоянием дел, бытовыми условиями или в целом – общественным статусом. Сексуальная несостоятельность, возникшая до начала патологической ревности может проявляться в виде преждевременной эякуляции, недостаточности эректильной функции, слабеющем с возрастом либидо, неспособности доведения женщины до оргазма, женской аноргазмии. Психологическая несовместимость может выражаться в постоянных ссорах, скандалах по различным мелким и незначительным житейским поводам [9-14]. Однако каждый случай возникновения патологической ревности индивидуален, и может включать в себя как вышеозначенные симптомы дискретно, так и бреда ревности у большинства ревнивцев предшествуют в совокупности. Возможно, наличие и менее часто встречающихся факторов риска.

Появлению «Синдрома Отелло» может предшествовать провокационное поведение партнера (игривые диалоги с посторонними, поздние возвращения

после работы, отказы в интимной близости, упреки в сексуальной неудовлетворенности, шутки и подтрунивание над партнером в случаях неудачных актов). В ряде случаев возникновению бреда ревности предшествовали бредовые идеи преследования, воздействия, вымышленного плохого отношения коллег, соседей, друзей или родственников, в том числе иногда – иллюзии восприятия (слуховые, тактильные, вкусовые и визуальные) и психические автоматизмы.

Центральная характерная позиция в приступах патологической ревности – бездоказательные и безосновательные болезненные представления о неверности партнера. Навязчивые, сверхценные или бредовые, эти идеи вызывают целый спектр отрицательных эмоций и толкают человека на деструктивные действия: слежку, сбор компромата, готовность выбить признание угрозами, манипуляцией, давлением на жалость, истериками и слезами, спорами или силой. Навязчивые и регулярные настойчивые попытки выведать «несуществующую измену» порой доводят любящего партнера до аффекта и точки невозврата – иногда, в стремлении прекратить ежедневные морально-психические пытки допросами, женщины признаются в изменах, которых не было, надеясь, что это нормализует эмоциональный фон отношений. Однако, факт признания в несуществующей измене только подливает масла в огонь. Патологический ревнивец входит в фазу пожизненного предвзятого отношения к партнеру как к потенциальному изменнику. Гештальт незавершенных вопросов и вечного поиска улик завершается утверждением резюме «да все они такие, все одинаковы» или «я знал. Всегда знал, что так и будет». «Отелло» с крайней предвзятостью к людям становится социально опасен. Патологическая ревность или синдром Отелло не имеет реальных оснований в 99 статистических случаях из ста.

Соперника просто нет. Психотерапевты любят рассказывать анекдотические истории о «доказательной базе» ревнивца, в таких историях

супруга обвинялась, например, в молниеносной интимной связи во время сбрасывания мусора в мусоропровод («Представьте, доктор, он ждет ее прямо в подъезде, чтобы снять все подозрения. Они занимаются любовью за входной дверью в прихожей, фактически, у меня на глазах!»), либо супругу «застали» с другим прямо возле кассы в магазине, где любовником может считаться любой случайный посетитель противоположного пола. Иронично относящийся к доводам ревнивца психотерапевт обычно может обвиняться в некомпетентности, глупости, недопонимании ситуации, нежелании производить углубленный анализ и даже – в симпатии «изменнице». Да, в редких уникальных случаях измены могут действительно иметь место, но в случае патологической ревности их факт не изменит основного содержания переживаний ревнивца, а только будет к ним добавлен бонусом. «Да ну ее, твою вредную начальницу, ты мне лучше объясни, когда ты умудряешься соседа Максима удовлетворять, если ты на связи со мной 18-20 часов в сутки?» Любопытно, что ложные «воспоминания» и «беспорная» аргументация ревнивца часто подвергаются новому толкованию, интерпретации, тщательному пересмотру, при этом нюансировка и акценты могут смещаться в сторону ранее якобы «незамеченных» ревнивцем «очевидных» деталей.

Постепенно бредовые идеи ревности могут превратиться в хроническое функциональное расстройство, шизофрению, параноидальное расстройство на фоне навязчивых сверхценных идей об изменах [8]. Наличие различных комбинированных форм ревности может создавать сложную полифоническую структуру расстройства личности.

В целом, безусловно, если присутствует патология ревности, могут присутствовать и другие симптомы психологических расстройств. Наиболее вероятными «соседями» бреда ревности могут быть: склонность к дисфориям, сверхподозрительность и преобладание рационального над эмоциональным при психопатии-паранойяльной, недостаточная критичность к

собственной личности, облегченность в суждениях и прогнозе последствий собственных поступков, сочетание угодливости и желания расположить к себе собеседника с брутальностью и вспышками гнева, аффективной ярости.

Параноидальные мысли ревности возникают непроизвольно, вопреки воле, дезорганизуют логический ход нормального мышления. Как иллюстрация: например, супруг в фазе обострения «Синдрома Отелло» убежден в том, что любимая женщина ему неверна, он даже может привести несколько вполне реальных, хотя и весьма косвенных фактов, притянутых искусственно, окольно и даже не по касательной с реальностью, и немалую часть свободного времени он посвящает детективной самодеятельности, розыскам и дознаниям, сверкам, сличениям и очным ставкам с нелепыми якобы – фактами, отдавая себе отчет в том, что, даже найдя оные улики, расставаться с придуманным «изменником/изменницей» или мстить не будет [6]. Такому ревнивцу важен процесс, который поглощает все его жизненное и рабочее пространство, фокусируя на факте вымышленной измены смысл его существования. Якобы обманутый супруг с бредовыми идеями ревности ни в чём не сомневается. Он знает и уверен на 100 % – любовник у жены, например, губернатор области или водитель такси, или юный кассир супермаркета, или коллега по работе, в конце концов. Или наверняка сосед с верхнего этажа. Или специально вызванный ею, жуткой средневековой ведьмой, инкубус [9]. Поэтому можно не утруждаться поиском доказательств, но ежели вдруг есть еще сомнения – так вот они, очевидны и не терпят возражений: фасон платья, в котором она вышла из дома, парфюм, который наверняка нравится не только ей, но и “ему“, неотвеченный вызов с неизвестного номера телефона, смешки и улыбки, когда она просматривает новостную ленту друзей в соцсетях, а также... следы астрального присутствия «тайного возлюбленного инкуба».

Обвиняемый партнер считается виновным всегда и по умолчанию, по всем опциям, пока не предоставит доказательств невиновности, но этого

никогда не происходит, потому что перекрыть косвенные и нелепые домыслы нечем. Нечеловеческие или даже воистину фантастические усилия с целью доказать невиновность или отвергнуть обвинения всегда претерпевают неудачу, так как иррациональные мысли не могут быть преодолены рациональным путем. Интересно, что ревнивец зачастую не имеет ни малейшего представления о том, кто мог бы быть предполагаемым любовником или что это за личность, где он может жить, как выглядеть и чем заниматься. Более того, патологический ревнивец нередко избегает принятия мер, которые обеспечили бы получение неопровержимых доказательств виновности или невиновности объекта ревности. Иногда параноидный бред ревности носит нелепый и вычурно фантазмагоричный характер, строится по силлогизмам антилогики. Подобный бред политематичен, его сопровождают галлюцинации и другие бредовые расстройства. Кривда кажется правдой, правда видится бредовым вымыслом, мир доказательств априори переворачивается до противоречивого «с точностью до наоборот». Преобладает депрессивный аффект и поведение не соответствует бредовым переживаниям. Жизненные ориентиры и поведенческие стратегии ревнивца могут быть поразительно аномальными.

Объект фантазмагорических обвинений патологического страдальца с синдромом Отелло может стараться переубедить возлюбленного, доказать свою любовь, верность, преданность – напрасно и безнадежно. Ревнивца переубедить практически невозможно, так как его перманентная встревоженность не позволит ему объективно анализировать происходящее и видеть реальность, изменяет и корректирует восприятие, лишает способности выйти за рамки тоннельного зрения и озабоченности проблемой «измен». Жертва ревности чаще всего абсолютно беспомощна при любом красноречии, искренности, преданности и фактологической базе невиновности.

Социум относится к патологическим ревнивцам с опасением и осуждением. Такое положение дел часто заканчивается тем, что патологические ревнивцы отрицают то, что у них есть эта проблема и, соответственно, лишают себя возможности с ней разобраться. Они обвиняют своих супругов в том, что их спровоцировали и сделали несчастными. И бесконечная адская спираль взаимных мук и страданий, как жертвы ревности, так и ее инициатора, продолжает закручиваться глубже и жестче, вредя отношениям, отклоняя их линии реальности и возможного разрешения выдуманного конфликта.

Последствия аффективного «Синдрома Отелло» могут быть губительными и фатальными. Именно поэтому «Синдром Отелло» не изучается только лишь в рамках академического интереса психиатров и психологов. Нежелательные варианты исхода патологии ревности таковы:

1. Подкрепляющие формы поведения. Ревнивец ощущает себя Агатой Кристи: визиты домой без предупреждения, или на работу с целью застать врасплох, прослушивание телефонных разговоров и установка видеокамер и диктофонов, прочитывание переписки, проверка постельного и нижнего белья, даже требования предъявить к осмотру то, чем ему могли изменять – в ход идет всё. Если ревнивец ничего компрометирующего не находит, это ничего не значит кроме того, что наблюдаемый (наблюдаемая) слишком хорошо шифруется и тщательно скрывает улики;

2. Ревнивец чувствует и выставляет себя уязвленной, обиженной и пострадавшей стороной, хотя приносит душевные страдания именно своей второй половине. А поскольку речь о попытках конструктивного решения проблемы в такой ситуации никогда не идет, то нередко она решается по детскому наивному сценарию: давление на жалость, разрыв отношений в попытке показать, какому нецененному сокровищу и подарку судьбы «наставили рога»...;

3. Ревнивец может быть социально опасен – вплоть до нанесения серьезных телесных увечий или даже убийства. Случаются и эпизоды доведения партнера до телесных повреждений, суицида своими постоянными придирками, подозрением и требованием постоянно доказывать невиновность, оправдываться на ровном месте без повода. Расшатывание эмоционального фона семьи, отношений размывает и нивелирует все положительное, что было у данной пары.

Морально уничтожаемый партнер ревнивца превращается в эмоционально неустойчивого, депрессивного и крайне несчастного человека;

4. Дети, растущие в семье ревнивца, всегда жертвы эмоционально перегруженной ситуации. Все выяснения отношений между родителями происходят у них на глазах. Как результат – детские неврозы и психотические состояния, формирование искаженной картины мира и перверсивных моделей поведения.

Протекание бреда ревности возможно по двум основным типам: непрерывно-прогредиентное течение и непрерывное течение с последующим замещением бреда ревности бредом иного содержания и два варианта приступообразного течения (приступообразное течение без прогредиентных тенденций и приступообразно-прогредиентное) [5]. Приступы бреда ревности могут длиться от 2 дней до нескольких месяцев с отчетливо нарастающей динамикой. Именно на этапе роста аффективного состояния ревнивца к психотерапевту за консультацией и помощью обращается большинство морально или физически пострадавших женщин.

Прогрессирование бреда ревности выражается в следующем:

- 1) превращение паранойяльного бреда в параноидный;
- 2) включение в структуру бреда иного нелепого и фантасмагоричного контента;
- 3) присоединение новых косвенных галлюцинаторных расстройств;

4) появление парафренных элементов бреда ревности. На фоне усугубления тревожащих ревнивца «фактов измены», могут усиливаться тревожность, вспыльчивость и обидчивость. Порой ревнивец уверен в изменах, просто полагаясь на уверенность в своей сверхпроницательности, которая быстро преобразуется в чувственную некорректируемую аксиому.

Диагностирование и излечение синдрома Отелло часто связано с рядом сложностей, поскольку сам ревнивец может считать, что лечение ему навязали, и не проявлять особого желания соблюдать рекомендации практикующего специалиста [6].

Страдающий синдромом Отелло с гранитной убежденностью верит в то, что проблема не в нем, а в его неверной второй половине. Первостепенное значение в таком случае может иметь адекватное лечение любого основного или параллельного психологического расстройства, такого как шизофрения или аффективный психоз.

Экстренная психотерапия может быть показана ревнивцам с невротическими или личностными расстройствами. При этом обычно ставится цель постепенной релаксации, разрешив патологическому ревнивцу (а также его супруге) открыто высказать и обсудить свои чувства и недовольство друг другом. При использовании методик бихевиоризма (поведенческой терапии), в частности, побуждают партнера смоделировать поведение, способствующее ослаблению ревности, например, путем контрагрессии или за счет отказа от споров, в зависимости от конкретного случая, сглаживания выдуманных и притянутых «с потолка» выдуманных фактов измен. Если амбулаторное лечение у психотерапевта вяло результативно или если риск насилия велик, может возникнуть необходимость госпитализации. Однако нередки случаи, когда в стационаре у ревнивца как будто наступает улучшение, но сразу после выписки начинается мощный рецидив. Супруг начинает проживать ситуацию с выдуманными изменами снова и снова, добавляя, выискивая и сочиняя новые

«неоспоримые» и «самоочевидные» улики. Повторный рецидив может принимать более устрашающие формы.

Обычно прогноз лечения или возможного полного избавления от патологической ревности зависит от основного заболевания, наличия сопутствующих расстройств и от резистентности к психотерапии/фармакологическому вмешательству. Шансы на то, что синдром Отелло возникнет снова, довольно высоки, поэтому рекомендуется тщательное наблюдение в течение длительного времени. Ряд зарубежных авторов ссылаются на несколько документальных фактов убийств по причине патологической ревности, совершенных уже после освобождения из колоний и тюрем или после выписки из спецбольницы, после многих лет видимого внешнего благополучия пары.

При изучении психопатологии бреда ревности рекомендуется применять многоуровневый подход, позволяющий выделить различные структурные компоненты и варианты их сочетаний друг с другом. Наиболее важными из параметров можно считать: синдромальная характеристика расстройств (паранойяльный, параноидный бред аффективной ревности), галлюцинаторно-параноидные расстройства, социально опасные действия ревнивцев [5].

Раннее определение факторов, обуславливающих появление бреда ревности при расстройствах шизофренического спектра, должно содействовать усовершенствованию общих психопрофилактических мер. Выделенные в статье типы ревности и динамика их протекания способствует своевременному их выявлению, усовершенствованию дифференциальной диагностики, а также проведению адекватного лечения. Данный материал может послужить определению группы факторов риска совершения социально-опасных действий ревнивцев, возможно, находящихся на ранней стадии шизофрении.

Литература / References:

1. Гаджиева, У. Х. Клинические варианты патологической ревности у больных алкоголизмом вне острых алкогольных психозов (На материале стационарного обследования): автореф. дис... канд. мед. наук / Моск. гос. мед.-стом. ун-т. Казань, 2000. 24 с.
2. Дектярев, Б. Н. К клинике и психопатологии болезненной ревности: автореф. дис... канд. мед. наук / Кирг. гос. мед. ин-т. – Фрунзе, 1972. – 28 с.
3. Todd J., Dewhurst K. The Othello Syndrome: a study in the psychopathology of sexual jealousy. The Journal of Nervous and Mental Disorder, Baltimore, 1955. – 367 p.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn) (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994. – 250 p.
5. Козубовский, В. М. Общая психология: познавательные процессы. – Минск : Изд-во Амалфея, 2008. – 368 с.
6. Коптева, С. И. Познай себя: актуальные проблемы психологии самосознания. Минск: БГПУ, 2001. 92 с.
7. Миникаев, В. Б. Клинико- динамическая характеристика бреда ревности при расстройствах шизофренического спектра и факторы риска социально опасных действий: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Моск. науч.-исслед. ин-т психиатрии. М., 2005. 23 с.
8. Чумичева, Н. В. Современные направления прикладных социолингвистических исследований: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности «Теоретическая и прикладная лингвистика». – Краснодар: Изд-во ЮИМ, 2012. – 88 с.
9. Чумичева, Н. В. Латентные коммуникативные уровни психотерапевтического дискурса // Электронный научно-практический журнал Культура и образование. Рязань, 2014. № 9 (13). С. 35.

10. Чумичева, Н. В. Когнитивная психология в задачах, тестах и терминологических кроссвордах: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 031301.65 Теоретическая и прикладная лингвистика. Краснодар, 2012. 74 с.

11. Голубцов, С. А., Зеленская, В. В., Вовк, Т. В. Рекламный слоган: новый подход // Современные тенденции кросс-культурных коммуникаций / Сборник материалов IV Международной научно-практической конференции, 2022. – С. 52-56.

12. Чумичева, Н. В. Ритмо-мелодическая реализация рекламного сообщения: нейропсихолингвистический аспект // Современная наука: тенденции развития / Материалы III Международной научно-практической конференции. – Краснодар, 2012. – С. 108-111.

13. Чумичева, Н. В. Патопсихолингвистика психоделических текстов субкультуры хиппи // Язык. Дискурс. Текст / Труды и материалы V Международной научной конференции, посвященной юбилею профессора Г.Ф. Гавриловой, Ч. 1. – Ростов-на-Дону: Изд-во АкадемЛит, 2010. – С. 321-323.

14. Чумичева, Н. В. Психоделика субкультуры хиппи: патопсихолингвистический аспект / Слово, высказывание, текст в когнитивном, прагматическом и культурологическом аспектах. Сборник статей участников V Международной научной конференции, Т. 1. – Челябинск, 2010. – С. 371-373.

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА ПРОБЛЕМА ПСИХОФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ

Яковлев А. С., Яковлева А. А.

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

Аннотация. В данной статье представлены результаты исследования распространенности аффективных расстройств у больных шизофренией и степень выраженности этих расстройств в зависимости от длительности и течения заболевания. Параллельно будет рассмотрена зависимость между длительностью заболевания и наличием лекарственной резистентности.

Ключевые слова: аффективные расстройства, шизофрения, фармакорезистентность.

**THE PREVALENCE OF AFFECTIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH
SCHIZOPHRENIA AT VARIOUS STAGES OF THE DISEASE. THE
PROBLEM OF PSYCHOPHARMACOLOGICAL RESISTANCE.**

Yakovlev A. S., Yakovleva A. A.

Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology

Kemerovo State Medical University, Russia, Kemerovo

Abstract. This article presents the results of a study of the prevalence of affective disorders in patients with schizophrenia and the severity of these disorders depending on the duration and course of the disease. In parallel, the relationship between the duration of the disease and the presence of drug resistance will be considered.

Keywords: affective disorders, schizophrenia, pharmacoresistance.

Введение. Эмоции – один из важнейших механизмов психической деятельности, обеспечивающий чувственно окрашенное обобщенное отношение к окружающему и к своему внутреннему состоянию. Расстройства настроения обнаруживают практически при любом психическом заболевании, но при шизофрении происходит изменение личности особого типа, а именно эмоциональное оскудение, снижение энергетического потенциала и прогрессирующая интровертированность. В последние годы с учетом

эпидемиологических данных аффективные расстройства выдвинулись в число глобальных проблем XXI века.

Распространенность аффективных расстройств при шизофрении, как сообщается, составляет около 40%, однако в зависимости от давности заболевания (первый психотический приступ или хроническое течение) и состояния (острое или постпсихотическое) влияют на цифры, которые, таким образом, могут значительно варьироваться. Частота острых эпизодов достигает 60%, в то время как при постпсихотической шизофрении частота умеренной или тяжелой депрессии варьируется от 20% при хронической шизофрении до 50% после лечения первого эпизода [2].

При изучении начальных стадий заболевания в группах, определенных как группы сверхвысокого риска психоза, сообщается о высоких показателях «сопутствующих» диагнозов по первой оси, причем более 40% из них соответствуют критериям депрессивного расстройства, перевешивая тревогу или другие симптомы настроения.

При продольном исследовании депрессии при шизофрении подавляющее большинство, до 80%, пациентов испытывают клинически значимый депрессивный эпизод. Это подчеркивает, как показатели перекрестного обследования заметно недооценивают истинную распространенность, и предполагает, что, по крайней мере, на ранней стадии заболевания симптомы настроения могут быть чем-то большим, чем сопутствующие переживания.

Разнообразие в сообщаемых цифрах депрессии также частично объясняется трудностью отличить симптомы настроения от негативных симптомов, что предполагает сложное и пока еще плохо изученное совпадение с другими аспектами симптомов на феноменологическом уровне. Депрессия при шизофрении долгое время была таксономической проблемой, приводящей к утверждениям, что истинная шизофрения «неаффективна»; или изобретению новых диагнозов и расширяющих определений, таких как шизоаффективное

расстройство. При шизоаффективном расстройстве DSM-V возникновение бреда или галлюцинаций должно присутствовать при отсутствии каких-либо серьезных симптомов настроения, по крайней мере, в течение 2 недель, в то время как расстройство настроения должно присутствовать в течение большей части общей продолжительности болезни.

Цель исследования. Оценить частоту возникновения и структуру аффективных расстройств у больных шизофренией с учетом продолжительности заболевания. Проследить взаимосвязь длительности течения шизофрении с расстройствами настроения и наличием лекарственной резистентности.

Материалы и методы исследования. Материалом послужили данные архивных историй болезни больных шизофренией, имеющих ту или иную патологию настроения. Методом ретроспективного анализа проведено исследование историй болезни 150 женщин, проходивших лечение в 14-16 отделении ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница» за временной промежуток с 01.01.2020 года по 01.01.2023 года.

Результаты и их обсуждение. На начальном этапе исследования первоочередной задачей являлось разделение больных по типу течения шизофрении. В результате этого было сформировано несколько групп:

1. Непрерывный тип течения;
2. Приступообразно-прогредиентный (шубообразный) тип течения;
3. Периодический (рекуррентный) тип течения.

Следующим этапом предстояло распределить полученные группы по давности заболевания и по наличию той или иной аффективной патологии.

Таблица 1.

Распределение больных, страдающих шизофренией по течению процесса, давности заболевания и доле аффективных расстройств.

Давность заболевания	Тип течения шизофрении					
	Непрерывный тип		Шубообразный тип		Рекуррентный тип	
	Количество больных	Доля аффект. расстройств	Количество больных	Доля аффект. расстройств	Количество больных	Доля аффект. расстройств
До 5 лет	18	8 (44,4%)	17	10 (58,8%)	16	9 (56,2%)
6 - 10 лет	21	15 (71,4%)	19	9 (47,3%)	15	11 (73,3%)
11 и более лет	20	20 (100%)	12	10 (83,3%)	12	10 (83,3%)
Всего:	59	43 (72,8%)	48	29 (60,4%)	43	30 (69,7%)

Таким образом, выявлено, что у большинства исследуемых наблюдается непрерывный тип течения шизофрении (59 больных), при этом доля аффективных нарушений наибольшая именно в этой группе (72,8%) в сравнении с шубообразным и рекуррентным типами (60,4% и 69,7% соответственно). При изучении архивных историй болезни была выявлена тенденция к увеличению количества и тяжести аффективных расстройств в зависимости от давности заболевания. Так, например, при непрерывном типе течения и длительности заболевания до пяти лет частота аффективных расстройств составляет 44,4%, при этом соотношение различных вариантов нарушения настроения (депрессивный эпизод, маниакальный эпизод, рекуррентное аффективное расстройство) примерно одинаково. А при длительности заболевания более 6 лет резко возрастает частота депрессивного синдрома, пациенты становятся аутичными, не проявляют интерес к окружающему, не нуждаются в общении с другими больными.

На следующем этапе научного исследования было необходимо отследить наличие и степень выраженности фармакорезистентности при коррекции

аффективных нарушений. Результатом явилось наличие лекарственной резистентности в 66 – 79 % случаев, при этом её выраженность напрямую зависит от давности заболевания. Например, при шубообразной шизофрении продолжительностью менее 5 лет фармакорезистентность встречается лишь у 3 из 10 больных (30%), а при продолжительности более 11 лет у 7 из 10 человек (70%).

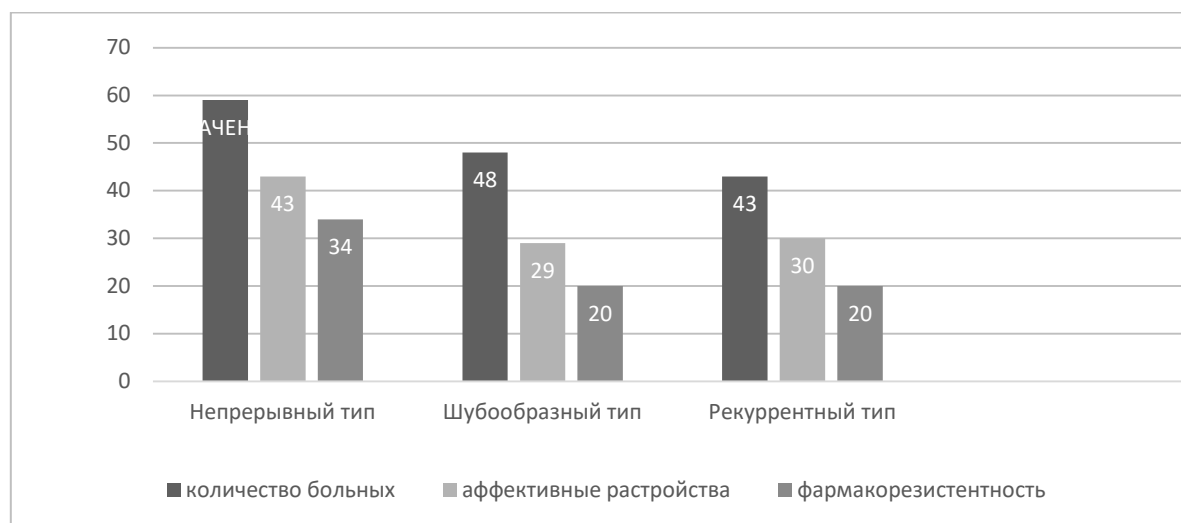


Рис 1. - Доля аффективных расстройств и фармакорезистентности среди исследуемых групп.

Во многих исследованиях факторного анализа психоза все идентифицируют депрессию и, в более широком смысле, симптомы настроения как отдельные симптомы. Но важно отметить, что нестабильность настроения на ранних стадиях психоза также широко распространена. Нестабильность настроения и негативные аффекты связаны с клиническим и неклиническим параноидальным мышлением и с возникновением и сохранением слуховых галлюцинаций. Это также объясняет новое появление параноидальных идей и слуховых галлюцинаций. Сообщается о высоких показателях детской травмы как при шизофрении, так и при депрессии и считается, что они играют важную роль в генезе обоих расстройств. Нестабильность настроения может выступать

посредником между травмирующими событиями, такими как издевательства и идеи преследования.

Психотические переживания также чаще встречаются у лиц с тревожными и депрессивными расстройствами. Почему уровни нестабильности настроения высоки при шизофрении или как это связано с депрессией в этой группе, требует дальнейшего исследования, но механизм может включать неадаптивные стратегии когнитивно-эмоциональной регуляции, включающие выбор ситуации, размышления, беспокойство, переоценку и избегание переживаний. Например, исследования методом выборки опыта (ESM) демонстрируют, что пациенты с шизофренией более стрессоустойчивы, чем родственники первой степени или здоровые контрольные группы, и эта эмоциональная реактивность коррелирует с положительными симптомами и потребностью в уходе [1].

Тесная связь между симптомами психоза и депрессией, особенно в продромальной фазе, привела к предположениям, что депрессия при шизофрении может быть серьезным завершением аспекта аффективной дисрегуляции, начинающейся в подростковом возрасте и переходящей в ранние стадии психоза по мере кристаллизации болезни.

Заключение. Несмотря на то, что депрессия при шизофрении все чаще признается как аспект психопатологии шизофрении, клинически она по-прежнему не поддается адекватному лечению. Распространенность депрессии при шизофрении остается высокой, а показатели самоубийств неизменными, несмотря на широкое применение нетипичных нейролептиков, что говорит о необходимости дополнительных вариантов лечения.

Целенаправленное лечение депрессии на ранних стадиях психоза потенциально может уменьшить страдания, риск самоубийства и улучшить функциональный исход, однако степень эффективности существующих методов лечения депрессии в контексте шизофрении неясна. Когнитивно-

поведенческая терапия психоза была предметом многочисленных исследований в последние годы, однако в основном была сосредоточена на эффективности при положительных симптомах, переходе из статуса высокого риска и совсем недавно при дистрессе.

На примере 150 пациентов 14-16 отделения ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница» было выявлено, что среди всех типов течения шизофрении преобладает непрерывный тип. При этом распространенность аффективных расстройств среди больных шизофренией достаточно высока в каждой представленной группе. В начале заболевания наблюдаются колебания аффективных расстройств, а на отдаленных этапах отмечается тенденция к нарастанию пассивности, равнодушия, бездеятельности и эмоциональному обеднению. В клинической картине на первый план выступает апатико-абулический синдром.

Также следует отметить, что в зависимости от длительности шизофрении происходит увеличение числа больных, у которых наблюдаются явления лекарственной резистентности.

Литература / References:

1. Lataster T Valmaggia L Lardinois M van Os J Myin-Germeys I . Increased stress reactivity: a mechanism specifically associated with the positive symptoms of psychotic disorder. Psychol Med. 2013;43:1389–1400.
2. Gardsjord ES Romm KL Friis S et al. Subjective quality of life in first-episode psychosis. A ten year follow-up study. Schizophr Res. 2016;172:23–38.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Абдуллаева Васи́ла Каримбековна, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Абрамов Борис Эвильевич, ассистент, Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, г. Гомель

Айрапетов Марат Игоревич, к.м.н., доцент, ФГБНУ «Институт экспериментальной медицины»; ФГБОУВПО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» МО РФ Россия, г. Санкт-Петербург

Акименко Галина Васильевна, к.ист.н., доцент, доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Амирасланов Тейюб Фируз-оглы, оператор роты научной, Федеральное государственное автономное учреждение «Военный инновационный технополис «ЭРА», Россия, г. Анапа

Аскарова Роза Исмаиловна, старший преподаватель, кафедра инфекционных болезней, эпидемиологии и фтизиатрии, Ташкентская медицинская академия. Ургенчский филиал. Республика Узбекистан, г. Ургенч

Ахметзянов Ильгих Ильдарович, главный врач, Республиканская Государственная Клиническая Психиатрическая Больница им. Бехтерева МЗ РТ, Россия, г. Казань

Аурсалиди Александра Олеговна, врач-психиатр Республиканской клинической психоневрологической больницы – медико-психологического центра, Россия, ДНР, г. Донецк

Байкеев Рустем Фрунзевич, д.м.н., проф., ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Казань

Бакун Егор Петрович, студент, Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, г. Минск

Белова Ольга Сергеевна, к.м.н., доцент, доцент ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Архангельск

Бикмуллин Тимур Габдулгазизович, врач-психиатр, ООО «ИМИН», Россия, г. Казань

Блажко Андрей Сергеевич, аспирант кафедры нормальной физиологии УО «Белорусский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, г. Минск

Богулко Ксения Александровна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Бреус Анастасия Владимировна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Бильге Угур (Uğur Bilge), к.м.н., доцент, Университет Акдениз, Турция, Анталия

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

Бойченко Алексей Александрович, к.м.н., доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии с лабораторией психического здоровья, ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького», Россия, ДНР, г. Донецк

Валиуллина Евгения Викторовна, к. психол. н., доцент, доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет», Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Васильев Валерий Витальевич, д.м.н., профессор, кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии, ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Россия, г. Ижевск

Великоселец Мария Игоревна, студент, Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, г. Минск

Вильдгрубе Светлана Александровна, к.психол.н., доцент, ФГБОУ ВО «Донецкий государственный университет», Россия, ДНР, г. Донецк

Володина Ксения Андреевна, к. психол. н., доцент, кафедра общей и социальной психологии, ФГБОУ ВО «Тюменский государственный университет» Минобрнауки России, Россия, г. Тюмень

Вемберг Софья Алексеевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Вострых Данила Владимирович, заместитель главного врача по организационно-методической работе, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н. П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

Гашкова Людмила Анатольевна, к.м.н., доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии с лабораторией психического здоровья, ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького» Минздрава России, Россия, ДНР, г. Донецк

Говорова Галина Мариановна, медицинский психолог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н. П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

Голобокова Екатерина Андреевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Горшкова Ольга Александровна, клинический психолог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н. П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

Гурьянова Татьяна Владимировна, к.м.н., заместитель главного врача, Республиканская государственная клиническая психиатрическая больница им. Бехтерева МЗ РТ, Россия, г. Казань

Гутырчик Антон Александрович, студент, Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, г. Минск

Диусаров Евгений Анатольевич, оператор роты научной, Федеральное государственное автономное учреждение «Военный инновационный технополис «ЭРА», Россия, г. Анапа

Дорогова Элина Андреевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Дороженок Игорь Юрьевич, к.м.н., доцент, доцент кафедры психиатрии и психосоматики ИКМ ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) Минздрава России, Россия, г. Москва

Дорошева Елена Алексеевна, к.б.н., доцент, старший научный сотрудник, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Новосибирский национальный исследовательский государственный университет», Россия, г. Новосибирск

Дорошенко Софья Алексеевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Евсеев Андрей Викторович, д. м.н., профессор, заведующий кафедрой нормальной физиологии, заведующий научно-исследовательским центром ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Смоленск

Елькина Ирина Юрьевна, к. психол. н., доцент, кафедра психологии и педагогики, Частное образовательное учреждение высшего образования «Московский университет имени С. Ю. Витте» Минобрнауки, Россия, г. Москва

Ережепбаев Куаниш Турсунович, студент, Ташкентская медицинская академия. Ургенчский филиал. Республика Узбекистан, г. Ургенч

Елизарьева Таисия Алексеевна, ординатор, ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Архангельск

Жилякова Татьяна Николаевна, студент, ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Екатеринбург

Золотова Ирина Александровна, к.психол.н., доцент, ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Ярославль

Зорохович Ирина Ивановна, заместитель главного врача по медицинской части, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер им. профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

Иванова Анжелика Владимировна, медицинский психолог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер» имени профессора Н.П. Кокориной, Россия, г. Кемерово

Казакова Анна Евгеньевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Капров Анатолий Михайлович, д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО «Казанский Государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Казань

Карпова Эльвира Борисовна, к.психол.н., доцент кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций, Санкт-Петербургский государственный университет, Россия, г. Санкт-Петербург

Карташова Полина Максимовна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Киворкова Александра Юрьевна, к. психол.н., медицинский психолог, ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Архангельск

Кирина Юлия Юрьевна, к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, заведующий кабинетом медицинских осмотров ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер им. профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

Кормилина Ольга Михайловна, главный врач, Новосибирский областной клинический наркологический диспансер, Россия, г. Новосибирск

Крамаренко Екатерина Владимировна, младший научный сотрудник, ФГБУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака» Минздрава России, Россия, ДНР, г. Донецк

Кремлева Ольга Владимировна, д.м.н., профессор, кафедра психиатрии, психотерапии и наркологии, ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Екатеринбург

Критинина Виктория Сергеевна, Частное образовательное учреждение высшего образования «Московский университет имени С.Ю. Витте», Россия, г. Москва

Лабес Алена Ильинична, студент, Санкт-Петербургский государственный университет, Россия, г. Санкт-Петербург

Левченко Елена Вадимовна, к.м.н., доцент, кафедра психиатрии, ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Курск

Лопатин Андрей Анатольевич, д.м.н., профессор главный специалист нарколог СФО, главный врач ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер им. профессора Н.П. Кокориной», профессор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Макеева Ольга Александровна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Малафеевская Ирина Андреевна, студент, ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Ярославль

Мингазов Ильдар Файзрахманович, специалист по связям с общественностью, Новосибирский областной клинический наркологический диспансер, Россия, г. Новосибирск

Миненок Виктория Андреевна, студент, ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Курск

Мурадалиева Карина Салаудиновн, студент, Южный федеральный университет, Россия, г. Ростов-на-Дону

Мухаметова Алсу Илдаровна, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии, ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Россия, г. Ижевск

Нархов Дмитрий Юрьевич, к.с.н., доцент, доцент кафедры организации работы с молодежью Института физической культуры молодежной политики, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина», Россия, г. Екатеринбург

Нархова Елена Николаевна, к.с.н., доцент, доцент кафедры организации работы с молодежью Института физической культуры молодежной политики, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина», Россия, г. Екатеринбург

Носова Наталья Андреевна, студент, ФГБОУ ВО «Тюменский государственный университет» Минобрнауки России, Россия, г. Тюмень

Никитин Павел Игоревич, заместитель главного врача, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н. П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

Никитина Ольга Сергеевна, старший преподаватель кафедры нормальной физиологии УО «Белорусский государственный медицинский университет», УО «Белорусский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, г. Минск

Никонов Дмитрий Александрович, заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической службе БУЗ Омской области «Наркологический диспансер», Россия, г. Омск

Нумонова Амина Асламовна, студент, Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Нунгессер Эдуард Эдуардович, оператор роты научной, Федеральное государственное автономное учреждение «Военный инновационный технополис «ЭРА», Россия, г. Анапа

Носкова Марина Владимировна, к. психол. н, доцент, доцент кафедры клинической психологии и педагогики, ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Екатеринбург

Олексюк Дарья Андреевна, студент, Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, г. Минск

Отсус Александр Евгеньевич, аспирант, ассистент кафедры клинической психологии и психологической помощи российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена, Россия, г. Санкт-Петербург

Переверзев Владимир Алексеевич, д. м. н, профессор, заведующий кафедрой нормальной физиологии, УО «Белорусский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, г. Минск

Петрова Татьяна Эдуардовна, Директор центра развития современных компетенций детей, преподаватель-исследователь, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта», Россия, г. Калининград

Переверзева Елена Вячеславовна, к.м.н., доцент, доцент кафедры патологической физиологии УО «Белорусский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, г. Минск

Пискарева Ольга Ивановна, заведующий отделением, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н. П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

Помыткина Татьяна Евгеньевна, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой поликлинической терапии, последипломной подготовки и сестринского дела ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Поплевченков Константин Николаевич, старший научный сотрудник, кандидат медицинских наук, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы», Россия, г. Москва

Правдивцев Виталий Андреевич, д.м.н., профессор, профессор кафедры нормальной физиологии «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Смоленск

Побережная Наталья Викторовна, к.м.н., доцент, доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии с лабораторией психического здоровья, ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького» Минздрава России, Россия, ДНР, г. Донецк

Прихода Игорь Викторович, д. пед. н., к. м. н., доцент, профессор кафедры психологии и конфликтологии, ФГБОУ ВО «Луганский государственный университет имени Владимира Даля», Россия, ЛНР, Россия

Пчелинцева Евгения Владимировна, к.пед.н., доцент, кафедра госпитальной терапии, ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, Россия, г. Иваново

Ростовцева Марина Евгеньевна, аспирант, ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Россия, г. Москва

Рахимов Фавар Кодирбергенович, студент, Ташкентская медицинская академия. Ургенчский филиал. Республика Узбекистан, г. Ургенч

Рахматова Фотима Улугбековна, студент, Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Рохмистрова Надежда Сергеевна, младший научный сотрудник, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Рублева Ольга Петровна, заведующий телефоном доверия, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н. П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

Рубцова Ольга Сергеевна, врач психиатр-нарколог, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н. П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

Ряполова Татьяна Леонидовна, д.м.н., профессор, Первый проректор, заведующий кафедрой психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии с лабораторией психического здоровья, ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького», Россия, ДНР, г. Донецк

Самсонова Галина Михайловна, заведующая отделом, врач-статистик, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер им. профессора Н.П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

Сапаева Шарофат Аминовна, к. м. н., доцент, Ташкентская медицинская академия. Ургенчский филиал. Республика Узбекистан, г. Ургенч

Свинцова Ксения Михайловна, студент, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кировский государственный медицинский университет», Россия, г. Киров

Скиртач Ирина Анатольевна, к. психол. н., доцент кафедры психофизиологии и клинической психологии, Южный федеральный университет, Россия, г. Ростов-на-Дону

Селина Елена Игорьевна, студент, 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

Скляр Павел Петрович, д. психол. н., к. м. н., профессор кафедры психологии и конфликтологии, ФГБОУ ВО «Луганский государственный университет имени Владимира Даля», Россия, ЛНР, Россия

Смирнова Светлана Игоревна, к.психол.н., доцент, доцент кафедры клинической психологии, психологии и педагогики, ФГБОУ ВО «Кировский

государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Киров

Селедцов Александр Михайлович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Совостюк Татьяна Александровна, магистр, Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, г. Минск

Старчак Елизавета Алексеевна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Скипер Алиса Алексеевна, ординатор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Стрелковский Максим Дмитриевич ординатор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии, ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н. П. Кокориной», Россия, г. Кемерово

Теркулов Равиль Иннаятуллович, заведующий отделом, Новосибирский областной клинический наркологический диспансер, Россия, г. Новосибирск

Теург-Дий Виктор Геннадьевич, студент, ФГБОУ ВО «Кировский медицинский государственный университет» Минздрава России, Россия, г. Киров

Туктарова Светлана Узбековна, к.м.н., ассистент кафедры психиатрии и наркологии с курсом ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, г. Уфа

Титиевский Сергей Владимирович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии, психотерапии, медицинской психологии и наркологии факультета интернатуры и последипломного образования ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», Россия, ДНР, г. Донецк

Токарева Ольга Геннадьевна, ассистент кафедры психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии с лабораторией психического здоровья, ФГБОУ ВО «Донецкий государственный

медицинский университет имени М. Горького», Россия, ДНР, г. Донецк
Томашевская Алина Игоревна, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Уварова Ольга Николаевна, старший преподаватель, Государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Челябинский институт переподготовки и повышения квалификации работников образования», Россия, г. Челябинск

Умняшкин Вячеслав Георгиевич, аспирант, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Новосибирский национальный исследовательский государственный университет», Россия, г. Новосибирск

Фарходова Сохира Шариф, студент, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Фирсова Галина Михайловна, ассистент, кафедра психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии с лабораторией психического здоровья ФГБОУ ВО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», Россия, ДНР, г. Донецк

Хаджилаева Фатима Далхатовна, ординатор, ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Ставрополь

Хасанов Рустем Шамильевич, д.м.н., профессор, ректор ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Казань

Хасанова Резеда Рахматулловна, к.м.н., доцент, ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Томск

Хаятов Рустам Батырбекович, ассистент, кафедра психиатрии и медицинской психологии, Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

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

Черепков Владимир Николаевич, к.м.н., доцент, доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии с лабораторией психического здоровья, ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького» Минздрава России, Россия, ДНР, г. Донецк

Чернов Алексей Викторович, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой физической и реабилитационной медицины, гериатрии ИДПО, ФГБОУ ВО Воронежский медицинский государственный университет им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Россия, г. Воронеж

Чумичева Нелли Викторовна, к. филол.н., доцент кафедры педагогики и межкультурных коммуникаций, НАН ЧОУ ВО «Академия маркетинга и социально-информацион-ных технологий – ИМСИТ», Россия, г. Красноярск

Щелканова Елена Сергеевна, к.б.н., старший научный сотрудник, Федеральное государственное автономное учреждение «Военный инновационный технополис «ЭРА», Россия, г. Анапа

Юрения Елена Васильевна, главный врач УЗ «Минский городской эндокринологический диспансер», УЗ «Минский городской эндокринологический диспансер», Республика Беларусь, г. Минск

Яковлев Антон Сергеевич, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Яковлева Алина Андреевна, ординатор, ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, г. Кемерово

Научное издание

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ,
НАРКОЛОГИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ:**
материалы IV Международной научно-практической конференции
(20 октября 2023 г.)

16+

Редактор А. С. Смирнов

Подписано в печать 14.10.2023. Формат 60x84 1/16.

Печать офсетная. Бумага офсетная № 1. Печ. л. 30,68

Тираж 500 экз. Заказ № 128223

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